



**URUTAN LETAK FORMULIR REKAM MEDIS
RSUD MOHAMMAD NATSIR
TAHUN 2022**



**PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
RSUD MOHAMMAD NATSIR**

Jl Simpang Rumbio Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmnatsir.sumbarpov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

FORMULIR RAWAT JALAN

RM.RJ 01	Pengkajian Awal Pasien Terintegrasi Rawat Jalan	Rev.01.2019/ RM RJ 01;02;04;05;06;07;11
RM RJ 02	Pengkajian Ulang Pasien Terintegrasi Rawat Jalan	Rev.01.2019/ RM RJ 09
RM RJ 03	Riwayat Pasien Rawat Jalan (<i>Out Patient Summary</i>)	Rev.01.2019/ RM RJ 10
RM.RJ 04	Informasi dan Edukasi Pasien dan Keluarga Terintegrasi dan Perkembangan Lanjutannya	Rev.01.2019/ RM 11
RM.RJ Kh 01.1	Pengkajian Pasien Rawat Jalan Gigi	Rev.01.2019/ RM RJ 03
RM.RJ Kh 01.2	Pengkajian Awal Pasien Terintegrasi Rawat Jalan Psikiatri/ Jiwa	Rev.01.2019/ RM RJ 07.1
RM.RJ Kh 01.3	Pengkajian Awal Pasien Rawat Jalan Kebidanan	Rev.01.2019/ RM RJ 04
RM.RJ Kh 01.4	Pengkajian Awal Pasien Rawat Jalan Mata	Rev.01.2019/ RM RJ 06.1
RM.RJ Kh 01.5	Pengkajian Awal Pasien Terintegrasi IGD/ Rawat Jalan Penyakit Menular atau Infeksius	Rev.00.2019/ -
RM.RJ Kh 01.6	Pengkajian Awal Pasien Terintegrasi IGD/ Rawat Jalan Sistem Imun Terganggu	Rev.00.2019/ -
RM.RJ Kh 01.7	Observasi Hemodialisis	Rev.01.2019/ RM 18.1

FORMULIR RAWAT INAP

RM.RI 01	Catatan Waktu Masuk dan Keluar	Rev.01.2019/ RM 01
RM.RI 02	Ringkasan Keluar (Resume)	Rev.01.2019/ RM 02
RM.RI 03 A	Pengkajian Awal Pasien terintegrasi Rawat Inap Anak	Rev.01.2019/ RM 03;17;06.5;09.1;31
RM.RI 03 A.1 atau RM.RI 03 B.1	Rencana asuhan keperawatan	Rev.01.2019/RM.06.3
RM.RI 03 A.2 atau RM.RI 03 B.2	Komunikasi Saat Serah Terima (Operan) Shift Dinas	Rev.00.2019/ -
RM.RI 03 A.3 atau RM.RI 03 B.3	tindakan harian keperawatan	Rev.01.2019/RM.06.3
RM.RI 03 B	Pengkajian Awal Pasien Terintegrasi Rawat Inap Dewasa / Usia Lanjut	Rev.01.2019/ RM 03;06;06.5;09.1;31

RM.RI 03 C	Pengkajian Awal Pasien Terintegrasi Rawat Inap Maternitas	Rev 01 2019/RM 03,16,16.5,9.1,31
RM.RI 03 1 C	Catatan Persalinan	Rev 00 2019/ -
RM.RI 03 2 C	Partograf	Rev 01 2019/ RM 16.4
RM.RI 03 3 C	Laporan Partus	Rev 00 2019/ -
RM.RI 03 D	Pengkajian Awal Pasien Terintegrasi Rawat Inap Neonatus	Rev 01 2019/ RM 15,15.1,15.5,09.1,31
RM.RI 03 D 01	Surat Identitas Bayi	Rev 01 2019/ RM 15.2
RM.RI 03 D 02	New Ballard Score	Rev 00 2019/ -
RM.RI 03 D 03	Fenton Preterm Growth Chart Girls/ Boys	Rev 00 2019/ -
RM.RI 03 D 04	Klarifikasi Neonatus Berdasarkan Maturitas dan Pertumbuhan Intrauterin	Rev 00 2019/ -
RM.RI Kh 01	Pengkajian Awal Medis Pasien Geriatri	Rev 01 2019/ RM 21.2
RM.RI Kh 02	Pengkajian Awal Pasien Terintegrasi Rawat Inap Psikiatri/ Jiwa	Rev 01 2019/ RM 21.3
RM.RI Kh 02.2	Jadwal Kegiatan Harian Pasien Psikiatri/ Jiwa	Rev 00 2022/ -
RM.RI Kh 02.3	Pengkajian Keperawatan Jiwa Rawat Inap Psikiatri	Rev 00 2022/ -
RM.RI Kh 02.4	Catatan Perkembangan Keperawatan Rawat Inap Psikiatri (Halusinasi)	Rev 00 2022/ -
RM.RI Kh 02.5	Catatan Perkembangan Keperawatan Rawat Inap Psikiatri (Waham)	Rev 00 2022/ -
RM.RI Kh 02.6	Catatan Perkembangan Keperawatan Rawat Inap Psikