

GATATAN WAKTU MASUK & KELUAR

NOMOR 231788		NIK		Dirawat di RS yang ke 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9			
NAMA (Tulis Dengan Huruf Cetak)				STATUS PERKAWINAN		26-29	
ALAMAT				1. Kawin 2. Duda 3. Belum Kawin		4. Janda 5. Cerai	
SUKU BANGSA		AGAMA/KEPERCAYAAN		JENIS KELAMIN		NO. HP	
1. Minang 2. Jawa 3. Tapanuli 4. Indonesia 5. Asing 6. Lain2		1. Islam 2. Protestan 3. Hindu 4. Budha 5. Lain-lain		1. Laki-laki 2. Perempuan			
Nama keluarga terdekat/alamatnya Yah Nusiya		Tgl. Lahir		PEKERJAAN		30-31	
Nama Ayah/ suami		Umur :		Kasus Polisi		32-35	
Nama Ibu/ Istri		Umur :		1. Ya 2. Tidak			
1. Umum <input checked="" type="checkbox"/> 2. Melahirkan 3. Bayi lahir hidup		Asuransi Kesehatan		Tgl. Masuk		36-39	
		1. Ya 2. Tidak		Tgl. Bln Thn 9/9-2022			
BAGIAN				Tgl. Keluar		40-43	
1. Bedah/Orthopedi/ 2. Bedah Mulut 3. Penyakit Dalam 4. Kebidanan 5. perinatologi		6. THT/ Mata 7. Pusako 8. Serunai 9. Neurologi 10. ICU 11. CVCU		12. PICU 13. NICU 14. Anak 15. Paru		Tgl. Bln Thn 19 9 22 Jam 15:17	
SEBAB DIRAWAT				LAMA DIRAWAT		HARI PERAWATAN	
ngamuk di rumah ± 2hari, bicara sendiri				11 hr			
DIAGNOSA UTAMA		Stupa perusa paru					
KOMPLIKASI							
DIAGNOSA TAMBAHAN							
OPERASI I				Tgl. Operasi			
OPERASI II				Tgl. Operasi			
Pindahan Pindah ke bangsa				Tgl.			
KONDISI KELUAR :				CARA KELUAR			
1. Sembuh 2. Perbaikan <input checked="" type="checkbox"/> 3. Lain-lain		4. Meninggal sebelum 48 jam 5. Meninggal sesudah 48		1. Atas Persetujuan 2. Pulang paksa 3. Pindah RS lain 4. Lari 5. Meninggal			
MENINGGAL		<input type="checkbox"/> Autopsi <input type="checkbox"/> Tanpa Autopsi					
Merita Alergi akan :				Nama & Tanda tangan DPJP			

DIAGNOSA OPERASI TULIS DENGAN HURUF CETAK DAN JANGAN DI SINGKAT

Dokter Jaga Klinik  
 dr. SULISTIANI LEWI, Sp.KJ  
 NIP. 197602212006042011  
 Nama & Tanda tangan

Nama & Tanda tangan DPJP

*[Signature]*



**RINGKASAN KELUAR ( RESUME )**

DPJP	:	TGL MASUK	:	9 - 9 - 2022
KLS RAWATAN	:	TGL KELUAR	:	19 - 9 - 2022

**INDIKASI PASIEN DIRAWAT** : Pasien mengamuk dirumah , merusak barang-barang sejak 2 hari ini

**ANAMNESIS RIWAYAT PENYAKIT** :  
 : Pasien mengamuk dirumah , merusak barang-barang dirumah  
 : Pasien tertawa-tertawa sendiri mendengar suara 2 bnr.  
 Pasien berbicara sendiri  
 Pasien jalan-jalan bertedling rumah

**PEMERIKSAAN FISIK** :  
 TD : 120/80 mmHg T : 36,5°C - tidak ada infeksi  
 HR : 84 x / i mood : baik - waham kapur  
 RR : 20 x / i Appt : baik - Psiko motor : gelisah

**PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK** :  
 RR : 18,0 - leba 73  
 RR : 43,0 - mood : 27

**DIAGNOSA UTAMA KOMORBIDITAS LAINNYA** :  
 : Schizophrenia paranoid

**TINDAKAN DIAGNOSTIK / PROSEDUR TERAPI : OPERASI :**

**PERKEMBANGAN SELAMA PERAWATAN/ DENGAN KOMPLIKASI (JIKA ADA) :**

**OBAT YANG DIBERIKAN SELAMA RAWAT INAP :**  
 - Clonidine 2x1mg  
 - Risperidone 2x2mg  
 Risperidone 2x3  
 Atip 2x2  
 Clon 1x2

**OBAT YANG DIGUNAKAN DIRUMAH :**  
 Risperidone 2x3  
 Atip 2x2  
 Clonidine 1x2

**WAKTU KONTROL ULANG** : 26-9-22  
**KONDISI PASIEN SAAT PULANG** : Tenang  
**STATUS PASIEN SAAT PULANG** : Boleh pulang

**INSTRUKSI TINDAK LANJUT** : Kontrol ulang

**PENGobatan DILANJUTKAN DIBERI TANDA ✓ PADA KONTAK**

- POLIKLINIK RS M. NATSIR, POLIKLINIK, Psikiatri
- PUSKESMAS/ KLINIK PERTAMA
- DOKTER LUAR
- RUMAH SAKIT LAIN

**INSTRUKSI TINDAK LANJUT SUDAH DIJELASKAN KEPADA PASIEN**

**TTD PASIEN / KELUARGA**

*Yanti Muslita*  
 (.....)  
 Lembar 1 : Pasien  
 Lembar 2 : Rekam Medis  
 Lembar 3 : Peringgal

Solok, 19/9-22 Jam 12<sup>00</sup> WIB  
**TTD DOKTER PENANGGUNG JAWAB**

*[Signature]*  
 (.....)  
 RSUD MOHAMMAD NATSIR

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi Formulir ini dengan benar dan jelas



**TINDAKAN HARIAN KEPERAWATAN**

ben tanda (-) pada kotak yang sesuai dapat dilihat dari shift sesuai dengan tindakan keperawatan yang dilakukan.

Tanggal: 11/9-22

NO	TINDAKAN KEPERAWATAN	Tanggal: 9/9/22			Tanggal: 10/9/22			Tanggal: 11/9-22												
		Shift Pagi	Shift Sore	Shift Malam	Shift Pagi	Shift Sore	Shift Malam	Shift Pagi	Shift Sore	Shift Malam										
		√ Jam Petugas	√ Jam Petugas	√ Jam Petugas	√ Jam Petugas	√ Jam Petugas	√ Jam Petugas	√ Jam Petugas	√ Jam Petugas	√ Jam Petugas										
1	Timbang terima pasien / overan				0	1	14	0	14	0	14	0	14	0	14	0	14	0	14	0
2	Membina hubungan saling percaya		15:30 E	12:11	9	1	14	0	14	0	14	0	14	0	14	0	14	0	14	0
3	Melaksanakan cuci tangan sesuai five moment		15:30 L	12:11 hr	10	-	14	0	14	0	14	0	14	0	14	0	14	0	14	0
4	Menerima Pasien baru		15:30 S																	
5	Melakukan pengkajian awal keperawatan pasien		15:30 A																	
6	Memasang Infus Pasien																			
7	Memasang Oksigen pada pasien																			
8	Memasang NGT pada pasien																			
9	Melakukan Suction pada pasien																			
10	Melakukan therapy inhalasi pada pasien																			
11	Memasang DC pada pasien																			
12	Memberikan obat pasien secara IV																			
13	Memberikan obat pasien secara IM																			
14	Memberikan obat pasien secara SC																			
15	Memberikan obat pasien secara IC																			
16	Memberikan obat injeksi pada pasien psikiatri				17 hr			17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
17	Memberikan obat oral pasien				17 hr			17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	Melakukan perawatan luka																			
19	Vulva Hygiene / Penis Hygiene																			
20	Melakukan pemeriksaan FKG																			
21	Memasang Monitor set pada pasien																			
22	Melakukan kumbah Lambung																			
23	Memasang dan memonitor Infus Pump																			
24	Memasang dan memonitor Syringe Pump																			
25	Memberikan dan melakukan pemantauan Transfusi Darah pada pasien																			
26	Melakukan RJP pada pasien																			
27	Personal hygiene																			
28																				
29																				
30																				
31																				
32																				
33																				
34																				
35																				
36																				
37																				



### TINDAKAN HARIAN KEPERAWATAN

Isi tanda (✓) pada kotak yang sesuai dapat lebih dari satu sesuai dengan tindakan keperawatan yang dilakukan

NO	TINDAKAN KEPERAWATAN	Tanggal 12/9/22			Tanggal 13-9-22			Tanggal 14/9/22		
		Shift Pagi	Shift Sore	Shift Malam	Shift Pagi	Shift Sore	Shift Malam	Shift Pagi	Shift Sore	Shift Malam
		✓ Jam Petugas	✓ Jam Petugas	✓ Jam Petugas	✓ Jam Petugas	✓ Jam Petugas	✓ Jam Petugas	✓ Jam Petugas	✓ Jam Petugas	✓ Jam Petugas
1	Timbang terutma pasten / overan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Membina hubungan saling percaya	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	Melaksanakan cuci tangan sesuai five moment	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	Menerima Pasien baru									
5	Melakukan pengkajian awal keperawatan pasien									
6	Memasang Infus Pasien									
7	Memasang Oksigen pada pasien									
8	Memasang NGT pada pasien									
9	Melakukan Suction pada pasien									
10	Melakukan therapy inhalasi pada pasien									
11	Memasang DC pada pasien									
12	Memberikan obat pasien secara IV									
13	Memberikan obat pasien secara IM									
14	Memberikan obat pasien secara SC									
15	Memberikan obat pasien secara IC									
16	Memberikan obat injeksi pada pasien psikiatri			Wifa			Piko			
17	Memberikan obat oral pasien			Wifa			Piko			
18	Melakukan perawatan luka									
19	Vulva Hygiene / Penis Hygiene									
20	Melakukan pemeriksaan EKG									
21	Memasang Monitor set pada pasien									
22	Melakukan kumbah Lambung									
23	Memasang dan memonitor Infus Pump									
24	Memasang dan memonitor Syringe Pump									
25	Memberikan dan melakukan pemantauan Tranfusi Darah pada pasien									
26	Melakukan RJP pada pasien									
27	personal hygiene									
28										
29										
30										
31										
32										
33										
34										
35										
36										
37										



**TINDAKAN HARIAN KEPERAWATAN**

beranda (✓) pada kolom yang sesuai dan diteliti dari segi sesuai dengan tindakan keperawatan yang dilakukan

NO	TINDAKAN KEPERAWATAN	Tanggal 15/9/22						Tanggal 16/9/22					
		Shift Pagi		Shift Sore		Shift Malam		Shift Pagi		Shift Sore		Shift Malam	
		✓ Jam	Petugas	✓ Jam	Petugas	✓ Jam	Petugas	✓ Jam	Petugas	✓ Jam	Petugas	✓ Jam	Petugas
1	Timbang terima pasien / overan	08	WIFI	14	WIFI	20	WIFI	08	WIFI	14	WIFI	20	WIFI
2	Membina hubungan saling percaya	08	WIFI	14	WIFI	20	WIFI	08	WIFI	14	WIFI	20	WIFI
3	Melaksanakan cuci tangan sesuai five moment	08	WIFI	14	WIFI	20	WIFI	08	WIFI	14	WIFI	20	WIFI
4	Menerima Pasien baru												
5	Melakukan pengkajian awal keperawatan pasien												
6	Memasang Infus Pasien												
7	Memasang Oksigen pada pasien												
8	Memasang NGT pada pasien												
9	Melakukan Suction pada pasien												
10	Melakukan therapy inhalasi pada pasien												
11	Memasang DC pada pasien												
12	Memberikan obat pasien secara IV												
13	Memberikan obat pasien secara IM												
14	Memberikan obat pasien secara SC												
15	Memberikan obat pasien secara IC												
16	Memberikan obat injeksi pada pasien psikiatri												
17	Memberikan obat oral pasien												
18	Melakukan perawatan luka												
19	Vulva Hygiene / Penis Hygiene												
20	Melakukan pemeriksaan EKG												
21	Memasang Monitor set pada pasien												
22	Melakukan kumbah Lambung												
23	Memasang dan memonitor Infus Pump												
24	Memasang dan memonitor Syringe Pump												
25	Memberikan dan melakukan pemantauan Tranfusi Darah pada pasien												
26	Melakukan RJP pada pasien												
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													



### TINDAKAN HARIAN KEPERAWATAN

berlinda (✓) pada kotak yang sesuai dapat lebih dari satu sesuai dengan tindakan keperawatan yang dilakukan

NO	TINDAKAN KEPERAWATAN	Tanggal 18-9-22			Tanggal 19-9-22			Tanggal .....							
		Shift Pagi		Shift Sore	Shift Malam		Shift Malam		Shift Malam		Shift Malam		Shift Malam		
		✓ Jam	petugas	✓ Jam	petugas	✓ Jam	petugas	✓ Jam	petugas	✓ Jam	petugas	✓ Jam	petugas	✓ Jam	petugas
1	Timbang terima pasien / overan	✓ 8	U/4 Nanda	21	✓ 8	U/4 Nanda									
2	Membina hubungan saling percaya	✓ 8	U/4 Nanda	21	✓ 8	U/4 Nanda									
3	Melaksanakan cuci tangan sesuai five moment	✓ 8	U/4 Nanda	21	✓ 8	U/4 Nanda									
4	Menerima Pasien baru														
5	Melakukan pengkajian awal keperawatan pasien														
6	Memasang Infus Pasien														
7	Memasang Oksigen pada pasien														
8	Memasang NGT pada pasien														
9	Melakukan Suction pada pasien														
10	Melakukan therapy inhalasi pada pasien														
11	Memasang DC pada pasien														
12	Memberikan obat pasien secara IV														
13	Memberikan obat pasien secara IM														
14	Memberikan obat pasien secara SC														
15	Memberikan obat pasien secara IC														
16	Memberikan obat injeksi pada pasien psikiatri														
17	Memberikan obat oral pasien			U/4 Nanda	21	✓ 8	U/4 Nanda								
18	Melakukan perawatan luka														
19	Vulva Hygiene / Penis Hygiene														
20	Melakukan pemeriksaan EKG														
21	Memasang Monitor set pada pasien														
22	Melakukan kumbah Lambung														
23	Memasang dan memonitor Infus Pump														
24	Memasang dan memonitor Syringe Pump														
25	Memberikan dan melakukan pemantauan Tranfusi Darah pada pasien														
26	Melakukan RJP pada pasien														
27	personal hygiene	✓ 8	U/4 Nanda				U/4 Nanda								
28															
29															
30															
31															
32															
33															
34															
35															
36															
37															



Tanggal masuk ruang rawat 9/9-22 20... jam: 15.30 . Unit Kerja : Psikiatri

**PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI RAWAT INAP DEWASA/ USIA LANJUT**  
 (Harus dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat inap)

**ANAMNESIS** (diisi oleh dokter)

Pengkajian diperoleh dari :  Pasien Sendiri ( *Auto anamnesa* )  
 Keluarga, hubungan dengan pasien... tante ..... ( *Alloanamnesa* )

**KELUHAN UTAMA** (diisi oleh dokter)

pasien mengamuk dirumah, merusak barang-barang dirumah sejak 2 hari ini

**RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG** ( diisi oleh dokter)

pasien mengamuk dirumah, merusak barang-barang, tertawa sendiri, berbicara sendiri dan berjalan-jalan keliling rumah

( diisi oleh dokter ) RIWAYAT PENYAKIT DAHULU ( termasuk riwayat rawat inap/ riwayat operasi ) ( bulan/ tahun )	( diisi oleh dokter ) RIWAYAT PENGOBATAN
Pasien belum pernah dirawat sebelumnya	Alat implant : Ya / Tidak

**RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA** ( termasuk penyakit keturunan, penyakit menular dalam keluarga ) ( diisi oleh dokter)

**RIWAYAT PEKERJAAN, SOSIAL EKONOMI, KEJIWAAN, DAN KEBIASAAN** ( termasuk riwayat perkawinan, obstetri, imunisasi , tumbuh kembang ) ( diisi oleh dokter)

**RIWAYAT ALERGI / REAKSI** ( diisi oleh perawat).

- Tidak ada alergi
  - Alergi obat, sebutkan : ..... Reaksi : .....
  - Alergi makanan, sebutkan : ..... Reaksi : .....
  - Alergi lainnya, sebutkan : ..... Reaksi : .....
  - Tidak diketahui
- Bila pasien alergi gunakan gelang "merah"*

**SKRINING STATUS FUNGSIONAL** ( diisi oleh perawat)

Isilah dan lengkapilah penilaian **Barthel Index** dan tentukan tingkat ketergantungan pasien berdasarkan skor .

- Mandiri ( Skor 20 )  Perlu bantuan ( ringan = 12-19, sedang = 9-11, berat = 5-8) Sebutkan .....
- Ketergantungan total, dilaporkan ke dokter (  ya, jam.....  Tidak )

**FUNGSIONAL UMUM : Pengkajian fungsi** ( diisi oleh perawat)

<p><b>a. Sensorik</b></p> <p>Penglihatan : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> kabur <input type="checkbox"/> kacamata <input type="checkbox"/> lensa kontak</p> <p>Penciuman : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> tidak</p> <p>Pendengaran : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> tuli kanan/kiri <input type="checkbox"/> alat bantu dengar kanan/ kiri</p> <p><b>b. Kognitif</b> : <input type="checkbox"/> orientasi penuh <input type="checkbox"/> pelupa <input checked="" type="checkbox"/> bingung <input type="checkbox"/> Tidak dapat dimengerti</p> <p><b>c. Motorik</b> : Aktivitas sehari-hari : <input type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> bantuan minimal</p> <p><input type="checkbox"/> Bantuan sebagian <input type="checkbox"/> Ketergantungan total.</p> <p>Berjalan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada kesulitan <input type="checkbox"/> perlu bantuan <input type="checkbox"/> sering jatuh <input type="checkbox"/> Kelumpuhan</p>	<p>Alat bantu jalan, sebutkan</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><i>Bila terdapat gangguan fungsional, pasien di rujuk ke Rehabilitasi Medis melalui DPJP</i></p>
--	--

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



**SKRINING NYERI (diisi oleh perawat). "Numeric Rating Scale (NRS)" & " Wong Baker Faces Pain rating Scale "**  
**BERAPAKAH SKALA NYERI ANDA ?**



Skala nyeri :  Ringan 1-3  Sedang 4-6  Berat 7-10  
 P : .....  
 Q : .....  
 R : .....  
 S : .....  
 T : .....

**Ket :** Provokatif : Penyebab timbulnya rasa nyeri (aktivitas, spontan, stress, dll). Quality : Seberapa berat keluhan nyeri (tumpul, tajam, tekanan, dalam, permukaan, dll). Radiation : Apakah, pucat, nafas pendek, sesak, tanda vital abnormal, dll). Time : Kapan

Critical-care Pain Observation Tool (CPOT)	<input type="checkbox"/> 0 (tidak nyeri)	<input type="checkbox"/> > 60 Tahun
	<input type="checkbox"/> 1-3 (ringan)	<b>COMFORT SCALE</b>
<input type="checkbox"/> 4-6 (sedang)	<input type="checkbox"/> 9-18 (nyeri terkontrol)	
<input type="checkbox"/> 7-10 (berat)	<input type="checkbox"/> 27-35 (sedang)	
	<input type="checkbox"/> 19-26 (ringan)	
	<input type="checkbox"/> >35 (berat)	

Tidak nyeri  Nyeri akut  Nyeri kronis  
 Apakah nyeri menghalangi tidur?  
 ya  tdk  
 Apakah nyeri menghalangi aktivitas?  
 ya  tdk  
 Nyeri Hilang Jika :  
 Minum Obat  Istirahat  
 Mendengar Musik  
 Berubah Posisi Tidur  Lain-lain.....  
 Sebutkan : .....  
 Durasi : ..... Frekuensi : .....  
 Karakteristik : .....  
 Pengkajian ulang harus dilakukan jika :  
 1. 15 Menit setelah intervensi obat injeksi  
 2. 1 jam setelah intervensi obat oral/ lainnya  
 3. 1 x/shift bila skor nyeri 1-3  
 4. Setiap 3 jam bila skor nyeri 4-6  
 5. Setiap 1 jam bila skor nyeri 7-10  
 6. Dihentikan bila skor nyeri 0  
**Mohon lengkapi asesmen awal dan ulang nyeri**

**TINDAK LANJUT NYERI :**  
 Edukasi  
 Intervensi  
 Konsul ke .....  
 .....

**SKRINING RESIKO CEDERA / JATUH ( diisi oleh perawat)**

Pilihlah salah satu penilaian resiko jatuh sesuai kebutuhan pasien di bawah ini dengan memberikan tanda v di dalam kotak yang tersedia ( pasien dewasa/ usia lanjut) dan berikan skor. Diberitahukan ke dokter  ya, jam...  Tdk

Penilaian Resiko jatuh pasien Dewasa (Fall Morse Scale )

FAKTOR RESIKO	SKALA	SKOR	SKOR PASIEN
RIWAYAT JATUH	Tidak	0	0
	Ya	25	
DIAGNOSA SEKUNDER	Tidak	0	0
	Ya	15	
ALAT BANTU YANG DIGUNAKAN	Bed rest	0	0
	Kruk, walker	15	
	Berpegangan pada perabot	30	
INTRAVENA LINE	Tidak	0	0
	Ya	20	
GAYA BERJALAN	Normal	0	0
	Lemah	10	
	Terganggu	20	
KESADARAN	Orientasi baik	0	15
	Keterbatasan daya ingat	15	
	<b>TOTAL SKOR</b>		

- KATEGORI RESIKO JATUH**
- >45 Resiko tinggi
  - 25 - 44 Resiko Sedang
  - < 25 Resiko rendah

Penilaian Resiko jatuh pasien geriatri > 60 tahun . ( Ontario Modified Stratify-Sydney Scoring )

**SKRINING NUTRISI ( diisi oleh perawat)**

**SKRINING GIZI (Malnutrition Screening Tool/ MST) (Lingkari skor sesuai jawaban, total skor adalah jumlah skor yg dilingkari)**

No	Parameter	Skor
1.	Apakah pasien mengalami penurunan berat badan yang tidak diinginkan dalam 3 bulan terakhir ?	
	a. Tidak ada penurunan berat badan	0 0
	b. Tidak yakin / tidak tahu / terasa baju lebih longgar	2
	c. Jika ya, berapa penurunan berat badan tersebut	
	1-5 kg	1
	6-10 kg	2
	11-15 kg	3
	>15 kg	4
2.	Apakah asupan makan berkurang karena berkurangnya nafsu makan?	
	a. Tidak	0 0
	b. Ya	1
	<b>Total skor</b>	0
3.	Pasien dengan diagnosa khusus : penyakit DM, ginjal kronik, Sirosis Hati, PPOK, HD, kanker, stroke, pneumonia, transplantasi sumsum tulang , cedera kepala berat, luka bakar, pasien kebidaan, pasien anak dan lain-lain (sebutkan).....	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

skor 0-1  skor 2-3  skor 4-5  
 Bila skor ≥ 2 atau pasien dengan diagnosa khusus : pasien beresiko malnutrisi , Konsul ke ahli gizi  
 Hasil skrining nutrisi skor 0 beresiko rendah ulangi setiap 7 hari, skor 1 beresiko menengah monitoring asupan setiap 3 hari.  
 Jika tidak ada peningkatan, lanjutkan pengkajian dan ulangi setiap 7 hari, skor ≥2 beresiko tinggi, bekerja sama dengan tim dukungan gizi, penata asuhan gizi monitoring setiap hari ulangi skrining setiap 7 hari.

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas





**PEMERIKSAAN MULTI ORGAN (diisi oleh dokter)**  
 Keadaan Umum : Tampak sakit sedang, kesadaran Composmentis

Kulit dan Selaput Lendir : Konjungtiva anemis (-)  
 sklera ikterik (-)

Kelenjer Getah Bening : Tdk ada pembesaran kGB

Kepala : Normocephal

Leher : JVP C-2 cmH<sub>2</sub>O

Jantung dan Pembuluh Darah Dalam batas normal

Paru-paru : Wheezing (-), ronchi (-)

Perut : Tdk tampak membuncit, bising usus (+)

Genitalia :

Anggota Gerak : ct < 2 detik  
 Perabaan hangat

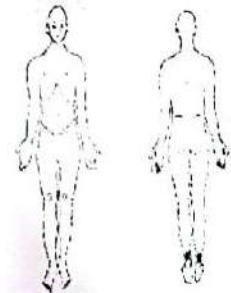
**PENGAJIAN KULIT ( diisi oleh perawat)**

No	PARAMETER	SKOR	No	PARAMETER	Skor
1	<b>PERSEPSI SENSORI</b> Kemampuan untuk merespon ketidak nyamanan Tidak berespon = 1 Sangat terbatas = 2 Sedikit terbatas = 3 Tidak ada gangguan = 4	4	4	<b>MOBILITAS</b> Kemampuan untuk mengubah dan mengontrol posisi tubuh Tidak bisa bergerak = 1 Sangat terbatas = 2 Sedikit batasan = 3 Tidak ada batasan = 4	4
2	<b>KELEMBABAN</b> Sejauh mana kulit terpapar kelembaban kelembaban konstan = 1 Sering lembab = 2 kadang lembab = 3 Jarang lembab = 4	3	5	<b>NUTRISI</b> Pola asupan makanan Sangat buruk = 1 Kurang adekuat = 2 Adekuat = 3 Sangat Baik = 4	3
3	<b>AKTIVITAS</b> Tingkat aktivitas fisik Tergeletak di tempat tidur = 1 Tidak bisa berjalan = 2 Berjalan jarak terbatas = 3 Berjalan disekitar ruangan = 4	4	6	<b>FRIKSI DAN GESEKAN</b> Masalah = 1 Potensi masalah = 2 Tidak ada masalah = 3	3

Resiko dekubitus  
 Ya  Tidak

**Indikator Risiko**  
 <10 Resiko Sangat Tinggi  
 10 - 12 Resiko Tinggi  
 13 - 14 Resiko Sedan  
 >15 Resiko rendah

Berikan tanda x/ arsiran/ lokasi luka/ lesi/ edema ditubuh pasien pada gambar



Jumlah Total Skor Braden... 21

Terdampir formulir pemeriksaan kelompok khusus ( asesmen tambahan ) :

Ya  Tidak

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



**PENGKAJIAN PSIKOLOGIS, SOSIAL, EKONOMI, SPRITUAL ( diisi oleh perawat)**

Status Psikologis :  Cemas  Takut  Marah  Sedih  Kecenderungan Bunuh Diri  Lain - lain,  
 Sebutkan .....

Status Mental :  Sadar dan Orientasi Baik  Ada Masalah Perilaku, Sebutkan *gelisah* ..  
 Perilaku kekerasan yang dialami pasien sebelumnya .....

*Bila terdapat masalah psikologis, pasien di rujuk ke psikiater/ psikolog melalui DPJP*

Status Sosial : Hubungan pasien dengan anggota keluarga  Baik  Tidak Baik

Tempat Tinggal : *Rumah/ Apartemen / Panti / Lainnya* .....

Kerabat terdekat yang dapat dihubungi : Nama: *Yanh Muslita* ..

Hubungan *panti* .. Nomor Telepon: *081275064506*  
*085364695528 (Cahaya)* ..

Status Spiritual : Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan : .....

**PENGKAJIAN KEBUTUHAN INFORMASI DAN EDUKASI PASIEN DAN KELUARGA ( diisi oleh perawat)**

**Persiapan :**

Data pasien : Tinggal bersama :  Anak  Orang tua  Sendiri  Suami/ istri

Edukasi diberikan kepada :  pasien  Orang tua (ayah dan ibu)  Keluarga ( Suami/ istri/ kakak/ adik) *zante* ..

Bahasa :  Indonesia  Inggris  Daerah  lain-lain..... Kebutuhan penterjemah:  Ya  Tidak

Pendidikan pasien :  SD  SLTP  SLTA  S1  Lain- lain.....

Baca dan tulis :  baik  Kurang , Pilihan cara belajar :  Verbal  Tulisan

Kepercayaan lainnya /budaya / Suku/ Etnis .....

**Hambatan : ( isi pada kotak yang tersedia hambatan kebutuhan informasi dan edukasi )**

- Tidak ada
- Pendengaran terganggu
- gangguan emosional
- Gangguan penglihatan
- Gangguan bicara
- Motivasi kurang/ buruk
- Memori hilang
- Fisik lemah
- Alkoholik
- Budaya/ agama/ spiritual
- Secara fisiologik tidak mampu belajar
- Perokok aktif/ pasif
- Keyakinan ;.....
- Lain-lain.....

**Kebutuhan Edukasi ( pilih topic pembelajaran pada kotak yang tersedia)**

- 1. Hak untuk berpartisipasi pada proses pelayanan
- 2. Prosedur pemeriksaan penunjang
- 3. Diet dan nutrisi
- 4. Proses pemberian informed consent
- 5. Kondisi kes. Diagnosis pasti dan penatalaksanaannya
- 6. Penggunaan obat secara efektif, aman, efek samping serta interaksinya
- 7. Cuci tangan yang benar
- 8. Manajemen nyeri
- 9. Teknik Rehabilitasi
- 10. Bahaya merokok
- 11. Penggunaan alat medis yang aman
- 12. Rujukan edukasi
- 13. Proses penyakit
- 14. Obat-obatan
- 15. Prosedur ( contoh : cara perawatan luka)
- 16. Pencegahan factor resiko
- 17. Lingkungan yang perlu disiapkan pasca dirawat
- 18. Cara batuk efektif
- 19. cara melakukan latihan ROM aktif/
- 20. cara melakukan teknik relaksasi
- 21. Cara menggunakan alat kesehatan
- 22. Cara mengurangi / mengatasi nyeri
- 23. Kebutuhan privasi tambahan .....
- 24. Lain-lainnya.....

Kesediaan Pasien dan/ atau Keluarga menerima informasi dan Edukasi :  Ya  Tidak

Tanda tangan dan nama jelas

*[Signature]*

**EDUKASI**

Tgl/ jam Edukasi	Materi Edukasi Sesuai kebutuhan ( tulis nomor diatas)	Kode Leaflet	Lama Edukasi (mt)	Hasil verifikasi	Tgl Reeducasi/ Redemonstrasi	TTD dan Pemberi Edukasi	Nama jelas Pasien/ kelg
10/9-22 11 <sup>00</sup> ml	12, 13, 14, 15		5'	paham	<input checked="" type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Re Edukasi <input type="checkbox"/> Re Demonstrasi	<i>[Signature]</i> Dokter	<i>Yanh</i>
9/9-22 15-30	1, 4, 6, 13, 14, 17		5 menit	paham	<input checked="" type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Re Edukasi <input type="checkbox"/> Re Demonstrasi	<i>[Signature]</i> Perawat	<i>Yanh</i>
14/9-22	6, 14		5'	kel. usg	<input checked="" type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Re Edukasi <input type="checkbox"/> Re Demonstrasi	<i>[Signature]</i> Apoteker	<i>Yanh</i>
14.11.22 10.30	3		5'	kel. psh.	<input checked="" type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Re Edukasi <input type="checkbox"/> Re Demonstrasi	<i>[Signature]</i> Ahli gizi Harlina Solyan, S. Nutrisi	<i>Yanh</i>
					<input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Re Edukasi <input type="checkbox"/> Re Demonstrasi	Fisioterapist	



**HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG ( dicantumkan oleh dokter )**

Merupakan hasil pemeriksaan laboratorium rutin dan pemeriksaan penunjang lainnya ( rontgen, EKG, dll) – Data yang relevan atau bermakna secara klinis.

Hb : 15,0 g/dL  
Ht : 43,3%  
Eritrosit  $4,58 \times 10^6 / mm^3$   
Leukosit  $9,3 \times 10^3 / mm^3$   
Trombosit  $275 \times 10^3 / mm^3$

**DAFTAR MASALAH / DIAGNOSIS ( dapat berupa diagnosis, gejala, kelainan dan keadaan lain, berdasarkan konsep bio- psiko- sosial)**

> **DAFTAR MASALAH / DIAGNOSIS MEDIK ( diisi oleh dokter )**

*Suspensi parenteral*

> **DAFTAR MASALAH / DIAGNOSIS KEPERAWATAN ( diisi oleh perawat )**

- Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
- Ketidakefektifan pola nafas
- Gangguan pertukaran gas
- Nyeri akut
- Nyeri kronis
- Intoleran aktivitas
- Hambatan mobilisasi fisik
- Resiko infeksi
- Penurunan curah jantung
- Resiko penurunan perfusi jaringan Jtg
- Resiko penurunan perfusi jaringan perifer
- Kerusakan integritas kulit
- Resiko jatuh
- Resiko cidera
- Gangguan eliminasi urin
- Kekurangan volume cairan
- Kelebihan volume cairan
- Resiko ketidakseimbangan elektrolit
- Diare
- Konstipasi
- Inkontinensis defekasi
- Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan
- Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan
- Resiko ketidakseimbangan kadar glukosa darah
- Gangguan menelan
- Kurang pengetahuan tentang diet
- Kelelahan
- Gangguan pola tidur
- Insomnia
- Deprivasi tidur
- Kesiapan meningkat tidur
- Ancietas
- kelesnasan

**PERENCANAAN PULANG/ DISCHARGE PLANNING ( Diisi oleh perawat)**  
**KRITERIA DISCHARGE PLANNING**

- Umur > 65 tahun :  Ya  Tidak
- Keterbatasan mobilitas :  Ya  Tidak
- Perawatan atau pengobatan lanjutan :  Ya  Tidak
- Bantuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari  Ya  Tidak

Satu jawaban "Ya" dari kriteria perencanaan pulang diatas, maka akan dilanjutkan dengan perencanaan pulang sebagai berikut :

- Perawatan diri (Mandi, BAB, BAK)
- Pemantauan pemberian obat
- Pemantauan diet
- Perawatan Luka
- Latihan fisik lanjutan
- Pendampingan tenaga khusus di Rumah
- Bantuan medis/ perawatan di rumah/ home care
- Bantuan untuk melakukan aktivitas fisik (kursi roda, alat bantu jalan).

**Tambahan apabila ada perubahan perencanaan pasien pulang**

Tanggal/ jam	Profesi	Catatan	Nama dan paraf

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



**REKONSILIASI OBAT** ( diisi oleh Dokter, diinformasikan kepada Farmasi sebelum peresepan obat pertama )  
 Informasi harus diberikan kepada farmasis saat pembuatan resep pertama untuk pasien melalui faks atau pengisian kolom keterangan dalam EHR)

Penggunaan obat sebelum admisi ( ... ) tidak menggunakan obat sebelum admisi (  ) ya, dengan rincian sebagai berikut

**REKONSILIASI OBAT SAAT ADMISI**

Daftar obat di bawah ini meliputi obat resep dan non resep yang digunakan sebulan terakhir dan masih dipakai saat masuk rumah sakit  
 Instruksi obat baru dituliskan pada rencana perawatan

Review kembali saat pasien akan pulang

NO	NAMA OBAT	DOSIS	FREKUENSI	CARA PEMBERIAN	WAKTU PEMBERIAN TERAKHIR	TINDAK LANJUT	PERUBAHAN ATURAN PAKAI
1	lactamer	5mg	2x1	Im	P, M	(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
2	Dipentidramin	2amp	2x2	Im	P, M	(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
3	Risperidon	2mg	2x3	Po	P, M	(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
4	thioksisifinidil	2mg	2x2	po	P, M	(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
5	doxapin	25mg	1x2	po	M.	(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
6						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
7						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
8						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
9						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
10						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	

Diketahui oleh farmasi : Wahidayani  
 Nama : Wahidayani  
 Tanggal dan tanda tangan : 14/9/22 [Signature]

**RENCANA PERAWATAN INTERDISIPLIN / REFERAL**

- 1. Diet dan nutrisi  Ya  Tidak
- 2. Rehabilitasi Medik  Ya  Tidak
- 3. Farmasi  Ya  Tidak
- 4. Wound Care  Ya  Tidak
- 5. Pain Managemen  Ya  Tidak
- 6. Kriteria Discharge Planning  Ya  Tidak

Tanggal / Jam 10/9/22 / 15.30 WIB  
 Perawat yang melakukan pengkajian

Tanggal / Jam 10/9/22 [Signature]  
 DPJP yang melakukan pengkajian

[Signature]  
 (..... Elka banur .....)

dr. SULISTIANA DEWI, Sp.KJ  
 (..... [Signature] .....)  
 NIP. 197002010200002001

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



Asesmen tambahan : Kelompok khusus

**PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI RAWAT INAP JIWA/PSIKIATRI**  
(Harus dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat inap)

Pengkajian : Tanggal 9/9 2022 Jam 15.30 Wib  
Pengkajian diperoleh dari:  Pasien (Auto anamnesa)

Keluarga (Alloanamnesa)

<b>Diisi oleh Dokter.</b>	
Nama Ayah : TIRA	2. Emosi :
Nama ibu : ANI	a. Mood : baik
Nama Suami/Istri :	b. Afek : baik
<b>Riwayat Psikiatri :</b>	c. Keserasian :
a. Keluhan Utama	3. Gangguan Persepsi :
Pasien mengamuk dirumah & merusak barang-barang dirumah sejak 2 hari ini	Halusinasi auditorik
b. Riwayat Penyakit Sekarang	4. Pikiran :
- Pasien mengamuk-ngamuk dirumah	a. Proses pikir : baik
- Pasien merusak barang-barang	b. Isi Pikir : baik
- Pasien bertawa sendiri	c. Preokupasi/obsesi :
- Pasien bicara-bicara sendiri	5. Kesadaran dan Kognisi
- Pasien berjalan-jalan dikeliling rumah	a. Taraf Kesadaran : Cus
- Pasien mendengar bukan suara perempuan	b. Orientasi :
	c. Daya Ingat :
	d. Konsetrasi :
	e. Perhatian : terganggu
	f. Kemampuan baca & tulis :
	g. Kemampuan Visiospasial :
	h. Pikiran Abstrak :
	i. Intelegensia :
	j. Kemampuan Menolong diri :
c. Riwayat Penyakit Dahulu	6. Pengendalian Impuls : baik
Pasien belum pernah dirawat sebelumnya mendengar suara wanita	7. Daya nilai/Tilikan : terganggu
	8. Taraf dapat dipercaya :
d. Riwayat Medis/Fisik/Napza	Diagnosis Multiaksial :
	Axis I : sleep
	Axis II : badan rapuh
	Axis III :
	Axis IV : masalah belajar
	Axis V : BAF 07-06
e. Status Mental	Terapi :
1. Deskripsi Umum	Inj. Lidocaine 2x1
a. Penampilan :	Inj. Dipenthidramin 2x2
b. Perilaku dan aktivitas motorik :	Risperidon 2x3
c. Sikap Terhadap Terapis :	Triheksifenidil 2x2
d. Pembicaraan	Clozapin 1x25
	Solok, 10/9 2022 Jam, 11.30 Wib
	Dokter Spesialis Jiwa :
	dr. SULIS LANA DEWI, Sp.KJ
	(NIP. 1973090119000042011)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD MOHAMMAD NATSIR**  
 Jl. Sising Fambas Km 3.4-4 - Telp 0771-38011 Faks 0771-38001  
 Website: www.rsudmohammadnatsir.com  
 email: rsud.mohammadnatsir@sumbarprov.go.id

No Rekam Medis: 231700  
 Nama: \_\_\_\_\_  
 Tanggal: \_\_\_\_\_  
 (Mok)

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

**ASSESMENT AWAL RESIKO**

Ket: Bertanda ✓

**ASSESMENT BUNUH DIRI**

BUNUH DIRI Faktor Statik (riwayat)	Ya (1)	Tidak (0)	Tidak tahu	BUNUH DIRI Faktor Dinamis (saat ini)	Ya (1)	Tidak (0)	Tidak tahu
Tinggal hidup sendiri		✓		Mengungkapkan ide bunuh diri		✓	
Riwayat upaya serius suicide		✓		Memiliki rencana / maksud bunuh diri		✓	
Riwayat keluarga suicide		✓		Mengungkapkan stress yang berat		✓	
Adanya diagnosa gangguan jiwa				Keputusasaan		✓	
Penyakit / disabilitas berat		✓		Peristiwa / kejadian signifikan akhir-akhir ini			✓
Berpisah / Duda / Ceraai		✓		Berkurangnya / kehilangan untuk kontrol diri		✓	
Kehilangan pekerjaan/ pensiun / tidak punya kerja		✓		Penggunaan NAFZA			✓
JumlahSkor :	0			JumlahSkor :	0		

Total Skor Resiko Bunuh Diri : 0 LEVEL :  RENDAH (<7)  SEDANG (7-14)  BERAT (>14)

**ASSESMENT KEKERASAN FISIK**

KEKERASAN FISIK Faktor Statik (riwayat)	Ya (1)	Tidak (0)	Tidak tahu	KEKERASAN FISIK Faktor Dinamis (saat ini)	Ya (1)	Tidak (0)	Tidak tahu
Insiden kekerasan baru-baru ini	✓			Mengekspresikan ide untuk melukai orang lain		✓	
Riwayat penggunaan senjata		✓		Akses untuk melakukan tindakan kekerasan		✓	
Laki-laki	✓			Ide paranoid ataulainnya		✓	
Usia dibawah 35 tahun	✓			Perintah halusinasi untuk tindakan kekerasan		✓	
Riwayat Kriminal		✓		Kemarahan, frustasi, atau agitasi	✓		
Riwayat melakukan tindakan Berbahaya atau ide Kekerasan		✓		Kesenangan untuk ide / tindakan kekerasan		✓	
Riwayat kekerasan masa kanak-kanak		✓		Perilaku seksual yang tidak wajar		✓	
Kurangnya peran dalam hidup (pekerjaan, hubungan)		✓		Berkurangnya / kehilangan untuk kontrol diri	✓		
Riwayat penggunaan NAFZA			✓	Penggunaan NAFZA			✓
JumlahSkor :	3			JumlahSkor :	2		

FAKTOR-FAKTOR PENCEGAHAN :  
 Total Skor Resiko Kekerasan Fisik : 5 LEVEL :  RENDAH (<7)  SEDANG (7-14)  BERAT (>14)

**FAKTOR-FAKTOR LAINNYA**

**MANAGEMENT PLAN**

Skoring	Resiko	Management plan
5	RENDAH	1. Rawat jalan dan pemberian terapi 2. Advise untuk mengenali tanda-tanda perburukan dan segera datang untuk kontrol ulang 3. Psycoterapy
	SEDANG	Pertimbangkan untuk rawat inap dengan memperhatikan factor resiko : tinggal sendiri, adanya riwayat suicide / kekerasan sebelumnya.
	BERAT	Sangat direkomendasikan untuk rawa tinap

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



Ket: beritanda x

**ASESMEN MELARIKAN DIRI**

MELARIKAN DIRI Faktor Statik (riwayat)	Ya (1)	Tidak (0)	Tidak tahu	MELARIKAN DIRI Faktor Dinamis (saat ini)	Ya (1)	Tidak (0)	Tidak tahu
Riwayat melarikan diri		✓		Anti treatment/ insight jelek		✓	
Riwayat penolakan pengobatan / ketidakpatuhan		✓		Penggunaan NAFZA		✓	
Usia <= 35 tahun	✓			Kebosanan		✓	
Laki-laki	✓			Perintah halusinasi untuk melarikan diri		✓	
Diagnosa schizophrenia		✓		Berkurangnya / hilangnya kontrol diri (dementia)		✓	
Belum menikah		✓		Perilaku seksual yang tidak wajar		✓	
Riwayat penggunaan NAFZA			✓	Penggunaan NAFZA			✓
Diagnosa gangguan kepribadian			✓	Kemarahan frustrasi	✓		
Riwayat kriminal			✓	Ketakutan perawatan (pasien nakes, pengobatan)	✓		
Jumlah Skor :	2			Jumlah Skor:	2		

**FAKTOR-FAKTOR PENCEGAHAN :**

**MANAGEMENT PLAN**

Skoring	Resiko	Management plan
4	RENDAH	1. Rawat jalan dan pemberian terapi 2. Advise untuk mengenali tanda-tanda perburukan dan segera datang untuk kontrol ulang 3. Psycoterapy
	SEDANG	1. Pertimbangkan untuk rawat inap dengan memperhatikan factor resiko : tinggal sendiri , adanya riwayat suicide / kekerasan/ melarikan diri sebelumnya. 2. Pemakaian restrain
	BERAT	1. Sangat direkomendasikan untuk rawat inap 2. Ruang Isolasi 3. Pemakaian Restraint 4. Observasi ketat

**HASIL ASESMEN PASIEN**

Resiko Bunuh Diri  
 Resiko Kekerasan Fisik  
 Resiko Melarikan Diri

Tanggal Assesmen : 9-9-2022

Jam Assesmen : 15.30 WIB

Nama Petugas : elsa

Paraf Petugas :

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
 RSUD MOHAMMAD NATSIR  
 Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp: (0755) 20003 Faks: (0755) 20003  
 Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id  
 email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis : 2311788  
 Nama P  
 Tange  
 (Moh

L/P

ASUHAN KEPERAWATAN

TGL/ Jam	DIAGNOSA	TINDAKAN	PERTEMUAN					TANDA TANGAN & Nama perawat Pada Pertemuan
			1	2	3	4	5 s/d 12	
7/4-22 1530 wtl	HALUSINASI	PASIEN	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi halusinasi, isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon</li> <li>Jelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan</li> <li>Latih cara mengontrol halusinasi dg menghardik</li> <li>Masukkan pada jadwal untuk latihan menghardik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluasi kegiatan menghardik. Beri pujian</li> <li>Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan)</li> <li>6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat</li> <li>Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluasi kegiatan menghardik. Dan obat. Beri pujian</li> <li>Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi</li> <li>Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat dan bercakap-cakap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluasi kegiatan menghardik. &amp; obat &amp; bercakap-cakap. Beri pujian</li> <li>Latih cara mengontrol halusinasi dg melakukan kegiatan harian (mulai dari 2 kegiatan)</li> <li>Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat dan bercakap-cakap dan kegiatan harian</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluasi kegiatan menghardik &amp; obat &amp; bercakap-cakap dan kegiatan harian. Beri pujian</li> <li>Latih kegiatan harian</li> <li>Nilai apakah halusinasi terkontrol</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11/4-22</li> <li>12/4-22</li> <li>13/4-22</li> <li>14/4-22</li> <li>15/4-22</li> </ol>



	<p>KELUARGA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien</li> <li>✓ Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya halusinasi (gunakan booklet)</li> <li>○ Jelaskan cara merawat halusinasi</li> <li>✓ Latih cara merawat halusinasi;hardik</li> <li>○ Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih, menghardik. Beri pujian</li> <li>○ Jelaskan benar; jenis, cara memberi obat</li> <li>○ Latih cara memberikan/ membimbing mjinum obat</li> <li>○ Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik. Dan memberikan obat. Beri pujian</li> <li>○ Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi</li> <li>○ Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi</li> <li>○ Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik. dan memberikan obat dan bercakap-cakap Beri pujian</li> <li>○ Jelaskan follow up e PKM, tanda kambuh, rujukan</li> <li>○ Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik. dan memberikan obat dan bercakap-cakap&amp; melakukan kegiatan harian dan follow up Beri pujian</li> <li>○ Nilai kemampuan keluarga merawat pasien</li> <li>○ Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke PKM</li> </ul>	<p>6. 16/9-22</p> <p>7. 17/9-22</p> <p>8. 19/9-22</p> <p>9.</p>
--	-----------------	---	---	---	---	---	---

Ns. ROZA W. NARTY, S. KeP

17/9-22 Ns. ROZA W. NARTY, S. KeP

19/9-22 Ns. ROZA W. NARTY, S. KeP

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD MOHAMMAD NATSIR**  
 Jl Simpang Rambio Kota Solok Telp (0755) 20003 Faks (0755) 20603  
 Website: www.rsudmohammadsir.sumbarprov.go.id  
 email: rsud\_mohammadsir@sumbarprov.go.id

No Rekam Medis : 231788

N  
T

L/P

**JADWAL KEGIATAN HARIAN PASIEN PSIKIATRI/ JIWA**

No Telp pasien/keluarga : 081275064506		Tanggal masuk : 9-9-2022								
Kelas rawatan : 3		Tanggal keluar : 19-9-2022								
NO	WAKTU	KEGIATAN	TANGGAL PELAKSANAAN							KET
			9/9	10/9	11/9	12/9	13/9	14/9	15/9	
	08.00 - 09.00	ADL : senam pagi	T	T	B	B	D	B		
	09.00 - 10.00	Penyuluhan	T	T	B	B	D	B		
	10.30 - 10.30	T.A.K	T	T	B	B	D	B		
	10.30 - 12.00	Interaksi ( Menonton TV)	T	T	B	B	D	B		
	12.00-13.00	Makan Siang	T	B	B	B	D	B		
		Minum obat	T	B	B	B	D	B		
		Shalat	T	T	B	B	T	B		
	13.00 - 15.30	Istirahat , tidur siang	T	B	D	B	D	B		
	16.30 - 18.30	T.A.K : Interaksi	T	T	T	B	B	D	B	
		Shalat	T	T	T	B	T	T		
		ADL : Mandi	T	T	T	B	D	D		
	08.30 - 20.00	Makan malam	T	T	T	B	B	B	B	
		Shalat magrib	T	T	T	B	B	B	B	
	20.00 - 05.00	Shalat isya	T	T	T	D	T	T		
		Tidur malam	T	T	T	B	B	B	D	
	05.00 - 05.30	Shalat Subuh	T	T	T	B	T	T	T	
	06.00 - 08.00	Membersihkan tempat tidur	T	T	T	B	T	T	T	
		Mandi	T	T	T	B	B	B	B	

**PETUNJUK :**

- Tulis bagian yang sudah dilatih pada pasien
- Beri tanda T, B, dan M pada jam dan tanggal pelaksanaan kegiatan
  - T : Tergantung, jika pasien sama sekali belum melaksanakan dan tergantung pada bimbingan perawat
  - B : Bantuan, jika pasien sudah melakukan kegiatan tetapi belum sempurna. Dengan bantuan perawat, pasien dapat melaksanakan dengan baik,
  - M : Mandiri, jika pasien melaksanakan kegiatan tanpa dibimbing dan disuruh.

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Hal ..... dari .....

RM.RI Kh.02.2/Rev 01. 2019/RM.21.3



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD MOHAMMAD NATSIR**  
 Jl Simpang Rimbio Kota Solok Telp: (0755) 20001 Faks: (0755) 20601  
 Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id  
 email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis : [ 2 ] [ 1 ] [ 7 ] [ 9 ] [ 0 ] / P  
 Nama :  
 Tanggal :  
 (Mol)

**JADWAL KEGIATAN HARIAN PASIEN PSIKIATRI/ JIWA**

No Telp pasien/keluarga : .....		Tanggal masuk : 9-9-22					
Kelas rawatan : 19		Tanggal keluar : 19-9-22					
NO	WAKTU	KEGIATAN	TANGGAL PELAKSANAAN				KET
			16	17	18	19	
	08.00 - 09.00	ADL : senam pagi	B	B	B	M	
	09.00 - 10.00	Penyuluhan	B	B	B	M	
	10.30 - 10.30	T.A.K	B	B	B	M	
	10.30 - 12.00	Interaksi ( Menonton TV)	B	B	B	M	
	12.00-13.00	Makan Siang	B	B	B	M	
		Minum obat	B	B	B	M	
		Shalat	B	B	T	M	
	13.00 - 15.30	Istirahat , tidur siang	B	B	B	M	
	15.30 - 18.30	T.A.K : Interaksi	B	B	B		
		Shalat	T	T	T		
		ADL : Mandi	B	B	B		
	08.30 - 20.00	Makan malam	B	B	B		
		Shalat magrib	T	T	T		
	20.00 - 05.00	Shalat isya	T	T	T		
		Tidur malam	B	B	B		
	05.00 - 05.30	Shalat Subuh	T	T			
	06.00 - 08.00	Membersihkan tempat tidur	B	B			
		Mandi	B	B			

**PETUNJUK :**

- Tulis bagian yang sudah dilatih pada pasien
- Beri tanda T, B, dan M pada jam dan tanggal pelaksanaan kegiatan
  - T : Tergantung, jika pasien sama sekali belum melaksanakan dan tergantung pada bimbingan perawat
  - B : Bantuan, jika pasien sudah melakukan kegiatan tetapi belum sempurna. Dengan bantuan perawat, pasien dapat melaksanakan dengan baik,
  - M: Mandiri, jika pasien melaksanakan kegiatan tanpa dibimbing dan disuruh.

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



Asesmen tambahan

Tanggal masuk ruang rawat 9-9 2022 jam: 15.30 Unit Kerja: psikiatri

**PERENCANAAN PULANG PASIEN TERINTEGRASI  
 ( DISCHARGE PLANNING )**

FASE	KEGIATAN	PELAKSANAAN			
		DILAKUKAN			TIDAK DILAKUKAN
		TGL	PETUGAS	EVALUASI	ALASAN
TAHAP I Pasién masuk ( dilengkapi oleh perawat dalam 2x 24 jam )	1 Pengkajian fisik dan psikososial	9/9-22	elsa	paham.	
	2 Pengkajian status fungsional				
	3 Pengkajian Kebutuhan Pendidikan Kesehatan				
	4 Kesehatan				
TAHAP II Fase Diagnostik ( dilengkapi sesuai dengan kebutuhan )	a. Proses Penyakit	14-09-22	Mx	Myah	
	b. Obat-obatan				
	c. Prosedur, cara perawatan				
	d. Pencegahan faktor resiko				
	e. Lingkungan yang perlu dipersiapkan				
	f. Rencana tindak lanjut				
	5 Diskusi tentang proses penyakit				
	a. Pengertian, penyebab, tanda dan gejala				
	b. faktor resiko				
6 Diskusi tentang obat-obatan					
7 Diskusi tentang pemeriksaan diagnostik					
8 Diskusi tentang rehabilitasi					
9 Diskusi tentang perawatan, kebersihan diri, perubahan posisi, pencegahan jatuh, manajemen nyeri, latihan ROM, dan teknik relaksasi					
TAHAP III Fase Stabilisasi ( dilengkapi sesuai )	10 Edukasi pengaturan diet ( sesuai faktor resiko)	14-09-22	Mx	Myah	
	11 Edukasi tentang modifikasi gaya hidup				
	a. Aktivitas fisik				
	b. Merokok				
	c. Penggunaan alkohol dan obat-obatan				
12 Edukasi tentang modifikasi lingkungan pasien setelah pulang dari Rumah Sakit					
13 Edukasi tentang rencana perawatan lanjutan pasien					
a. Kebutuhan dasar					
b. Jadwal kontrol					
TAHAP IV ( dilengkapi 1 x 24 jam sebelum pasien pulang )	14 Diskusi tentang pengawasan pada pasien setelah pulang tentang obat, diet, aktivitas dan peningkatan status fungsional	15/9-22	Mx	Myah	
	15 Diskusi tentang sistem dukungan keluarga, finansial, dan alat/ transportasi yang akan digunakan pasien				

dr. SULISTIANA DEWI, Sp.KJ  
 NIP. 19760929 200604 2 011

dr. SULISTIANA DEWI, Sp.KJ  
 NIP. 19760929 200604 2 011

Harlinda S. Winarti, N. Winarti  
 Ns. ROZA WINARTY, S. KEP

Ns. ROZA WINARTY, S. KEP



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD MOHAMMAD NATSIR**  
 Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp. (0755) 20001 Faks: (0755) 20003  
 Website: www.rsudmohammadsir.sumbarprov.go.id  
 email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

No Rekam Medis : 2311788 I/P  
 Nama  
 Tang  
 (Mo)

CATATAN PULANG		PELAKSANAAN			KETERANGAN
		SUDAH DIBERIKAN		BELUM DIBERIKAN	
		TGL	PETUGAS	ALASAN	
1	Resep/ obat-obatan	19/9-22			
2	Surat kontrol	19/9-22	Ns. ROZA WINARTY, S.Kep		
3	Rujukan rehabilitasi				
4	Surat rujukan/jawaban rujukan				
5	Surat tanda bukti selesai administrasi				
6	Leaflet/ Informasi Kesehatan ( bila ada)				

Obat-obatan yang dibawakan pulang :

No	NAMA OBAT	DOSIS	JUMLAH	No	NAMA OBAT	DOSIS	JUMLAH
1.	Risperidon	2x1g	14	9			
2.	Thp	2x2g	14	10			
3.	Clozapin	1x25g	7	11			
4.				12			
5.				13			
6.				14			
7.				15			
8.				16			

**\*Khusus pasien Kebidanan**

Mencocokkan nama dan nomor gelang ibu pada bayi  Ya  Tidak  
 Disaksikan oleh orangtua bayi saat mencocokkan  Ya  Tidak

**\*Khusus pasien Neonatus**

Prosedur kerja pemulangan bayi

- > Dokter SpA / Dokter Penanggung jawab melakukan pemeriksaan dan memastikan bayi dalam keadaan sehat dan menginformasikan bahwa bayi boleh pulang pada keluarga.
- > Sebelum pasien pulang petugas :
  1. Memastikan bahwa status imunisasi anak dan kartu pencatatan sudah sesuai dengan umur anak atau bayi
  2. Mencocokkan nama dan nomor gelang ibu pada bayi  Ya  Tidak  
 Disaksikan oleh orangtua bayi saat mencocokkan  Ya  Tidak

Pulang ke alamat : Pulau Pungung  
 Nama Penjemput : Yanh  
 Hubungan dengan pasien : Anak

Discharger Planer/ perawat

Ns. ROZA WINARTY, S.Kep

Solok, 19/9-22  
 Pasien/ Keluarga

[Signature]

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD MOHAMMAD NATSIR**  
 Jl. Simpang Rumbio Kota Solek Telp: (0755) 20003 Faks: (0755) 20003  
 Website: www.rsudmohammadsir.sumbarpov.go.id  
 email: rsud\_mohammadsir@sumbarprov.go.id

No Rekam Medis : 231788 L/P

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

## PENGAJIAN RESTRAIN

### PENGAJIAN STATUS MENTAL

Kesadaran :  Compos mentis  Apatis  Delirium  samnolen  stupor  coma  
 GCS : E..... M..... V.....  
 Tanda vital: TD : ...120.../...80...mmHg, Nadi : 84...x/mt RR: ...20...x/mt Suhu: ...36.5...C.  
 Skala nyeri : .....0.....  
 Hasil Observasi :  
 Pasien gelisah atau delirium dan berontak  
 Pasien tidak kooperatif  
 Ketidakkampuan dalam mengikuti perintah untuk tidak meninggalkan tempat tidur

### PERTIMBANGAN KLINIS

- Membahayakan diri sendiri
- Membahayakan orang lain
- Gagal meminimalkan penggunaan restrain

### PENILAIAN DAN INSTRUKSI DOKTER

1. Restrain Non Farmakologi
- Restrain tempat tidur atau bedrall
  - Restrain pergelangan tangan
    - Tangan kiri
    - Tangan kanan
  - Restrain pergelangan kaki
    - Kaki kiri
    - Kaki kanan
  - Lain-lain

### RENCANA PENGAJIAN LANJUTAN

2. Restrain Farmakologi
- Restrain non farmakologi
    - Pengkajian satu jam pertama
    - Pengkajian dua jam pertama
    - Pengkajian lanjutan tiap dua jam
    - Pengkajian lanjutan tiap empat jam
  - Restrain farmakologi
    - Observasi tanda-tanda vital (TTV) tiga puluh menit atau satu jam setelah pemakaian restrain selanjutnya sesuai kondisi
    - Observasi lanjutan setiap satu jam

### PENDIDIKAN RESTRAIN PASIEN ATAU KELUARGA

- Menjelaskan alasan penggunaan restrain sebagai produser emergensi
- Menjelaskan kriteria hasil observasi atau ketentuan penghentian restrain
- Memberikan informasi atau edukasi kepada pasien dan keluarga

Tanggal / Jam 9/9-22 / 15.30 wib

Perawat / bidan yang melakukan pengkajian

(*Ahsa Danur*)

Keluarga yang menyetujui

(*Yanti Musnita*)

Tanggal / Jam 9-9-22 / 15.30 wib

DPJP yang melakukan pengkajian

(*[Signature]*)

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMIUM DAERAH  
**RSUD MOHAMMAD NATSIR**  
 Jl Simpang Rimbis Kota Salak Telp (0755) 20001 Faks (0755) 20001  
 Website: www.rsudmohammadsambarprov.go.id  
 email: rsud.mohammads@sumbarprov.go.id

No Rekam Medis : 23177081 L/P

**MONITORING RESTRAIN**

<b>Observasi restrain</b> 1. Observasi 39 menit ke 1 dan ke 2 setelah tindakan restrain 2. selanjutnya 2 jam		<b>Kondisi kooperatif atau tidak kooperatif</b>				<b>Kriteria untuk menghentikan pemakaian restrain</b> 1. Mampu mengenali orang, tempat, lingkungan dan waktu 2. Mampu secara verbal melakukan kesepakatan untuk keamanan 3. Pasien sadar penuh (GCS 15) 4. Prilaku awal tidak ditemukan							
<b>Lokasi pemasangan restrain ( beri tanda V pada <input type="checkbox"/> sesuai dengan lokasi dan observasi restrain)</b> <input type="checkbox"/> Pergelangan tangan kiri <input type="checkbox"/> pergelangan kaki kiri <input type="checkbox"/> Badan <input type="checkbox"/> Pergelangan tangan kanan <input type="checkbox"/> Pergelangan kaki kanan													
Tgl Jam	Lokasi Pemasangan restrain	Perawat/bidan		Observasi lokasi pemasangan restrain						Kondisi	Perawat/Bidan		
		Nama	Paraf	Edema		Iritasi		Sirkulasi			Nama	Paraf	
				Ya	Tidak	ya	tidak	ya	tidak				
9/9/22 15.30	farmakologi	elsa	ah		✓		✓		✓		Bersih	elsa-	
12/9/22	Kamer kiri/kanan Angon kiri/kanan	Yanto	[Signature]		✓		✓		✓		Bersih	[Signature]	
12/9/22 18	la [Signature]	[Signature]	[Signature]		✓		✓		✓		[Signature]	[Signature]	

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



**RENCANA ASUHAN TERINTEGRASI atau PLAN OF CARE**

Hari/Tanggal/ jam	Hari I / 9-9-22 Jumat /	Hari II / 10-9-22 Sabtu	Hari III / Minggu, 11-9-22
Diagnosis Kerja	Psikohik Alut	Psikohik Alut	Psikohik alut.
Masalah Kebutuhan/prioritas	Halusinasi	Halusinasi	Halusinasi
Kewaspadaan	<input checked="" type="checkbox"/> Standar <input type="checkbox"/> Airborne <input type="checkbox"/> Kontak <input type="checkbox"/> Droplet	<input checked="" type="checkbox"/> Standar <input type="checkbox"/> Airborne <input type="checkbox"/> Kontak <input type="checkbox"/> Droplet	<input checked="" type="checkbox"/> Standar <input type="checkbox"/> Airborne <input type="checkbox"/> Kontak <input type="checkbox"/> Droplet
Tim Dokter	DPJP _____ TIM: _____	DPJP _____ TIM: _____	DPJP _____ TIM: _____
Pemeriksaan	<input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Radiologi _____	<input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Radiologi _____	<input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Radiologi _____
Prosedur/ Tindakan			
Nutrisi	Diet: <u>MB</u> Batasan cairan <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	Diet: <u>MB</u> Batasan cairan <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	Diet: <u>MB</u> Batasan cairan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
Aktivitas	<input type="checkbox"/> Tirah baring total <input type="checkbox"/> Tirah baring parsial <input checked="" type="checkbox"/> Mandiri	<input type="checkbox"/> Tirah baring total <input type="checkbox"/> Tirah baring parsial <input checked="" type="checkbox"/> Mandiri	<input type="checkbox"/> Tirah baring total <input type="checkbox"/> Tirah baring parsial <input checked="" type="checkbox"/> Mandiri
Pengobatan	<input checked="" type="checkbox"/> Sesuai IMR <input type="checkbox"/> Revisi pengobatan	<input checked="" type="checkbox"/> Sesuai IMR <input type="checkbox"/> Revisi pengobatan	<input checked="" type="checkbox"/> Sesuai IMR <input type="checkbox"/> Revisi pengobatan
Keperawatan	<input type="checkbox"/> Observasi asuhan Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Prosedur Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi dengan medis <input checked="" type="checkbox"/> Pendidikan Kesehatan	<input type="checkbox"/> Observasi asuhan Keperawatan <input type="checkbox"/> Prosedur Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi dengan medis <input checked="" type="checkbox"/> Pendidikan Kesehatan	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi asuhan Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Prosedur Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi dengan medis <input checked="" type="checkbox"/> Pendidikan Kesehatan
Tindakan Rehabilitasi Medik	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Konsultasi			
Sasaran			
Nama & Paraf Dokter			

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas





RENCANA ASUHAN TERINTEGRASI atau PLAN OF CARE

Hari/Tanggal/ Jam	Hari 1 : Senin, 12/09/20	Hari 2 : Selasa, 13/09/20	Hari 3 : Rabu, 14/09/20
Diagnosis Kerja	Perilaku Abasi	Perilaku Abasi	Perilaku Abasi
Masalah Kebutuhan/prioritas	Hidung	Hidung	Hidung
Kewaspadaan	<input checked="" type="checkbox"/> Standar <input type="checkbox"/> Airborne <input type="checkbox"/> Kontak <input type="checkbox"/> Droplet	<input type="checkbox"/> Standar <input type="checkbox"/> Airborne <input type="checkbox"/> Kontak <input type="checkbox"/> Droplet	<input checked="" type="checkbox"/> Standar <input type="checkbox"/> Airborne <input type="checkbox"/> Kontak <input type="checkbox"/> Droplet
Tim Dokter	DPJP TIM: dr. SULISTIYANA DEWI, Sp.KJ NIP. 19760926 200504 2 011	DPJP TIM: dr. SULISTIYANA DEWI, Sp.KJ NIP. 19760926 200504 2 011	DPJP TIM:
Pemeriksaan	<input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> Radiologi	<input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> Radiologi	<input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> Radiologi
Prosedur/ Tindakan			
Nutrisi	Diet: HD Batasan cairan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> ya	Diet: MB Batasan cairan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> ya	Diet: MB Batasan cairan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> ya
Aktivitas	<input type="checkbox"/> Tirah baring total <input type="checkbox"/> Tirah baring parsial <input checked="" type="checkbox"/> Mandiri	<input type="checkbox"/> Tirah baring total <input type="checkbox"/> Tirah baring parsial <input checked="" type="checkbox"/> Mandiri	<input type="checkbox"/> Tirah baring total <input type="checkbox"/> Tirah baring parsial <input checked="" type="checkbox"/> Mandiri
Pengobatan	<input checked="" type="checkbox"/> Sesuai IMR <input type="checkbox"/> Revisi pengobatan	<input checked="" type="checkbox"/> Sesuai IMR <input type="checkbox"/> Revisi pengobatan	<input checked="" type="checkbox"/> Sesuai IMR <input type="checkbox"/> Revisi pengobatan
Keperawatan	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi asuhan Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Prosedur Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi dengan medis <input checked="" type="checkbox"/> Pendidikan Kesehatan	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi asuhan Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Prosedur Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi dengan medis <input checked="" type="checkbox"/> Pendidikan Kesehatan	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi asuhan Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Prosedur Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi dengan medis <input checked="" type="checkbox"/> Pendidikan Kesehatan
Tindakan Rehabilitasi Medik	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Konsultasi			
Sasaran			
Nama & Paraf Dokter	dr. SULISTIYANA DEWI, Sp.KJ NIP. 19760926 200504 2 011	dr. SULISTIYANA DEWI, Sp.KJ NIP. 19760926 200504 2 011	

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



**RENCANA ASUHAN TERINTEGRASI atau PLAN OF CARE**

Hari/Tanggal/ Jam	Hari Kamis 15/9/22	Hari ... / Jumat 16/9/22	Hari Sabtu 17/9/2022
Diagnosis Kerja	Stigma IMR	Stigma	Stigma
Masalah Kebutuhan/ prioritas	Halus	Halus	halus
Kewaspadaan	<input checked="" type="checkbox"/> Standar <input type="checkbox"/> Airborne <input type="checkbox"/> Kontak <input type="checkbox"/> Droplet	<input checked="" type="checkbox"/> Standar <input type="checkbox"/> Airborne <input type="checkbox"/> Kontak <input type="checkbox"/> Droplet	<input checked="" type="checkbox"/> Standar <input type="checkbox"/> Airborne <input type="checkbox"/> Kontak <input type="checkbox"/> Droplet
Tim Dokter	DPJP dr. <b>SULISTIANA DEWI, Sp.KJ</b> NIP. 19760929 200604 2 011	DPJP dr. <b>SUMSTIANA DEWI, Sp.KJ</b> NIP. 19760929 200604 2 011	DPJP dr. <b>SULISTIANA DEWI, Sp.KJ</b> NIP. 19760929 200604 2 011
Pemeriksaan	<input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Radiologi _____	<input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Radiologi _____	<input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Radiologi _____
Prosedur/ Tindakan			
Nutrisi	Diet: <u>MD</u> Batasan cairan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	Diet: <u>MS</u> Batasan cairan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	Diet: <u>MG</u> Batasan cairan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
Aktivitas	<input type="checkbox"/> Tirah baring total <input type="checkbox"/> Tirah baring parsial <input checked="" type="checkbox"/> Mandiri	<input type="checkbox"/> Tirah baring total <input type="checkbox"/> Tirah baring parsial <input checked="" type="checkbox"/> Mandiri	<input type="checkbox"/> Tirah baring total <input type="checkbox"/> Tirah baring parsial <input checked="" type="checkbox"/> Mandiri
Pengobatan	<input checked="" type="checkbox"/> Sesuai IMR <input type="checkbox"/> Revisi pengobatan	<input checked="" type="checkbox"/> Sesuai IMR <input type="checkbox"/> Revisi pengobatan	<input checked="" type="checkbox"/> Sesuai IMR <input type="checkbox"/> Revisi pengobatan
Keperawatan	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi asuhan Keperawatan <input type="checkbox"/> Prosedur Keperawatan <input type="checkbox"/> Kolaborasi dengan medis <input checked="" type="checkbox"/> Pendidikan Kesehatan	<input type="checkbox"/> Observasi asuhan Keperawatan <input type="checkbox"/> Prosedur Keperawatan <input type="checkbox"/> Kolaborasi dengan medis <input checked="" type="checkbox"/> Pendidikan Kesehatan	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi asuhan Keperawatan <input type="checkbox"/> Prosedur Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi dengan medis <input checked="" type="checkbox"/> Pendidikan Kesehatan
Tindakan Rehabilitasi Medik	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Konsultasi			
Sasaran			
Nama & Paraf Dokter	dr. <b>SULISTIANA DEWI, Sp.KJ</b> NIP. 19760929 200604 2 011	dr. <b>SULISTIANA DEWI, Sp.KJ</b> NIP. 19760929 200604 2 011	dr. <b>SULISTIANA DEWI, Sp.KJ</b> NIP. 19760929 200604 2 011

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD MOHAMMAD NATSIR**  
 Jl. Siropang Rumbas Kota Solok - Telp. (0753) 20001 Faks (0753) 20003  
 Website: www.rsudmohammatsir.com/bsiprov.go.id  
 email: rsud.mohammatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis : 231788  
 Nama Pas  
 Tanggal I  
 (Mohon d

**RENCANA ASUHAN TERINTEGRASI atau PLAN OF CARE**

Hari/Tanggal/ Jam	Hari Minggu 10/9 - 22	Hari 11/9/9 - 22	Hari 1
Diagnosis Kerja	skizofrenia paranoid	skizofrenia paranoid	
Masalah Kebutuhan/prioritas	halusinasi	halusinasi	
Kewaspadaan	<input type="checkbox"/> Standar <input type="checkbox"/> Airborne <input type="checkbox"/> Kontak <input type="checkbox"/> Droplet	<input checked="" type="checkbox"/> Standar <input type="checkbox"/> Airborne <input type="checkbox"/> Kontak <input type="checkbox"/> Droplet	<input type="checkbox"/> Standar <input type="checkbox"/> Airborne <input type="checkbox"/> Kontak <input type="checkbox"/> Droplet
Tim Dokter	DPJP dr. SULISTIANA DEWI, Sp.KJ TIM NIP. 19760929 200604 2 011	DPJP dr. SULISTIANA DEWI, Sp.KJ TIM NIP. 19760929 200604 2 011	DPJP TIM:
Pemeriksaan	<input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> Radiologi	<input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> Radiologi	<input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> Radiologi
Prosedur/ Tindakan			
Nutrisi	Diet: MB Batasan cairan <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> ya	Diet: MB Batasan cairan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> ya	Diet: Batasan cairan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> ya
Aktivitas	<input type="checkbox"/> Tirah baring total <input type="checkbox"/> Tirah baring parsial <input checked="" type="checkbox"/> Mandiri	<input type="checkbox"/> Tirah baring total <input type="checkbox"/> Tirah baring parsial <input checked="" type="checkbox"/> Mandiri	<input type="checkbox"/> Tirah baring total <input type="checkbox"/> Tirah baring parsial <input type="checkbox"/> Mandiri
Pengobatan	<input type="checkbox"/> Sesuai IMR <input type="checkbox"/> Revisi pengobatan	<input type="checkbox"/> Sesuai IMR <input type="checkbox"/> Revisi pengobatan	<input type="checkbox"/> Sesuai IMR <input type="checkbox"/> Revisi pengobatan
Keperawatan	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi asuhan Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Prosedur Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi dengan medis <input checked="" type="checkbox"/> Pendidikan Kesehatan	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi asuhan Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Prosedur Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi dengan medis <input checked="" type="checkbox"/> Pendidikan Kesehatan	<input type="checkbox"/> Observasi asuhan Keperawatan <input type="checkbox"/> Prosedur Keperawatan <input type="checkbox"/> Kolaborasi dengan medis <input type="checkbox"/> Pendidikan Kesehatan
Tindakan Rehabilitasi Medik	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Konsultasi			
Sasaran			
Nama & Paraf Dokter	dr. SULISTIANA DEWI, Sp.KJ NIP. 19760929 200604 2 011	dr. SULISTIANA DEWI, Sp.KJ NIP. 19760929 200604 2 011	

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

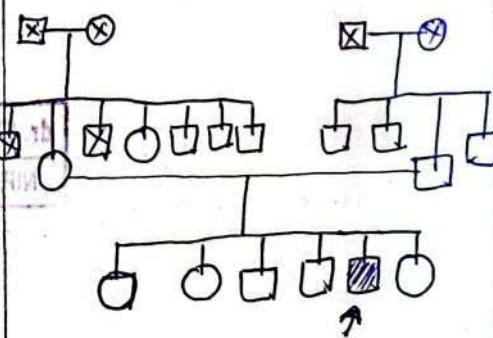


PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD MOHAMMAD NATSIR**  
 Jl Simpang Rumbio Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks. (0755) 20003  
 Website: www.rsudmatsir.sumbarprov.go.id  
 email: rsud.matsir@sumbarprov.go.id



No Re...  
 Nama Pasien 23178E  
 Tanggal Lahir  
 (Mohon diisi atau stempel jika ada)

**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)**

TGL/ JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN  (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH  (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP  (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
9/9-22 15.30	perawat	<p>PBM psikiatri pindahan 160 dlm kua          dan sadar ac rawat dr. dewi dg dr          psikohik akut</p> <p>S :          ✓ keluarga mengatakan pasien menga-          muk dirumah sejak 2 hari          ✓ pasien memsuk 2 barang dirumah          ✓ tertawa 2 sendiri, bicara 2 sendiri          ✓ pasien ada dengar 2 suara perem-          puan.          ✓ Bicara tidak nyambung          ✓ kurang tidur ± sudah 2 hari          ✓ mandi dan makan ada          ✓ pasien tidak ada riwayat ggn jiwa          ✓ Riw trauma ⊖, ujang ⊖          ✓ Tidak ada keluarga katan sakit          ggn jiwa</p> <p><u>Genogram</u></p>  <p>O: ADL dibantu          Kontak mata kurang          Interaksi kurang          Emosi labil          pasien gelisah</p> <p>TD: H: 88/110, T: 36,5</p>	<p>Advs dr. dewi          ✓ inj lidamer 2x100 (m)          ✓ inj dipen 2x200 (m)          ✓ Risperidon 2x3 mg (po)          ✓ THP 2x2 mg (po)          ✓ clozapin 1x25 mg (po)</p> <p>yang menyerahkan          Ah          (# Isa Danur)</p> <p>yang menerima          B          (Hniyah)</p>	<p>dr. SULISTIYANA DEWI, Sp.KJ          NIP. 19760329 200604 2 011</p>

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)**

TGL/JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN <small>(Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai asasen, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)</small>	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH <small>(Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)</small>	REVIEW & VERIFIKASI DPJP <small>(Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / interview seluruh rencana asuhan)</small>
10/9/22 06.00	perawat	<p>A: Halusinasi</p> <p>P: Bina hubungan saling percaya            Identifikasi halusinasi; isi, waktu            Kontrol halusinasi dg obat.</p> <p>S,</p> <p>O, rawatan H 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keasab mata ada.</li> <li>- interaksi lung.</li> <li>- emosi labil</li> <li>- makan 1/2 porsi</li> <li>- malam pas ada tidur</li> <li>- adl dirangsang.</li> </ul> <p>A: Halusinasi</p> <p>P - bina hub saling percaya.</p> <p>- kontrol halusinasi dg obat</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- yg lodo 2x1</li> <li>- yg dipin 2x2</li> <li>- th lain lanjut</li> </ul> <p>yg menyakitkan (Amiyah)</p> <p>yg menerima (David)</p>	

dr. SULISTIANA DEWI,  
 NIP. 19760929 200604

**Keterangan**  
 SOAP : S (subjective): Keluhan Pasien, O (Objective). Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkini.  
 P (Planning): Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan. (profesi Dokter, Apoteker)  
 ADIME: A: asesmen, D: Diagnosa, I: Intervensi, M: Monitoring, E: Evaluasi (profesi ahli gizi)  
 SOAP/ SOAPIER : S (subjective): Keluhan Pasien, O (Objective). Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkini  
 P (Planning). Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan, I (Intervensi): Tindakan yang dilakukan, E (Evaluasi)  
 R (Revision) Rencana dan perubahan tindak lanjut. (Profesi perawat/ bidan)

**Revisi asuhan asesmen ulang dilakukan:**  
 Bedah (DPJP) : minimal 1x sehari termasuk akhir minggu libur untuk pasien akut, jika ada perubahan penting kondisi pasien  
 Perawat : minimal 1x per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien  
 Farmasi (Apoteker) : minimal 1x sehari, jika ada perubahan penting kondisi pasien  
 Fisioterapist : sesuai kunjungan ke rehabilitasi medik.

Ahli gizi : sesuai hasil skrining nutrisi: skor 0 beresiko rendah ulang setiap 7 hari, skor 1 beresiko menengah monitoring asuhan setiap 3 hari.  
 Jika tidak ada peningkatan, lanjutkan pengkajian dan ulang setiap 7 hari, skor ≥ 2 beresiko tinggi, bekerja sama dengan tim dukungan gizi, perata asuhan gizi monitoring setiap hari ulang skrining setiap 7 hari

MPP : Situasional dalam bentuk SOAP

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)**

TGL/JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / interview seluruh rencana asuhan)
10/01/2021 10.15 WIB Perawat		S : O : kontak muka ada interaksi ada Adl diarahkan emosi pasien labil H = 2 A - Halusinasi P : BHP kolaborasi dalam pemberian obat kontrol halusinasi dgn obat	Yang menyerahkan Jh (DARI) Yang menerima (DANI)	
10/01/21 18.15 WIB	Perawat	S : - O : lulu ada : tidak ada : Emosi labil : H2 A : Halusinasi P : BHP : kolaborasi dan pemberian obat S - klien mengatakan mau pulang O - Interaksi ada - adl diarahkan - Emosi klien labil - H3 - Makan (+) A - Halusinasi P - Bina hub saling percaya - kontrol halusinasi dgn obat	yg menyerahkan (DANI) yg menerima (DIKOSAPUTRA) yang menyerahkan (DIKOSAPUTRA) yang menerima (Elsa Danur)	

dr. SULISTIANA DEWI, Sp.KJ  
 NIP. 19760929 200604 2 011

**Keterangan**  
 SOAP : S (subjective): Keluhan Pasien, O (Objective): Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkini  
 P (Planning): Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan. (profesi Dokter, Apoteker)  
 A: asesmen, D: Diagnosa, I: Intervensi, M: Monitoring, E: Evaluasi (profesi ahli gizi)  
 ADIME: S (subjective): Keluhan Pasien, O (Objective): Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkini  
 P (Planning): Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan, I (Intervensi): Tindakan yang dilakukan, E (Evaluasi)  
 R (Revision): Rencana dan perubahan tindak lanjut. (Profesi perawat/ bidan)

**Indikasi asesmen ulang dilakukan:**  
 DPJP : minimal 1x sehari termasuk akhir minggu libur untuk pasien akut, jika ada perubahan penting kondisi pasien  
 Perawat : minimal 1x per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien  
 Apoteker : minimal 1x sehari, jika ada perubahan penting kondisi pasien  
 Fisioterapist: sesuai kunjungan ke rehabilitasi medik  
 Ahli gizi : sesuai hasil skrining nutrisi skor 0 beresiko rendah ulangi setiap 7 hari, skor 1 beresiko menengah monitoring asupan setiap 3 hari.  
 Jika tidak ada peningkatan, lanjutkan pengkajian dan ulangi setiap 7 hari, skor 2 beresiko tinggi, bekerja sama dengan tim dukungan gizi, penata asuhan gizi monitoring setiap hari ulangi skrining setiap 7 hari  
 MPP : Situasional dalam bentuk SOAP

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)**

TGL/JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
11/9/22 12.00 WIB	perawat	S : O : ada diarahkan Introlusi ada Kontak mata ada. Emosi labil makan habis Rawatan H3 A : Halusinasi P : BHSP Identifikasi halusinasi Kontrol halusinasi dg obat	yang menyerahkan Ct (Elsu Daman) yang menerima (Nanda)	
11/9/22 15.00 WIB	perawat	S : O : interaksu ada kontak mata ada emosi labil makan habis Rawatan H3 A : Halusinasi P : BHSP kontrol halusinasi dengan obat	Yang menyerahkan Ct (Nanda) yang menerima (Nanda)	
12/9/22	perawat	S : perawat mengatakan ingin pulang, O kontak mata ada Emosi masih labil feverun menurun. suhu Rawatan H4, lamb di arahkan. A. Halusinasi P BHSP kontrol halusinasi dg obat	yang menyerahkan (Nanda) yang menerima (Nanda)	

Yanto Haryadi, A.Md. I

dr. SULISTIANA DEWI, Sp.I



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD MOHAMMAD NATSIR**  
 Jl. Sisingang Rambai Kota Solok Tels. (0753) 20001 Faks. (0753) 20001  
 Website: www.rsudmnsir.com/batprov.go.id  
 email: rsud.mnsir@sumbarprov.go.id

No Rekam Medis : 2317810  
 Nst  
 Te  
 C

L/1

**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)**

TGL JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
12 Sept 2022		S: pambolan pektek gtl 2 yg bali - terak " APL Ranskan - tridur @.  O: Labil / terak - kelumer @.  A: Pektik Abat  S: Pat menyakha lya plang O: labil ak : katal ak ak : Ensi labil : Ranskan H4  A: Halasi P: Btup : kelumer dh paku adak : katal fg labani	(yg logamer 2x1m yg diperhidrami 2x2m  Ranskan 2x2 Tep 2x2 clozapin 1x25  cel  Adis - logamer 2x1 - Diphen 2x2 - Rtp 2x3 - Tep 2x2 - Clozapin 1x25 - cel DR  yg menyakha (Kata)	Dr. ZULISHALIATUL FAJRIAH, M.Sc, Sp.KJ NIP. 19860819 201101 2005
17/9/22 11.30 ub.	Pasung		yg menyakha (Kata)	Dr. SULISTIANA DEWI, Sp.KJ NIP. 19760929 200604 2 011

**Keterangan**  
 SOAP : S (subjective): Keluhan Pasien, (Objective): Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkin  
 P (Planning) : Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan. ( profesi Dokter, Apoteker)  
 A. asesmen, D. Diagnosa, I: Intervensi, M. Monitoring, E: Evaluasi ( profesi ahli gizi)  
 ADIME : S (subjective): Keluhan Pasien, O (Objective): Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkin  
 P (Planning) : Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan, I (Intervensi) : Tindakan yang dilakukan, E (Evaluasi)  
 R (Revision). Rencana dan perubahan tindak lanjut. ( Profesi perawat/ bidan)  
 Pelaksanaan asesmen ulang dilakukan:  
 Asuhan (DPJP) : minimal 1x sehari termasuk akhir minggu libur untuk pasien akut, jika ada perubahan penting kondisi pasien  
 Asuhan : minimal 1x per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien  
 Asuhan Apoteker : minimal 1x sehari, jika ada perubahan penting kondisi pasien  
 Asuhan Fisioterapist : sesuai kunjungan ke rehabilitasi medik.  
 Ahli gizi : sesuai hasil skrining nutrisi skor 0 beresiko rendah ulangi setiap 7 hari, skor 1 beresiko menengah monitoring asupan setiap 3 hari.  
 Jika tidak ada peningkatan, lanjutkan pengkajian dan ulangi setiap 7 hari, skor > 2 beresiko tinggi, bekerja sama dengan tim dukungan gizi, perata asuhan gizi monitoring setiap hari ulangi skrining setiap 7 hari  
 MPP : Situasional dalam bentuk SOAP  
 Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas





**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)**

TGL/ JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
12/9-22	Perawat	<p>S: - ket waja            O: in l...            H4            mis a8            A: Halus</p>	<p>47 waja  <b>DR. MUKHLIS S, S.Kep</b>  <b>NIK. 1990.0101.2016.001</b></p>	
13/9-22 05.40 WIB	Perawat	<p>S: - klien mengatakan ingin pulang.            O: - kontak mata ada            - interaksi ada            - Adl diratakan            - emosi lebih            - klien tenang            - tidur ada            - makan ada dan habis i'port.            - Rawatan HS.            A: Halusinasi            P: - BHSP            - Kontrol halusinasi dgn obat</p>	<p>- hasil labor fuder            di lapor ke dr. meli            "Therapy lanjut"            Yang mencahkan            (Wifa Asilya)            Yang mencahkan</p>	

**READ BOOK**  
**RSUD SOLOK**  
**DR. SULISTIANA DEWI, Sp.K**  
**NIP. 19860819**

**dr. SULISTIANA DEWI, Sp.K**  
 760929 200604-2 01

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL / JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, bed paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
13/9-2022 13/9/22 pms at Dwb		<p>13/9-2022: sbel 2u @ darska</p> <p>O: darska sbel Rencana (R)</p> <p>A: sbel sbel H<sub>2</sub></p> <p>S, pas mengatak tdk ada nam pak bayangan.</p> <p>O. Rawatan H<sub>2</sub></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kontrol mata ada</li> <li>- Interaksi ada</li> <li>- pas gyl di'aus.</li> <li>- emak' cabil</li> <li>- ulien kray.</li> <li>- makan hulis.</li> </ul> <p>A. H<sub>2</sub> ada di'arahk.</p> <p>P. Glna hub salis parya.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kontrol hawina' g</li> <li>obat.</li> </ul>	<p>- Colpomer 2x1mg</p> <p>- Diphen 2x2mg</p> <p>- Kig 2x2</p> <p>- H<sub>2</sub> 2x</p> <p>- oby' kera</p> <p>- mg lodomer 2x1g</p> <p>- 3 Dipen 2x2g</p> <p>- H<sub>2</sub> lain lain g</p> <p>- pas di'gabungkan</p> <p>g pas lain.</p> <p>H<sub>2</sub> pas di'obs</p> <p>ys menyerahk</p> <p>(H<sub>2</sub> yari).</p> <p>ys menyerahk</p> <p>(H<sub>2</sub> yari).</p>	<p>[Signature]</p> <p>[Signature]</p>

[Signature]  
DINA SULISTIANA DEWI, Sp.KJ  
NIP. 19760929 200604 2 011

catatan SOAP : S (subjective): Keluhan Pasien, O (Objective): Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkini; P (Planning): Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan. (profesi Dokter, Apoteker)  
ADIME: A. asesmen, D. Diagnosa, I: Intervensi, M. Monitoring, E: Evaluasi (profesi ahli gizi)  
SOAPI/SOAPIER: S (subjective): Keluhan Pasien, O (Objective): Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkini; P (Planning): Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan, I (Intervensi): Tindakan yang dilakukan, E (Evaluasi) R (Revision) Rencana dan perubahan tindak lanjut. (Profesi perawat/ bidan)

asesmen ulang dilakukan:  
Dokter (DPJP) : minimal 1x sehari termasuk akhir minggu/ libur untuk pasien akut, jika ada perubahan penting kondisi pasien  
perawat : minimal 1x per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien  
Apoteker : minimal 1x sehari, jika ada perubahan penting kondisi pasien  
Fisioterapist : sesuai kunjungan ke rehabilitasi medik.  
Ahli gizi : sesuai hasil skrining nutrisi skor 0 beresiko rendah ulangi setiap 7 hari, skor 1 beresiko menengah monitoring asupan setiap 3 hari. Jika tidak ada peningkatan, lanjutkan pengalihan dan ulangi setiap 7 hari, skor ≥ 2 beresiko tinggi, bekerja sama dengan tim dukungan gizi, penata asuhan gizi monitoring setiap hari ulangi skrining setiap 7 hari  
MPP : Situasional dalam bentuk SOAP

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)**

TGL/JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
13/9/22 18.00 WIB	Perawat	S: klien mengatakan mau pulang O: klien Rawatan HS - Interaksi ada - Kontak mata ada - klien banyak diam - Emosi masih labil - Diet Makan habis 1 porsi A: Halusinasi P: bina hub saling percaya - kontrol halusinasi dgn obat	- Inj lodomer 2x1 amp (07.00 WIB dan 19.00 WIB) - Inj Dipen 2x1 amp (07.00 WIB dan 19.00 WIB) - klien di observasi kesehariannya - Thy oral lanjut - Yang menyerahkan D. DILLO SAPUTRA Yang menerima	
14/9-22 06.00 WIB	Perawat	S: klien nyatakan mau pulang O: klien Rawatan HS - Interaksi ada - Kontak mata ada - Emosi labil A: Halusinasi P: respon - kontrol halusinasi dgn obat	Evaluasi log. S. k. k. k. 1/2 obat dan hygiene yg nyatakan (D. DILLO SAPUTRA) yg menerima (D. DILLO SAPUTRA)	
14/9-22	Perawat	S: Stable Jm @, dapat berespon dgn. 2 btl O: dapat berespon halus A: Stable Jm @	yg menerima (D. DILLO SAPUTRA) yg menyerahkan (D. DILLO SAPUTRA) Dr. SULSTIANA DEWI NIP. 19760929 20060	

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)**

TGL/JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN <small>(Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai asuhan, tulis nama, bedi paraf pada akhir catatan)</small>	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH <small>(Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)</small>	REVIEW & VERIFIKASI DPJP <small>(Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)</small>
14/9-22	Apt	S: pasien stabil g obat D: TD: 110/80-1/2 A: klematis dat - monitor heart → Amy + TAP → p ipan antihypertensi P: - Garam 1/2 monitor heart klematis - banyak minum air putih		
16.09.22 10:10	Gibi	A: n/m: (E), asupji (E) - Asupan ± 100% kebutuhan - TD: 110/80 mmHg D: saat ini telah ada Dx. gizi J: - Diet: Gizi Seimbang - Beban: Biasa - Frekuensi: 3m. utam + suk M } asupan E } - fish/ telur		
16/9 22 08 09	Perawat	S: pasien mengatakan tidak ada keluhan apa-apa pasien mengatakan ingin pulang.	di susut secara dari waktu Adalat: JHP 2x3 Resperedon 2x3 Clozapin 1x2	

**Legenda**  
 SOAPIER: S (subjective): Keluhan Pasien, O (Objective): Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkini  
 P (Planning): Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan. (profesi Dokter, Apoteker)  
 A: asesmen, D: Diagnose, I: Intervensi, M: Monitoring, E: Evaluasi (profesi ahli gizi)  
 DIME: S (subjective): Keluhan Pasien, O (Objective): Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkini  
 P (Planning): Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan, I (Intervensi): Tindakan yang dilakukan, E (Evaluasi)  
 R (Revision): Rencana dan perubahan tindak lanjut. (Profesi perawat/ bidan)

**Indikasi asuhan ascesmen ulang dilakukan:**  
 Perawat (DPJP) : minimal 1x sehari termasuk akhir minggu/ libur untuk pasien akut, jika ada perubahan penting kondisi pasien  
 Perawat : minimal 1x per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien  
 Apoteker : minimal 1x sehari, jika ada perubahan penting kondisi pasien  
 Fisioterapis : sesuai kunjungan ke rehabilitasi medik  
 Ahli gizi : sesuai hasil skrining nutrisi: skor 0 beresiko rendah ulang setiap 7 hari, skor 1 beresiko menengah monitoring asupan setiap 3 hari.  
 Jika tidak ada peningkatan, lanjutkan pengkajian dan ulang setiap 7 hari, skor ≥ 2 beresiko tinggi, bekerja sama dengan tim dukungan gizi, perawat asuhan gizi monitoring setiap hari ulang skrining setiap 7 hari  
 MPP : Situasional dalam bentuk SOAP

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)**

TGL/ JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN  (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH  (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP  (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
14/9/22 Perawat 16.30 WIB		<p>O: Rautan Hari ke 6. Kontak mata ada. Interaksi ada. Tidak ada mendengar suara? Emosi Labil. Adl diarahkan.</p> <p>A: Halusinasi</p> <p>P: BHS kontrol halusinasi dg obat.</p> <p style="text-align: center;">J (Putri Nurulhikmah)</p> <p>P:</p> <p>O: Klien kooperatif - kontak mata (+) - Interaksi (+) - Emosi masih labil - Klien tidak ada mendengar suara? - AdL di Arakkan</p> <p>A: Halusinasi</p> <p>P: Bina hub saling Percaya - Kontrol halusinasi dg obat</p>	<p>Evaluasi fisiologi. Harian pasien.</p> <p>yang menyerahkan J (Putri Nurulhikmah)</p> <p>yang menerima Diko Saputra</p> <p>Lanjutkan obat oral dan obat injeksi yang di berikan sesuai jam pemberian</p> <p>- Evaluasi kegiatan harian pasien</p> <p>yg menyerahkan D (Diko Saputra)</p> <p>yg menerima E (Elsa Daman)</p>	

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD MOHAMMAD NATSIR**  
 Jl. Sisinga Rambli Kota Sidik - Telp. (0753) 28001 Faks. (0753) 28001  
 Website: www.rsudmohammadsidiksumbarprov.go.id  
 email: rsud.mohammadsidik@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis : **231709**  
 Nama Pasien  
 Tanggal Lahir  
 (Mohon diisi)

**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)**

TGL/JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN  (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH  (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP  (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
15/9.22 perawat 06.00.00		<p>S: .</p> <p>O: APL diarahkan            Kontak mata ada            Interalusi ada            Emosi masih labil            tidur ada            makan habis 1 porsi            Rawatan hari 7</p> <p>A: Halusinasi</p> <p>P: 1. Bina hubungan saling percaya.            2. Kontrol halusinasi dg obat</p>	<p>Evaluasi kegiatan harian pasien</p> <p>yang menyerahkan ah            (Ester danur)            yang menerima (Hafidus)</p>	
15 sept 2022		<p>S: Sebelang px "menuntut ilmu" supaya jadi "prajurit" ± 2 bulan ke.            - t/m (+) APL diarahkan</p> <p>O: Anggah / tidak meluruskan d.            ide kelamban</p> <p>A: Renoprenia pusing H7</p>	<p>Revisi 273            AIP 272            Clozimin 1250</p> <p>dr. ZULISMALATUL PAJRIAH, M.Sc, Sp.K            NIP. 19860819 201101 2 006</p>	

**Keterangan SOAP:**  
 S (subjective): Keluhan Pasien, O (Objective): Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkini.  
 P (Planning): Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan. (profesi Dokter, Apoteker)  
 A. asesmen, D. Diagnosa, I: Intervensi, M. Monitoring, E: Evaluasi (profesi ahli gizi)  
**ADIME:**  
 SOAP/ SOAPIER: S (subjective): Keluhan Pasien, O (Objective): Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkini  
 P (Planning): Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan, I (Intervensi): Tindakan yang dilakukan, E (Evaluasi)  
 R (Revision) Rencana dan perubahan tindak lanjut. (Profesi perawat/ bidan)

**Waktu asuhan asesmen ulang dilakukan:**  
 Perawat (DPJP) : minimal 1x sehari termasuk akhir minggu/ libur untuk pasien akut, jika ada perubahan penting kondisi pasien  
 Apoteker : minimal 1x per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien  
 Fisioterapis: sesuai kunjungan ke rehabilitasi medik  
 Ahli gizi : sesuai hasil skrining nutrisi. skor 0 beresiko rendah ulangi setiap 7 hari, skor 1 beresiko menengah monitoring asupan setiap 3 hari.  
 Jika tidak ada peningkatan, lanjutkan pengkajian dan ulangi setiap 7 hari, skor ≥ 2 beresiko tinggi, bekerja sama dengan tim dukungan gizi, perata asuhan gizi monitoring setiap hari ulangi skrining setiap 7 hari

MPP : Situasional dalam bentuk SOAP

Terima kasih atas kefasamannya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

dr. ZULISMALATUL PAJRIAH, M.Sc, Sp.K  
 NIP. 19860819 201101 2 006



**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)**

TGL/JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
15/9. 2022 12.14	Perawat	<p>S. flat mengalikan sudah s hal</p> <p>D. intake            intake maki            SA d'ank-            upuh            makan is</p> <p>A. Halusinasi</p> <p>B. Hguy            kontrol dalam R stat</p>	<p>D. flat maki</p> <p>- Hguy 213 4            - Hguy 212 7            - Clozopin 1x257</p> <p>- Euzon leg            km ls.            kguy k. 9.            km</p>	
15/9 22 A 30 WB	perawat	<p>S: pasien mengatakan ingin pulang</p> <p>O: Perawat hari ke 7.            kontak mata. ada            Interaksi ada.            makan-Habis.            Energi labil.            pasien tidak ada wondeng-rasa            Adl diarahkan</p> <p>A- Halusinasi</p> <p>B- BHP            kontrol Halusinasi dg obat</p> <p>(Putri Nurulhikmah)</p>	<p>- Evaluasi kegiatan            rencana Perawat</p> <p>- Komunikasi terapeutik            yang mengarahkan            sl.            (Putri Nurulhikmah)</p> <p>yang monitor            (Putri Nurulhikmah)</p>	

Putri Nurulhikmah  
 Ns. HASRATI S. S. KEP  
 N.P. 197311182008012004

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)**

TGL/JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN  (Tulis dengan format SOAP/SOAP/IEK/ ADIME disertai asuhan, tulis nama, beri point pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH  (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP  (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca/mereview seluruh rencana asuhan)
16/9-22 06:00	perawat	<p>S:</p> <p>O: ADL diarahkan            Kontak mata ada            Interaksi ada            Emosi labil            makan habis            tidur ada            Rawatan hari 8</p> <p>A: Halusinasi</p> <p>P: BHSP            Kontrol halusinasi dg obat</p>	<p>Evaluasi kegiatan harian</p> <p>yang menyerahkan ah            (Elsa Danur)</p> <p>yang menemani            (David)</p>	
16/9-22 09:00		<p>O: stabil dan obat diberikan</p> <p>O: Supaya stabil</p> <p>A: Halusinasi</p> <p>P: BHSP            kontrol halusinasi dengan obat</p>	<p>yang menyerahkan ah            (Elsa Danur)</p> <p>yang menemani            (David)</p>	<p>CHRYSTINA DEWI, Sp.KJ            NIP. 197609292001042011</p>
16/9/2022 11:00 WIB Perawat		<p>A: Skrupin 100 mg</p> <p>S: - klien mengeluhkan ingus kuning</p> <p>O: intervensi ada            kontak mata ada            ADL diarahkan            diet habis, evaluasi kegiatan harian.</p> <p>A: Halusinasi</p> <p>P: BHSP            kontrol halusinasi dengan obat</p>	<p>Advise dr Dewis (Sp.KJ)            oral - Rsp 2x3            OHP 2x2            Clozapin 100mg</p> <p>yang menyerahkan ah            (DAVID)</p> <p>yang menemani            (DAVID)</p>	<p>Yanto Harjadi, A.Md.1</p>

**Keterangan:**  
 SOAP: S (subjective): Keluhan Pasien, O (Objective): Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkini.  
 P (Planning): Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan. (profesi Dokter, Apoteker)  
 ADIME: A: asesmen, D: Diagnosis, I: Intervensi, M: Monitoring, E: Evaluasi (profesi ahli gizi)  
 SOAP/IEK: S (subjective): Keluhan Pasien, O (Objective): Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkini  
 P (Planning): Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan, I (Intervensi): Tindakan yang dilakukan, E (Evaluasi)  
 R (Revision): Rencana dan perubahan tindak lanjut. (Profesi perawat/ bidan)

**Indikator pelaksanaan asesmen ulang dilakukan:**  
 Perawat: minimal 1x sehari termasuk akhir minggu libur untuk pasien akut. Jika ada perubahan penting kondisi pasien  
 Apoteker: minimal 1x per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien  
 Fisioterapist: sesuai kunjungan ke rehabilitasi medik  
 Ahli gizi: sesuai hasil ekimng nutrisi. skor 0 beresiko rendah ulangi setiap 7 hari, skor 1 beresiko menengah monitoring asupan setiap 3 hari. Jika tidak ada peningkatan, lanjutkan pengkajian dan ulangi setiap 7 hari, skor ≥ 2 beresiko tinggi, bekerja sama dengan tim dukungan gizi, penata asuhan gizi monitoring setiap hari ulangi ekimng setiap 7 hari  
 MPP: Situasional dalam bentuk SOAP

Terima kasih atas kerjasannya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas





**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)**

TGL/ JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
16/9-20 10-45 WIB	Perawat	<p>S: - klien mengatakan ingin pulang.</p> <p>O: - Kontak mata ada            - Interaksi ada            - emosi mulai stabil            - klien tenang            - Adl diarahkan            - makan habis            - klien tdk ada mendengar suara "lagi".</p> <p>A: Halusinasi</p> <p>P: - BHSP</p>	<p>- evaluasi kegiatan harian klien.</p> <p>- lanjutkan therapy obat klien</p> <p>Yang menyerahkan            Yanto Haryadi, A.Md. I</p>	
17/9-20 07-11 Perawat	Perawat	<p>✓ - kontrol halusinasi dgn obat            [ut mangan obat shai</p> <p>U mangan            limit mangan            ndl d'are.</p> <p>Hg.            mangan ad            p'ru ad</p> <p>A. Halusinasi            li may.            limit mangan</p>	<p>Yang menerima            Ms. HASRI, NS, S.Kep            NIP. 1971...</p> <p>Entus. lgu            - lgu 17</p> <p>Yang menyerahkan            Ms. HASRI, NS, S.Kep            NIP. 1971...</p> <p>Yang menerima            (Diko Saputra)</p>	
17/9/21 10.30 WIB	perawat	<p>S: - klien mengatakan dirinya tidak terlalu bisa bertanya</p> <p>O: - Interaksi ada            - Kontak mata ada            - Adl diarahkan            - Hg Rawatan            - makan habis porsi</p> <p>A - Halusinasi</p> <p>P - bisa hub saling percaya            - kontrol halusinasi dgn obat</p>	<p>- Evaluasi kegiatan harian klien</p> <p>- lanjut Thy obat klien</p> <p>Yang menyerahkan            (Diko Saputra)</p> <p>Yang menerima</p>	

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

(Wifa Anika)



CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL/JAM	PROFESIONAL ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
17/07/22 18:00 WIB	Perawat	<p>S: - klien mengatakan tidak stabil lagi dari kapan pulang buk?</p> <p>O: - Kontak mata ada - Intaksi ada - All diarahkan - Emosi stabil - klien tenang - makan habis 1 porsi</p> <p>A: Halusinasi</p> <p>P: - BHP - kontrol halusinasi dgn obat</p>	<p>- evaluasi kegiatan sehari klien</p> <p>- lanjutkan therapy obat klien</p> <p>Tang menenangkan ! (Wifa Ailya)</p> <p>Tang menerima</p>	
18/07/22 07:00 WIB	Perawat	<p>S: Pant mengahen kudu Golan</p> <p>O: mntm lbra mnt Cuyahp agt mnt mntm ad p h ad</p> <p>A Halusinasi</p> <p>M Sup Gontrol Aslam g ubg</p>	<p>- lanjutkan therapy</p> <p>- lanjutkan therapy</p> <p>Yanto Haryadi, A.Md. I</p> <p>Yanto Haryadi, A.Md. I</p> <p>Ya menerima (Miyah)</p>	

Keterangan SOAP: S (subjective): Keluhan Pasien, O (Objective): Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkini, P (Planning): Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan. (profesi Dokter, Apoteker)

ADIME: A: asesmen, D: Diagnosa, I: Intervensi, M: Monitoring, E: Evaluasi (profesi ahli gizi)

SOAP/ SOAPIER: S (subjective): Keluhan Pasien, O (Objective): Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkini, P (Planning): Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan, I (Intervensi): Tindakan yang dilakukan, E (Evaluasi) R (Revision): Rencana dan perubahan tindak lanjut. (Profesi perawat/ bidan)

pelaksanaan asesmen ulang dilakukan:

Metode (DPJP) : minimal 1x sehari termasuk akhir minggu/ libur untuk pasien akut, jika ada perubahan penting kondisi pasien

Perawat : minimal 1x per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien

Apoteker: minimal 1x sehari, jika ada perubahan penting kondisi pasien

Ahli lain: sesuai kunjungan ke rehabilitasi medik

Fisioterapist: sesuai hasil ektrining nutrisi

Ahli gizi : skor 0 beresiko rendah ulangi setiap 7 hari, skor 1 beresiko menengah monitoring asupan setiap 3 hari. Jika tidak ada peningkatan, lanjutkan pengkajian dan ulangi setiap 7 hari, skor 2 beresiko tinggi, bekerja sama dengan tim dukungan gizi, penata asuhan gizi monitoring setiap hari ulangi skining setiap 7 hari

MPP : Situasional dalam bentuk SOAP

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

dr. SULSTIANA, Sp.KG  
NIP. 19760922100604 2 011



**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)**

TGL/JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
10/22/9 12.00	perawat	<p>S. pas mengabdikan ingin pulang.</p> <p>O. - kontak mata ada          - intubasi ada.          - emu a' stabil          - pat tenang.          - pat kooperatif.          - reflek haid          - adl diarahkan          - riwayat H10.</p> <p>A. H10 lesi awal.</p> <p>P. - bila hub selig per long          - kontrol kulumasi          dg obat</p>	<p>- evaluasi logistik          harian pas</p> <p>yg menyuruh          J.          (H10 yang)</p> <p>yg menyuruh          (J)</p>	
12/9/22 17.40	perawat	<p>S. pasien mengabdikan ingin pulang.</p> <p>O. kontak mata ada. H10          intubasi ada          emu a' stabil.          pat tenang.          kooperatif.          adl diarahkan.          kulumasi</p> <p>A. H10 lesi awal</p> <p>P. - pcp kontrol kulumasi          dg obat</p>	<p>- evaluasi keadaannya          pasien.</p> <p>- tentukan tang. saat ini.</p> <p>yang menyuruh          J.          (H10 yang)</p> <p>yang menyuruh          (J)</p>	

NS. JOHANDALESMANA, S. Kepp

NS. JOHANDALESMANA, S. Kepp

NS. JOHANDALESMANA, S. Kepp

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD MOHAMMAD NATSIR**  
 Jl. Sempang Rambin Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks. (0755) 21003  
 Website: www.rsudmohammadsir.sumbarprov.go.id  
 email: rsud.mohammadsir@sumbarprov.go.id

No Rekam Medis : 231701

Nama :  
 Tangg :  
 (M)

**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)**

TGL/JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN  (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH  (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP  (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
19/9	Perawat	<p>S: per menyatukan ingupit</p> <p>D: kontrol mata GI            intervensi GI            Kardioprotektif GI            makan lunak            Emasi Stok            Ransat H II</p> <p>M: Halusnasid</p> <p>P: ISTESP            kontrol halusnasid sy obat</p>	<p>19 monitoring</p> <p>Yaato Haryadi, A.Md. Isp</p> <p>19 monitoring</p> <p>(ROZA WINARTY)</p>	
19/9 - 20		<p>S: still kardioprotektif            sump mulut</p> <p>D: asupan / Abs            Akut</p> <p>A: Rusp pua part</p>	<p>Aspen dan esz            Ny 20            Cbyr 120</p>	

**Keterangan**  
 SOAP: S (subjective): Keluhan Pasien, O (Objective): Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkini  
 P (Planning): Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan. (profesi Dokter, Apoteker)  
 A: asesmen, D: Diagnosa, I: Intervensi, M: Monitoring, E: Evaluasi (profesi ahli gizi)

**DIME:**  
 SOAP/SOAPIER: S (subjective): Keluhan Pasien, O (Objective): Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkini  
 P (Planning): Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan, I (Intervensi): Tindakan yang dilakukan, E (Evaluasi)  
 R (Revision): Rencana dan perubahan tindak lanjut. (Profesi perawat/ bidan)

**Asesmen asesmen ulang dilakukan:**  
 Perawat (DPJP) : minimal 1x sehari termasuk akhir minggu/ libur untuk pasien akut, jika ada perubahan penting kondisi pasien  
 Perawat : minimal 1x per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien  
 Apoteker : minimal 1x sehari, jika ada perubahan penting kondisi pasien  
 Fisioterapist: sesuai kunjungan ke rehabilitasi medik  
 Ahli gizi : sesuai hasil skrining nutrisi: skor 0 beresiko rendah ulangi setiap 7 hari, skor 1 beresiko menengah monitoring asupan setiap 3 hari. Jika tidak ada peningkatan, lanjutkan pengkajian dan ulangi setiap 7 hari, skor ≥ 2 beresiko tinggi, bekerja sama dengan tim dukungan gizi, pemata asuhan gizi monitoring setiap hari ulangi skrining setiap 7 hari

MPP : Situasional dalam bentuk SOAP

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

dr. SULISTIANA D... Sp.KJ  
 Telp. 19760929 216042011



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD MOHAMMAD NATSIR**  
 Jl. Sumpang Rumbin Kota Solok Telp (0755) 20003 Faks (0755) 20003  
 Website: www.rsudmohammatsir.sumbarprov.go.id  
 email: rsud.mohammatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis : **2312108** L/P  
 Nama Pasien  
 Tanggal Lahir  
 (Mohon diisi at)

**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)**

TGL/ JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN  (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH  (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP  (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
19/4-20 10 <sup>00</sup> WIB	Perawat.	<p>S : Pasien menyatakan senang karena sudah bisa pulang</p> <p>D :          - Batas tenang          - Emosi stabil          - APK mandiri          - Halusmani tidak ada          - Intubasi ada          - Konduksi ada</p> <p>A : Halusmani terkontrol</p> <p>P : Intervensi sikuntikan.</p>	<p>Pasien boleh pulang          Paraf sesuai ke per          Kontrol ulang hl 26/4-20</p> <p>Keperawatan 2x3 mg          - Thp 2x2 mg          - doxapin 1x1 mg</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>[Stamp]</i>          Ns. ROZA W. NARTY, S. Kep</p>

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD MOHAMMAD NATSIR**  
 Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks. (0755) 20003  
 Website: www.rsudmnatsir.sumberprov.go.id  
 email: rsudmnatsir@sumberprov.go.id



No Rekam Medis : 231708  
 Nama Pasien  
 Tanggal L  
 ( Mohon d

LP

**ASESMEN AWAL DAN ULANG RESIKO JATUH PSIKIATRI ( SKALA EDMONSON)**

FAKTOR RESIKO	SKALA	SKOR	Skor Awal 9/9	Skor Tgl 10/7	Skor Tgl 11/9	Skor Tgl 12/9	Skor Tgl 13/9	Skor Tgl 14/9	Skor Tgl 15/9	Skor Tgl 16	Skor Tgl 17	Skor Tgl 18/9	Skor Tgl 19/9	Skor Tgl
1. USIA	Kurang dari 50 tahun	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	50-70 tahun	10												
	Lebih dari 80 tahun	26												
2. STATUS MENTAL	Kesadaran baik/orientasi baik setiap saat	-4												
	Agitasi/ ansiestas	12												
	Kadang-kadang bingung	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
	Bingung/ disorientars	14												
3. ELIMINASI	Mandiri dan mampu mengontrol BAB/BAK	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	Dower Catheter/Colostomy	12												
	Eliminasi dengan bantuan	10												
	Gangguan eliminasi (Inkontinensia/Nokturia/ Frekwensi)	12												
	Inkontinensia tetapi mampu untuk mobilisasi	12												
4. PENGOBATAN	Tanpa obat-obatan	10												
	Obat-obatan jantung	10												
	Obat-obatan Psikotropika ( termasuk Benzodiazepine dan Antidepresan OR	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	Mendapat tambahan obat-obatan dan/atau obat-obat PRN (psikiatri, antinyeri) yang diberikan dalam 24 jam terakhir	12												
5. DIAGNOSA	Bipolar/ Gangguan Schizoaffective	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	Penggunaan obat-obatan terlarang/ ketergantungan alkohol	8												
	Gangguan depresi mayor	10												
	Demensia/ delirium	12												
6. AMBULANS/	Mandiri/keseimbangan baik/ Imobilisasi	7					7	7	7	7	7	7	7	

Hal ..... dari.....

RM.RI.06.8/ Rev.00.2019/-

KESEIMBANGAN	Dengan alat bantu (kursi roda, walker, dll)	8											
	Vertigo/kelemahan	10											
	Goyah/mebutuhkan bantuan dan menyadari kemampuan	8	8	8	8	8	8	8					
	Goyah tapi lupa keterbatasan	15											
7 NUTRISI	Mengonsumsi sedikit makanan atau minuman dalam 24 jam terakhir	12											
	Tidak ada kelainan dengan nafsu makan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8 GANGGUAN POLA TIDUR	Tidak ada gangguan tidur	8					8	8	8	8	8	8	8
	Ada keluhan gangguan tidur yang dilaporkan oleh pasien, keluarga atau petugas	12	12	12	12	12							
9 RIWAYAT JATUH	Tidak ada riwayat jatuh	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	Ada riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	12											
<b>TOTAL SKOR</b>			75	95	75	78	78	70	88	70	70	70	70
Nama dan tanda tangan perawat			Elva d/2019/11	Ch elsa	Nada	Hur/23	putra			20/11/20	R. Dina	Hur/23	Putra

**INTERVENSI DAN MONITORING EVALUASI RESIKO JATUH PSIKIATRI (SKALA EDMONSON)**

Skor Resiko jatuh	Pengkajian resiko jatuh dilakukan pada waktu:	Tindakan yang dilakukan
Resiko jatuh = skor dari 90 atau lebih	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saat pasien masuk RS / initial asesmen (IA)</li> <li>2. Saat kondisi pasien berubah atau ada suatu perubahan dalam terapi medik yang dapat menimbulkan resiko jatuh/ Change or Condition (CC)</li> <li>3. Saat pasien dipindahkan ke unit lain/ on Ward Transfer (WT)</li> <li>4. Setelah kejadian jatuh/ Post Fall (PF)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resiko Tinggi (RT) : (intervensi setiap shift dan dinilai ulang setiap 2 hr)</li> <li>2. Resiko rendah (RR) (intervensi setiap pagi dan dinilai ulang setiap 3 hari)</li> </ol>
<b>Tindakan pencegahan umum (semua pasien)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Orientasi kamar rawat inap kepada pasien</li> <li>o Tempat tidur posisi rendah, roda terkunci pegangan di kedua sisi tempat tidur terpasang baik</li> <li>o Ruangan rapi</li> <li>o Barang pribadi dalam jangkauan (telepon, lampu panggilan, air minum, kaca mata, pispot)</li> <li>o Pencahayaan adekuat</li> <li>o Alat bantu dalam jangkauan (walker, cane, crutch)</li> <li>o Optimalisasi penggunaan kacamata dan alat bantu dengar</li> <li>o Pantau efek obat-obatan</li> <li>o Sediakan dukungan emosional dan psikologis</li> <li>o Edukasi pasien dan keluarga mengenai pencegahan jatuh</li> </ul>		<b>Kategori resiko tinggi : lakukan tindakan pencegahan umum dan hal-hal berikut ini.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pasangkan label penanda resiko jatuh dengan posisi dapat terlihat oleh petugas</li> <li><input type="checkbox"/> Beri penanda berupa gelang berwarna kuning yang dipakaikan di pergelangan tangan pasien</li> <li><input type="checkbox"/> Tawarkan bantuan ke kamar mandi/penggunaan pispot setiap 2 jam (saat pasien bangun) dan secara periodik (saat malam hari)</li> <li><input type="checkbox"/> Kunjungi dan amati pasien setiap 2 jam oleh petugas medis</li> <li><input type="checkbox"/> Nilai kebutuhan akan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisioterapi dan terapi okupasi</li> <li>• Alarm tempat tidur</li> <li>• Tempat tidur rendah (khusus)</li> <li>• Usahakan lokasi kamar tidur berdekatan dengan pos perawat (nurse station)</li> </ul> </li> </ul>

Hai ..... dari.....

RM.RI.06.8/ Rev.00.2019/-



**INFORMASI DAN EDUKASI PASIEN DAN KELUARGA TERINTEGRASI DAN PERKEMBANGAN LANJUTANNYA**

No	Penjelasan Pendidikan	Tanggal	Metode/Durasi	Keterangan dan evaluasi	Paraf/nama edukator	Paraf/nama pasien/kel
1	kurz rambu	10/9-22	<input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input checked="" type="checkbox"/> Ceramah 5' <input type="checkbox"/> Praktek langsung <input type="checkbox"/> Simulasi <input type="checkbox"/> .....	Mengerti	Dokter spesialis DPJP	Yanti
2			<input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Praktek langsung <input type="checkbox"/> Simulasi <input type="checkbox"/> .....		Dokter umum penerima limbah tugas	
3	-peraturan dinangan -hala dan kewajiban pasien dan keluarga	9/9-22	<input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input checked="" type="checkbox"/> Ceramah 5' <input type="checkbox"/> Praktek langsung <input type="checkbox"/> Simulasi <input type="checkbox"/> .....	paham	Perawat/Bidan Aisa	Yanti
4	JPD	14/9-22	<input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input checked="" type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Praktek langsung <input type="checkbox"/> Simulasi <input type="checkbox"/> .....	kel. mengerti	Apoteker	Yanti
5	dieta nini	17-09-22	<input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Demonstrasi 5' <input checked="" type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Praktek langsung <input type="checkbox"/> Simulasi <input type="checkbox"/> .....	kel. paham	Ahli Gizi Harlinda Sofyan, SST Nutrisionis	Yanti
6			<input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Praktek langsung <input type="checkbox"/> Simulasi <input type="checkbox"/> .....		Phisioterapis	
7	Kontrol ulang setelah bangun	11/9-22	<input checked="" type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Ceramah 5 menit <input type="checkbox"/> Praktek langsung <input type="checkbox"/> Simulasi <input type="checkbox"/> .....	Mengerti	Ns. ROZA WINARTY, S.Kep	Yanti
8			<input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Praktek langsung <input type="checkbox"/> Simulasi <input type="checkbox"/> .....			

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas





PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD MOHAMMAD NATSIR**  
 Jl. Simpang Rimbuto Kota Solok Telp: (0755) 20001 Faks: (0755) 20001  
 Website: www.rsudmohammadsunbarab.go.id  
 email: rsud.mohammadsunbarab@prov.sumsut.go.id



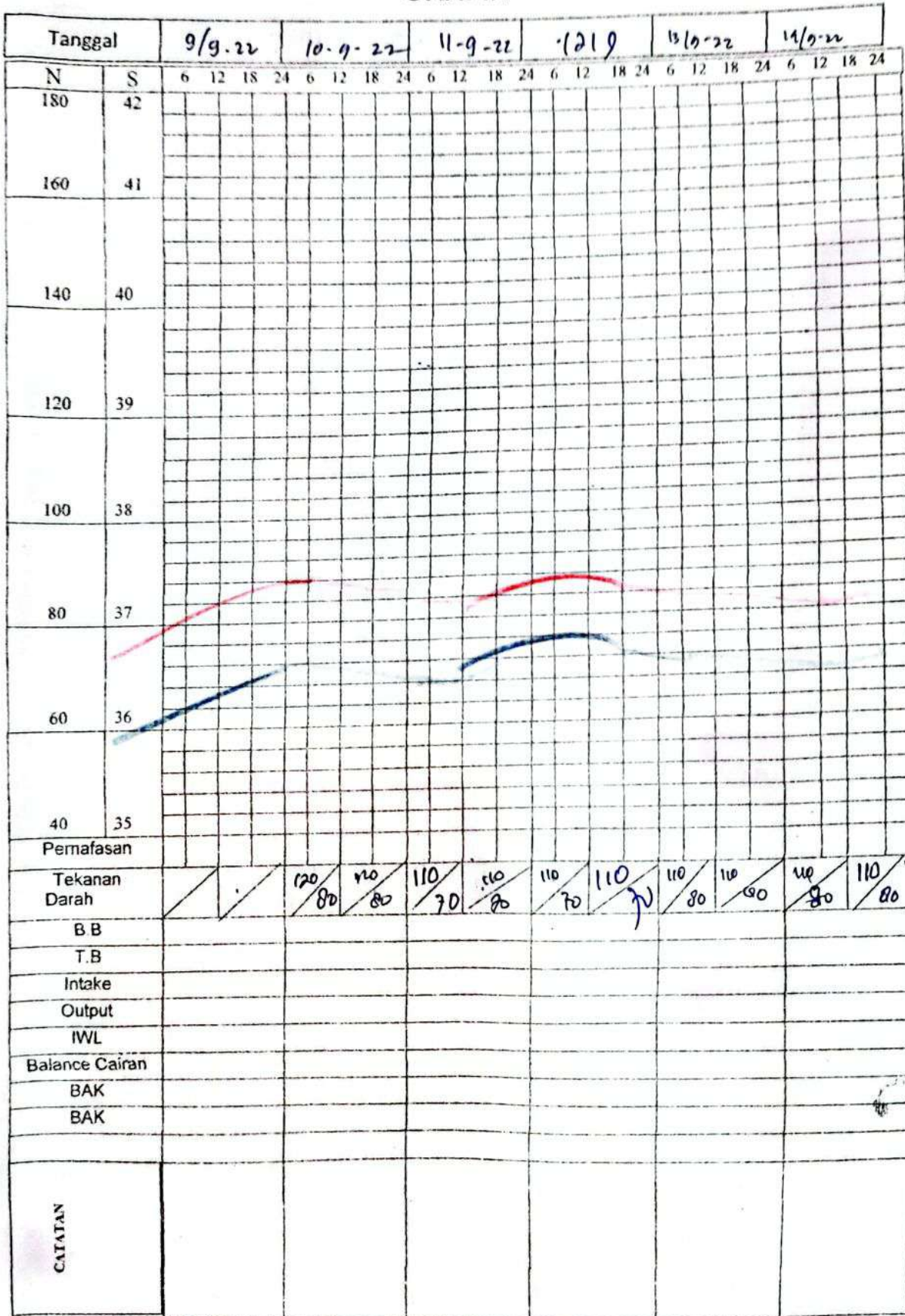
No Rekam Medis : 251108

Nama Pasien

Tanggal

(Moh)

### GRAFIK



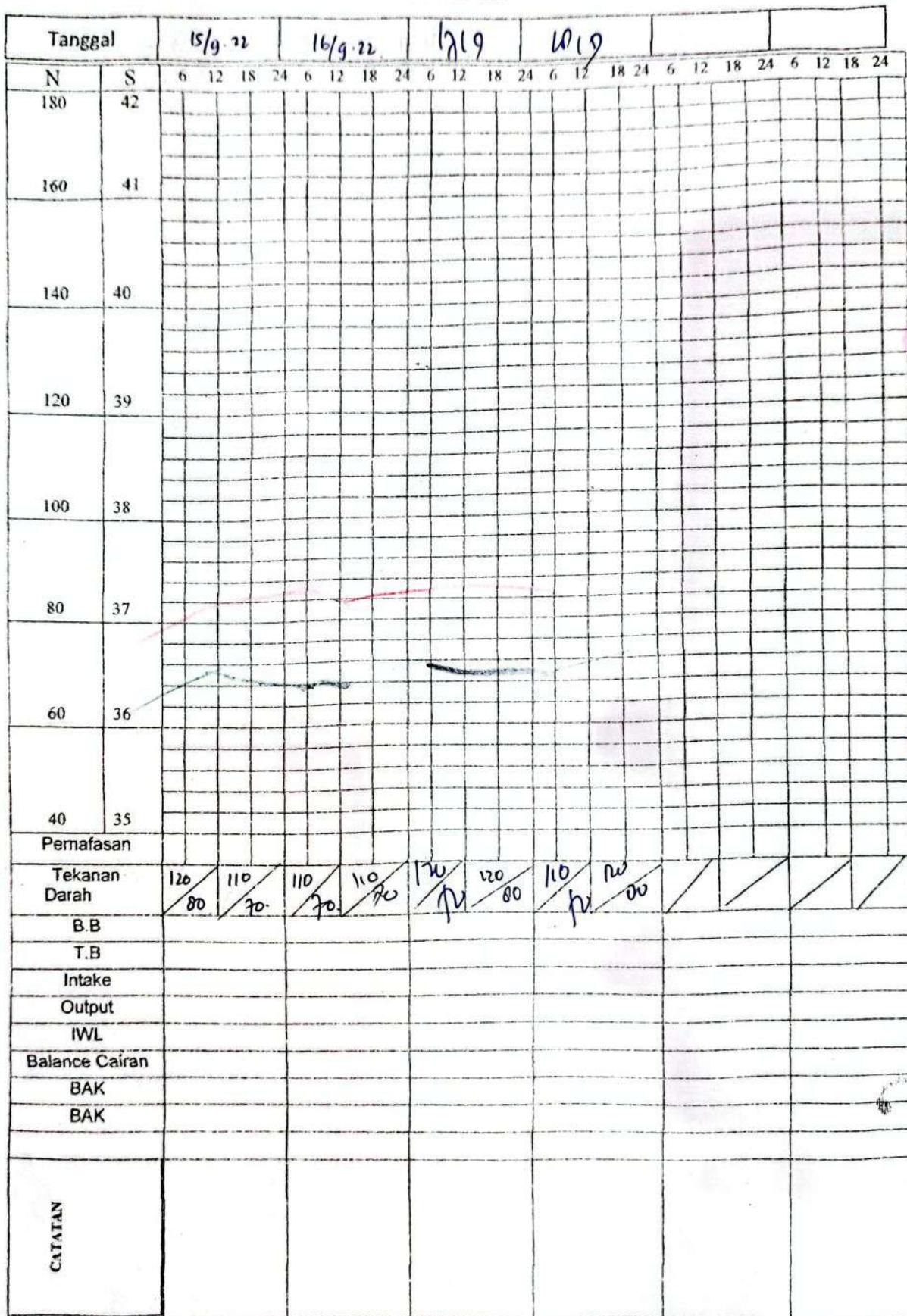


PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD MOHAMMAD NATSIR**  
 Jl. Smpang Rambio Kota Sokol Telp (0755) 20003 Faks (0755) 20003  
 Website: www.rsudmohammadsir.sumbarprov.go.id  
 email: rsud.mohammadsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis : n 2311111111  
 Nama Pasien :  
 Tanggal La :  
 (Mohon d

### GRAFIK





PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD MOHAMMAD NATSIR**  
 Jl. Sempang Rumbin Nulu Solok - Telp. (0758) 2003 Faks. (0758) 20003  
 Website: www.rsudmohammadsnatsir.sumsbarprov.go.id  
 email: rsud.mohammadsnatsir@sumbarprov.go.id



### DAFTAR PEMBERIAN OBAT

No Rekam Medis : **23.17.88**  
 Nama Pasien  
 Tanggal Lahir  
 ( Mohon diisi at

L/P

Nama DPJP :

Ruangan :

ALERGI OBAT : ( ) Tidak ( ) Ya,.....

PERHATKAN 5 BENAR SEBELUM PEMBERIAN OBAT: 1) IDENTITAS PASIEN 2) NAMA OBAT 3) DOSIS 4) WAKTU 5) CARA PEMBERIAN 6) DOKUMENTASI

NO	NAMA OBAT INJEKSI			NAMA & PARAF DOKTER	jam	TANGGAL DAN WAKTU PEMBERIAN OBAT (Tuliskan jam dan paraf perawat yang memberikan obat)								
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL			9/9-22	10-9-22	11-09-22	12/9-22	13/9-22	14/9-22			
1	R/ THP					19	07	19	07	19	07	19	07	19
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL											
	2 mg	2x	9-9-22											
2	R/ Risperidon					19	07	19	07	19	07	19	07	19
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL											
	3 mg	2x	9-9-22											
3	R/ Clotadin					23		23		23		23		23
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL											
	25 mg	1x	9-9-22											
4	R/													
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL											
5	R/													
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL											
6	R/													
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL											
7	R/													
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL											
8	R/													
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL											
9	R/													
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL											
10	R/													
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL											

Paraf Pasien/Keluarga Pasien

**Keterangan:**  
 1. (P) : Profilaksis (E) : Emperik (D) : Defenitif  
 2. Tuliskan P/E/D dalam kurung setelah nama obat antibiotik  
 3. Tuliskan (T) : Pasien menolak makan obat dan atau (K) : ditunda karena perubahan kondisi pasien di kolom waktu pemberian  
 4. Tanda STOP pemberian tanda // pada kolom tanggal, dan tuliskan nama dan paraf dokter  
 5. Untuk obat High Alert dilakukan double check

**STANDARISASI WAKTU PEMBERIAN OBAT**  
 1X1 06-07 PAGI) 2X1 : 06-07 / 10-11 18-19 / 22-23  
 1X1 16-17 (SORE) 3X1 : 06-07 14-15 22-23  
 1X1 21-22 (MALAM) 4X1 : 06-07 12-13 18-19 23-24

Jadwal ini tidak berlaku untuk Antibiotik Injeksi, obat dengan program pengobatan khusus, dan pasien dirawat intensif

Hal.....dari.....

Terima kasih atas kerjasamanya atas mengisi formulir ini dengan jelas dan benar

RM.RI.09/Rev.01.2019/RM.0



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD MOHAMMAD NATSIR**  
Jl. Sisinga Rumbia Kota Sialang Telp: (0765) 20000 Faks: (0765) 20000  
Website: www.rsudmohammadsir.sumsbarprov.go.id  
email: rsud.mohammadsir@sumbarprov.go.id



### DAFTAR PEMBERIAN OBAT

No. Rekam Medis: 231788

L/P

Nama DPJP: Ruangan: psu d m ALERGI OBAT: ( ) Tidak ( ) Ya,..... PERHATIKAN & BENAR SEBELUM PEMBERIAN OBAT: 1. IDENTITAS PASIEN 2. TANDA OBAT 3. WAKTU 4. CARA PEMBERIAN 5. DOKUMENTASI

NO	NAMA OBAT INJEKSI			NAMA & PARAF DOKTER	jam	TANGGAL DAN WAKTU PEMBERIAN OBAT (Tuliskan jam dan paraf perawat yang memberikan obat)									
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL			9/9-22	10-9-22	11-9-22	12-9-22	13/9-22	14/9-22				
1	R/ Iodom er					19	07	19	07	19	07	19	07	19	07
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1										
2	R/ Dipen hidramin					19	07	19	07	19	07	19	07	19	07
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1										
3	R/														
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1										
4	R/														
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1										
5	R/														
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1										
6	R/														
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1										
7	R/														
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1										
8	R/														
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1										
9	R/														
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1										
10	R/														
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1										

Keterangan: 1. (P) : Profilaksis (E) : Emperik(D) : Defenitif  
2. Tuliskan P/E/D dalam kurung setelah nama obat antibiotik  
3. Tuliskan (T) : Pasien menolak makan obat dan atau (K) : ditunda karena perubahan kondisi pasien di kolom waktu pemberian  
4. Tanda STOP pemberian tanda // pada kolom tanggal, dan tuliskan nama dan paraf dokter  
5. Untuk obat High Alert dilakukan double check

STANDARISASI WAKTU PEMBERIAN OBAT

1X1 06-07	PAGI	2X1	:	06-07 / 10-11	18-19 / 22-23	5X1	:	06-07	10-11	14-15	19-20	23-24
1X1 16-17	(SORE)	3X1	:	06-07	14-15	6X1	:	05-06	09-10	13-14	17-18	21-22 01-02
1X1 21-22	(MALAM)	4X1	:	06-07	12-13	18-19	23-24	Jadwal ini tidak berlaku untuk Antibiotik Injeksi, obat dengan program pengobatan khusus, dan pasien dirawat intensif				

Hal.....dari.....

Terima kasih atas kerjasamanya atas mengisi formulir ini dengan jelas dan benar

RM.RI.09/Rev.01.2019/RM.0



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
 RSUD MOHAMMAD NATSIR  
 Jl. Simpang Muliho Kota Solok Telp: (0755) 21003 Faks: (0755) 20003  
 Website: www.rsudmohammatsir.sumbarprov.go.id  
 email: rsud.mohammatsir@sumbarprov.go.id



### DAFTAR PEMBERIAN OBAT

No Rekam Medis : 231780  
 Nama Pasien :  
 Tanggal Lahir :  
 (Mohon diisi)

L/P

Nama DPJP : \_\_\_\_\_ Ruang : \_\_\_\_\_ ALERGI OBAT : ( ) Tidak ( ) Ya ..... PERHATIKAN & BENAR SEBELUM PEMBERIAN OBAT : 1) DOKUMENTASI PEMBERIAN OBAT 2) PEMBERIAN OBAT 3) DOKUMENTASI PEMBERIAN OBAT 4) PEMBERIAN OBAT 5) DOKUMENTASI PEMBERIAN OBAT

NO	NAMA OBAT INJEKSI			NAMA & PARAF DOKTER	jam	TANGGAL DAN WAKTU PEMBERIAN OBAT (Tuliskan jam dan paraf perawat yang memberikan obat)												
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL			15/9-22	16/9-22	17/9	18/9	19/9	20/9	21/9	22/9	23/9				
1	R/ Thp				jam													
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL			paraf Prwt/Bdn 1	paraf Prwt/Bdn 2											
2	R/ Rispredone				jam													
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL			paraf Prwt/Bdn 1	paraf Prwt/Bdn 2											
3	R/ Clozapin				jam													
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL			paraf Prwt/Bdn 1	paraf Prwt/Bdn 2											
4	R/				jam													
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL			paraf Prwt/Bdn 1	paraf Prwt/Bdn 2											
5	R/				jam													
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL			paraf Prwt/Bdn 1	paraf Prwt/Bdn 2											
6	R/				jam													
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL			paraf Prwt/Bdn 1	paraf Prwt/Bdn 2											
7	R/				jam													
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL			paraf Prwt/Bdn 1	paraf Prwt/Bdn 2											
8	R/				jam													
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL			paraf Prwt/Bdn 1	paraf Prwt/Bdn 2											
9	R/				jam													
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL			paraf Prwt/Bdn 1	paraf Prwt/Bdn 2											
10	R/				jam													
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL			paraf Prwt/Bdn 1	paraf Prwt/Bdn 2											
Paraf Pasien/Keluarga Pasien																		

Keterangan: 1. (P) : Profilaksis (E) : Emperik (D) : Defenitif  
 2. Tuliskan P/E/D dalam kurung setelah nama obat antibiotik

3. Tuliskan (T) : Pasien menolak makan obat dan atau (K) : ditunda karena perubahan kondisi pasien di kolom waktu pemberian  
 4. Tanda STOP pemberian tanda // pada kolom tanggal, dan tuliskan nama dan paraf dokter

5. Untuk obat High Alert dilakukan double check

STANDARISASI WAKTU PEMBERIAN OBAT

1X1 06-07 (PAGI) 2X1 : 06-07 / 10-11 18-19 / 22-23  
 1X1 16-17 (SORE) 3X1 : 06-07 14-15 22-23  
 1X1 21-22 (MALAM) 4X1 : 06-07 12-13 18-19 23-24

5X1 : 06-07 10-11 14-15 19-20 23-24  
 6X1 : 05-06 09-10 13-14 17-18 21-22 01-02

Jadwal ini tidak berlaku untuk Antibiotik Injeksi, obat dengan program pengobatan khusus, dan pasien dirawat intensif

Hal.....dari.....

Terima kasih atas kerjasamanya atas mengisi formulir ini dengan jelas dan benar

RM.RI.09/Rev.01.2019/RM.0



**FORMULIR TRANSFER PASIEN INTERNAL**

Nomor RM

Nama

Tanggal Lahir

(Mohon Diisi)

Jenis Kelamin **(L) P**

Pendidikan : .....

Tanggal Masuk : **9/9/22**  
 Jam Masuk :

Tanggal Keluar :  
 Jam Pindah :

Asal Ruang Rawat : **IGD**

Ruang Rawat Selanjutnya : **psikiatri**

Dari Dokter IGD/Jaga Ruangan : **dr silvia**

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) : **dr dewisp**

Diagnosis Utama : **psikohk akut**

Perlu mendapat perhatian :  
 Alergi, sebutkan .....  
 MRSA (Metisilin Resistant Stapilococcus Aureus)

Diagnosis Tambahan :

- 1.
- 2.
- 3.

Alasan pemindahan pasien :  
 Kondisi pasien : memburuk/stabil/tidak ada perubahan  
 Fasilitas : kurang memadai/membutuhkan peralatan yang lebih baik  
 Tenaga : membutuhkan tenaga yang lebih ahli/jumlah tenaga kurang  
 Lain-lain Sebutkan .....

Metode pemindahan pasien :

- Kursi roda
- Brankar
- Tempat tidur

Petugas pendamping :

1. **perawat**
- 2.
- 3.

Pasien diberitahu mengenai alasan pemindahan  
 Ya  Tidak

Keluarga Pasien diberitahu mengenai alasan pemindahan  
 Ya  Tidak

Nama :  
 Hubungan :

Peralatan yang menyertai pasien saat pindah

- Oksigen  Ventilator
- Kateter Urin  Pompa infus
- Alat Penghisap
- Valve Mask Bag
- Sonde Lambung

Keadaan pasien saat pindah  
 Keadaan Umum:  
 Kesadaran :  
 Tekanan Darah: mmHg  
 Nadi : /menit  
 Pernapasan : /menit  
 Suhu : °C  
 BB/TB : Kg/Cm

Resiko Jatuh Skor  
 Resiko rendah  
 Resiko sedang  
 Tidak beresiko

Skala Nyeri :

Skor Nyeri :                      Jenis Nyeri :                      Akut                      Kronik

Lokasi :

Durasi :

Status Psikologi  
 Marah  Depresi  
 Takut  Gelisah  
 Psikotik  Cemas  
 Kecenderungan bunuh diri  
 Lain-lain:.....  
 Tidak ada masalah

Pemeriksaan Fisik :

Status Lokasi (signifikan temuan yang)





No Rekam Med 231288  
Nam  
Tang  
(M)

INFORMASI MEDIS

- Disabilitas                       Kontraktur  
 Amputasi                         Ulkus dekubitus  
 Paralisis
- Gangguan  
 Mental                               Bicara  
 Pendengaran                       Penglihatan  
 Sensasi
- Inkontinesia  
 Urin                                  Saliva  
 Alvi
- Potensi untuk dilakukan rehabilitasi  
 Baik                                 Sedang                               Buruk

Pemeriksaan penunjang/diagnostic yang sudah dilakukan (EKG, lab, dll) :

.....  
.....  
.....

Intervensi/tindakan yang sudah dilakukan :

- IMT DEP 1c  
- IMT Iodomer 1a.

Diet

- MPB

Rencana

perawat psikiatri

Terapi saat Pindah :

Nama Obat	Jumlah	Dosis	Frekuensi	Cara Pemberian
IMT Iodomer			2x1	
IMT Difenhidramin			2x2	
Risperidon			2x3.	
TTP			2x2	
clozapin			1x25.	

Status kemandirian	Mandiri	Butuh Bantuan	Tidak dapat Melaksanakan	Aktivitas di Tempat tidur	Berguling	Duduk		
				Higiene Pribadi	Wajah, rambut, tangan			
	Batang tubuh & perineum							
	Ekstremitas bawah							
	Traktus digestivus							
	Traktus urinarius							
Berpakaian	Ekstremitas atas							
	Batang tubuh							
	Ekstremitas bawah							
Pergerakan	Jalan kaki							
	Kursi roda							

Solok : Tgl..... Jam: .....

Dokter yang mengirim,

*(Signature)*

Solok : Tgl. 9/9/22 Jam: .....

Dokter/ perawat/ petugas yang mengantar

*(Signature)*  
winda

Solok : Tgl. 9/9/22 Jam: 15.30.....

Dokter/ perawat yang menerima, Jam :

*(Signature)*  
Hsa Danur



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SOLOK  
 Jl. Simpang Rumbio Kota Solok  
 Telp. (0755) 20826 - 20827 Fax (0755) 20003  
 E-mail : rsudsolok@yahoo.co.id



PENGAJIAN KEPERAWATAN  
 PSIKIATRI GAWAT DARURAT

**1. IDENTITAS ( beri tanda ✓ pada □ untuk data yang sesuai )**

Nama : ..... No. RM : 231708  
 Tanggal Lahir/umur : ..... Agama : Islam □ Kristen □ lain-lain  
 Jenis kelamin : ..... Status perkawinan : □ Kawin □ Tidak Kawin  
 Alamat : ..... No. telp. : .....

Riwayat didapatkan dari : □ Autoanamnesis □ anamnesis orang lain : .....  
 Datang ke IGD : Tanggal 9/1/2022 Jam datang : 13.15 Respon time : 0  
 Transportasi ke Rumah Sakit : Kendaraan □ Pribadi □ Ambulance □ Lainnya : .....

Rujukan : □ Tidak □ Ya, Ket: □ RS □ Pusk □ Dr □ Bidan □ Perawat □ Lain-lain : .....  
 Penanggung Jawab Biaya : □ BPJS □ Inhealth □ PJKA □ Umum □ PLN □ Asuransi lain : .....

**2. PEMERIKSAAN AWAL/PENGAJIAN jam : .....**

Jalan nafas +Cervical <input checked="" type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Sekret <input type="checkbox"/> Sumbatan Partial <input type="checkbox"/> Sumbatan Total <input type="checkbox"/> Cedera Cervical	Pernafasan <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Ronchi <input type="checkbox"/> Retraksi <input type="checkbox"/> Takipnea <input type="checkbox"/> Bradipnea Sa O2 : 99% RR : 20 x/mt	Sirkulasi <input type="checkbox"/> pallor <input type="checkbox"/> Pucat <input type="checkbox"/> Sianosis <input type="checkbox"/> CRT > 3 dt <input type="checkbox"/> Palpitasi <input type="checkbox"/> Bradikardi <input type="checkbox"/> Takikardi TD : ..... N : ..... S : .....	Disability <input type="checkbox"/> Parase <input type="checkbox"/> Plegi <input type="checkbox"/> Paraparesis <input type="checkbox"/> paraplegi .....	Kesadaran E : G.M.G. V.K. = ... Ukuran pupil : □ Isokor □ Anisokor Alergi □ Tidak <input type="checkbox"/> ya : <input type="checkbox"/> Alergi obat <input type="checkbox"/> Alergi Makanan <input type="checkbox"/> Alergi lainnya ..... <input type="checkbox"/> Tidak diketahui <input type="checkbox"/> jika alergi ps gelang warna merah
--	---	---	--	---

Kategori Triase : □ Merah □ Kuning □ Hijau

**3. Alasan Masuk RS (Keluhan Utama Saat Masuk RS)**

pac m ngerit sft 2 to air, kaku me (ct), m fura kple (c)  
 mca w fdk. mca b.

**4. STATUS MENTAL :**

Penampilan : .....  
 Afek : □ Tidak sesuai □ Sesuai □ Lainnya .....  
 Ansietas : □ Tidak ada □ Ringan □ Sedang □ Berat □ Panik  
 Pembicaraan : □ Koheren □ Inkoheren  
 Daya tilik : □ Baik □ Buruk  
 Perilaku : □ Kooperatif □ Hiperaktif □ Agitasi □ Paranoid  
 Menarik Diri □ Lainnya : .....

Disorientasi : □ Tidak ada □ Waktu □ Tempat □ Orang  
 Halusinasi :  suara (c)  
 Waham : .....  
 Gangguan memori : □ Tidak ada □ Jangka panjang  
 Jangka pendek  
 Resiko Bunuh diri : □ Tidak ada □ Isyarat □ Ancaman  
 Percobaan, cara : .....

5. Respon Nyeri ( diberi tanda ✓ sesuai keadaan nyeri pasien pada □ ) :  
 Tidak ada □ Sedikit □ Sedang □ Banyak □ Tidak dapat ditoleransi

6. Resiko jatuh (skala jatuh Edmonson) :  
 resiko jatuh skor > 90  
 < 90 tidak beresiko jatuh (format terlampir RM 33.3)

**Nutrisi : Skrining gizi (berdasarkan malnutrition Screening Tool/MST)**

Bila skor ≥ 2 atau pasien dengan diagnose khusus wajib lapor DPJP, disarankan untuk ahli

**8. Asuhan Keperawatan :**

No	Masalah Keperawatan	Rencana Tindakan	Paraf
1	Ketidakefektifan bersihan Jalur nafas (00031)	Managemen jalan nafas	
2	Gangguan pertukaran gas (00030)	Monitoring pernafasan	
3	Ketidakefektifan pola nafas (00032)	Monitoring pernafasan	
4	Resiko penurunan perfusi jaringan perifer (00204)	Regulasi Hemodinamik	
5	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (00201)	Peningkatan perfusi serebral	
6	Resiko ketidakseimbangan elektrolit (00195)	Managemen cairan & elektrolit	
7	Penurunan curah jantung (00029)	Keefektifitas pompa jantung	
8	Kekurangan volume cairan (00029)	Managemen cairan	
9	Nyeri akut (00132)	Managemen nyeri	
10	Perilaku kekerasan ✓	Managemen perilaku kekerasan ✓	
11	Resiko bunuh diri	Managemen RBD, obs ketat, mnjm restrain	
12	Gangguan persepsi	Managemen halusinasi	
13	Gangguan isi pikir	Orientasi realita	
14	Harga diri rendah	Managemen HDR	
15	Isolasi social (isos)	Managemen isos,	
16	Devisit perawatan diri	Managemen devisit perawatan diri	

9. transfer : □ Rawat Inap ruang : Psikiatri □ Rujuk □ Pulang, control ke : ..... tanggal : .....  
 blok, ..... Jam : .....

ma & Tanda tangan Perawat Melakukan Pengkajian:

(..... Yelita Nora.....)





PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SOLOK  
 Jl. Simpang Rumbio Kota Solok  
 Telp. (0755) 20826 - 20827 Fax (0755) 20003  
 E-mail : rsudsolok@yahoo.co.id



PENGAJIAN MEDIS  
 PSIKIATRI GAWAT DARURAT

**IDENTITAS (beri ...)**

Nama : .....  
 Tanggal Lahir/ Ur : .....  
 Jenis Kelamin :  LK  PK  
 Alamat : ..... Pulau Pajung .....  
 No. RM : 231782  
 Agama :  Islam  Kristen  Lain-lain  
 Status Perkawinan :  Kawin  Tidak kawin  
 No. Telp. : .....

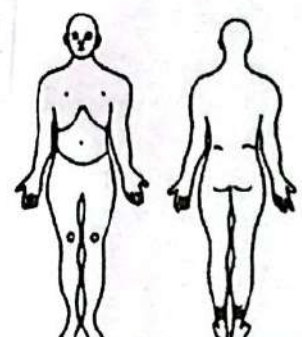
**PENGAJIAN MEDIS**

(Anamnesa, Pemeriksaan fisik umum/khusus diagnosis, penatalaksanaan medis, pemeriksaan penunjang) :

**Sambungan**

S/ pasien dibawa keluarga ke rumah sakit di rumah  
 karena tidak sadar  
 (Mugnai CT)  
 R trauma kepala (-)  
 PPD (-).  
 P. pff. .... (-)  
 DTK: ....  
 to :  
 Hn :  
 Kt : ....  
 r :  
 Kp : ....  
 M : ....  
 Ht : ....  
 Ht : ....  
 R/ psikan Akut  
 B/ konsus dan substana dan spt  
 di rumah.  
 - injeksi lidocaine + diazepam  
 - injeksi laboral 2x1 apul  
 - injeksi dipentidromin 2x2 mg  
 Risperidone 2 mg mg qd  
 - Thep 2x2 mg qd  
 - Clozapin 1x1 mg qd

**READ BACK**  
**RSUD SOLOK**



**Observasi**

Tgl	Jam	Skor Nyeri	Tensi	Nadi	RR	Suhu	Tindakan Pengobatan dan Perawatan	Nama Jelas

**Tindak Lanjut Pasien :**

- Dipulangkan (jam .....)
- Dirawat di Jawa
- Dikonsulkan ke di Substana dan spt DPJP
- Dirujuk ke ..... Atas dasar  Tempat penuh  Fasilitas lebih baik  Permintaan pasien/ klg
- Sarana Transportasi yang digunakan :  Pribadi  Ambulance  Lainnya
- Pasien meninggal di ..... Jam ..... Tanggal .....
- Penyebab kematian .....

**Tingkat / Derajat Kebutuhan perawat pasien kritis**

- Transfer pasien**
- Derajat 0
  - Derajat 1
  - Derajat 2
  - Derajat 3

Dokter Jaga

*(Signature)*



**HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

NO SEP	: 0922-2658	DOKTER PENGIRIM	: dr. Zulismaliatul Fajriah, Msc, Sp. KJ
NO LAB	: <b>2209121329</b>	TGL TRANSAKSI	: 12-09-2022 10:56
NO MR	: 231788	TGL HASIL SELESAI	: 12-09-2022 12:04
NAMA		TGL CETAK	: 12-09-2022 12:04
TGL. LAHIR			
JENIS KELAM			
ALAMAT	: PULAU PUNJUNG - Dind...	HALAMAN	: 1 / 1
RUANGAN	: / PSIKIATRI /		

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	RUJUKAN	KETERANGAN
<b>HEMATOLOGI</b>				
<b>Hematologi Rutin</b>				
Hemoglobin	15.0	g/dL	14.0 - 17.4	
Eritrosit	4.98	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	4.5 - 5.5	
Hemtokrit	43.0	%	42 - 52	
Nilai Nilai MC				
MC	86.3	fL	84 - 96	
MG	30.1	pg/cell	28 - 34	
MCC	34.9	g/dL	32 - 36	
RD <sup>1</sup> -CV	13.5	%	11.5 - 14.5	
Leukdt	7.3	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	5.0 - 10.0	
Trombsit	275	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	140 - 400	

Nilai Rujan diambil dari :  
 1. Manual of Laboratory and Diagnostic Test By Frances Fischbach, RN, BSN, MSN, Edisi 7  
 2. Interpretasi Hasil Tes Laboratorium Diagnostik dari H. Hardjono DKK  
 3. Tafsir Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik, E.N. Kosasih dan A.S. Kosasihedisi kedua 2008

Di Verifiki Oleh : Nilai Yani  
 Spesime Waktu pengambilan spesimen  
 - Darah 12/09/2022 11:43:57

Di Authorisasi Oleh  
  
 ( dr. Soufni Morawati, SpPK )





## SURAT PERSETUJUAN UMUM

DPJP	TGL. MASUK : 9-9-2022
KLS RAWATAN : S	TGL. KELUAR : 19-9-22

Saya yang bertanda tangan dibawah ini selaku pasien/ Keluarga/ Wali pasien \*RSUD M.Natsir :

Nama : Sarah	Pekerjaa : P. Natsir
Alamat : P. Natsir	No Telpon : -

Telah mendapat informasi yang cukup, telah mengerti dan memahami ketentuan – ketentuan yang berlaku di RSUD M.Natsir, dengan ini menyatakan saya setuju mematuhi :

1. **HAK DAN KEWAJIBAN, TATA TERTIB SEBAGAI PASIEN** : yang berlaku di RSUD M.Natsir, sudah dijelaskan dengan media Leaflet/ lembar balik/ banner

- HAK PASIEN
- KEWAJIBAN PASIEN
- TATA TERTIB PENGUNJUNG PASIEN
- LARANGAN BAGI PENGUNJUNG, PENUNGGU PASIEN

2. **PELAYANAN KESEHATAN** : Pelayanan kesehatan di RSUD M.Natsir dilakukan atas indikasi medis meliputi preventiv, promotif, kuratif, dan rehabilitatif (a.l. Pemeriksaan umum, pemeriksaan rontgen/ radiologi, pemeriksaan laboratorium, transfusi darah, pengobatan rutin, perawatan, terapi bermain pada anak, prosedur pemasangan infus, suntikan, suction, suppositoria, monitor, syringe pump, infus pump, pulse oksimetri, RJP, DC Shock, restrain, NGT, kumbah lambung, heating, perawatan luka, wound toilet, inkubator, oksigen, nebulizer, infarm warmer, vaginal toucher, CTG, EKG, USG , kateter dan Evaluasi), dll.....

3. **MELEPASKAN DARI KEWAJIBAN TERHADAP BARANG MILIK PASIEN** :

- a. Saya secara pribadi bertanggung jawab penuh terhadap barang berharga milik saya termasuk uang, perhiasan, cek, kartu kredit, dan handphone dan barang berharga lainnya, saya mengerti bahwa rumah sakit tidak bertanggung jawab terhadap berharga milik saya yang berada dibawah pengawasan saya.
- b. Dan apabila saya tidak mampu dan membutuhkan bantuan maka saya akan menitipkan barang-barang saya kepada pihak rumah sakit.

4. **PERMINTAAN PRIVASI**

Saya (memerlukan/ tidak memerlukan\*) privasi khusus, sebutkan bila ada permintaan privasi khusus berupa :

.....

.....

5. **KERAHASIAAN INFORMASI**

Saya/ keluarga saya (mengijinkan/ tidak mengijinkan \*) pelepasan informasi mencakup diagnosa penyakit, tindakan yang akan dilakukan, rencana pengobatan, identitas diri serta keluarga dan ruangan tempat perawatan pasien, untuk kepentingan :  
 Klaim BPJS / Klaim Jasa Raharja / Asuransi kesehatan / Proses hukum / Perusahaan / dll.....

6. **PELEPASAN INFORMASI**

Saya/keluarga saya\* hanya (mengijinkan/ tidak mengijinkan \*) pelepasan informasi mencakup diagnosa penyakit, tindakan yang akan dilakukan, rencana pengobatan, identitas diri serta keluarga dan ruangan tempat perawatan selama di Rumah Sakit ini kepada :

- ..... Hubungan dengan pasien .....
- ..... Hubungan dengan pasien .....
- ..... Hubungan dengan pasien .....



No Rekam Medis: 23178

Nama \_\_\_\_\_

Tanggal \_\_\_\_\_  
(Mohon)

**7. PELAYANAN KEROHANIAN , KEYAKINAN DAN NILAI-NILAI PRIBADI**

- a. Saya/ keluarga saya\* (memerlukan/ tidak memerlukan\*) pelayanan kerohanian sesuai agama dan kepercayaan : (Islam/ Protestan/ Katolik/ Hindu/ Budha /.....)\*
- b. Saya/ keluarga saya\* (memerlukan/ tidak memerlukan\*) pelayanan tentang keyakinan dan nilai-nilai pribadi, (sebutkan bila ada permintaan) berupa :  
 .....  
 .....  
 .....

**8. PELAYANAN OLEH PESERTA DIDIK**

Saya (mengizinkan/ tidak mengizinkan \*) diberikan pelayanan atau tindakan oleh peserta didik yang berpraktek di RSUD M.Natsir dengan pengawasan dan pendampingan oleh pembimbing klinik, karena saya memahami bahwa RSUD M.Natsir adalah Rumah Sakit Pendidikan yang menjadi lahan praktek bagi peserta didik dari Perguruan Tinggi yang sudah bekerjasama secara resmi.

**9. KEGIATAN PENELITIAN**

- a. Apabila saya terlibat dalam penelitian atau prosedur eksperimental, maka hal tersebut hanya dapat dilakukan dengan sepengetahuan dan persetujuan saya.
- b. Saya ( setuju/ tidak setuju)\* untuk mengizinkan tenaga/calon tenaga kesehatan dalam pendidikan/pelatihan kecuali diminta sebaliknya untuk hadir selama perawatan pasien, atau berpartisipasi dalam perawatan pasien sebagai bagian dari pendidikan mereka.

Semua informasi yang tersebut diatas telah dijelaskan kepada saya dan saya memiliki kesempatan untuk bertanya dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan saya , saya puas dan memahami isinya, saya mengetahui bahwa saya bebas untuk menyatakan setuju atau tidak setuju.  
 Tanda tangan saya dibawah ini menandakan bahwa saya mengerti informasi diatas dan telah memberikan persetujuan saya secara bebas dan tanpa ada paksaan dari pihak maupun.

9/9.2022  
 Solok,.....jam..... WIB

Pihak Pasien  
 Pasien/ Keluarga


Saksi dari keluarga

  
 .....  
 Sarah

Pihak Rumah Sakit sebagai saksi :

Petugas Admission

Petugas IGD/ Ruangan

  
 .....  
 C.A.H.

  
 .....  
 winda

\*Coret yang tidak perlu

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



**FORMULIR PENETAPAN DOKTER PENANGGUNG JAWAB PASIEN (DPJP)**

DPJP :	TGL.MASUK : 9-9-2022
KLS RAWATAN : 3	TGL.KELUAR :

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sarah kurnia  
 Umur : 17  
 Pekerjaan : Siswa  
 Alamat : Paban Serayan

Diri sendiri/ suami/ istri/ayah/ ibu/ kakak/ adik/ anak dari pasien:

Nama : rahmad  
 Umur : 21 th.  
 Pekerjaan : -  
 Alamat : pulau pujung.  
 Nomor RM : 231788

Dengan ini menyatakan dengan sadar dan sesungguhnya bahwa :

1. Telah menerima dan memahami informasi mengenai dokter penanggung jawab pasien selama dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir. dr. sulistiana dewi
2. Berdasarkan hal tersebut diatas saya memilih dokter ..... sebagai dokter penanggung jawab.

Dengan pernyataan inisaya buat dengan sebenar-benarnya.

Petugas rumah sakit,

*Winda*

(.....  
 Winda  
 NIP.

Solok, 9/9/2022  
 Saya yang menyatakan,

*[Signature]*

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi fomulir ini dengan benar dan jelas



231786

**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PASIEN RAWAT INAP**

DPJP :	TGL.MASUK : 9-9-2022
KLS RAWATAN : 3	TGL.KELUAR : 19-9-22

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sarah,  
 Umur : 17 thn.  
 Pekerjaan : Pelajar  
 Alamat : P. Pungin

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : Rahmad.  
 Umur : 21 thn.  
 Pekerjaan : Swasta.  
 Alamat : P. Pungin

Adalah anak / suami / istri / ayah / ibu / ..... Saya, dirawat dengan status : \* ( coret yang tidak perlu )

~~terang terduga~~

- Pasien Umum
- Pasien BPJS (PBI, NON PBI)
- Pasien PT Inhealth, PT BA, PT Jasa Raharja, PT KAI, JPKM, PLN dll
- .....

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan dapat di pergunakan seperlunya.

Solok, 9/9-2022

Diketahui oleh

Petugas Rumah Sakit

*(Signature)*  
 G. H.

Saya yang Menyatakan

*(Signature)*  
 Sarah



PENGANTAR UNTUK DIRAWAT

DPJP	TGL. MASUK : 9-9-2022
KELAS RAWATAN : 3	TGL. KELUAR : 19 - 9 - 22
Dokter Pengirim	dr. Taufik
Diagnosa	pekitokh akut
Dokter yang Merawat	dr sulistiana dewi sp.kj
Tanggal Masuk	9 / 9 / 22
Rencana Operasi / Tindakan	
Nama Operasi/ Tindakan	
Tanggal/ Jam	
Perfampir	
Foto/ Resep	
Lain-lain	
Pemesanan kamar	
Tanggal Pemesanan	
Kelas	
Tanggal/ jam	

Dokter Pengirim

*dr. Taufik*

(.....)

Petugas Admission

*Uca H.*

(.....)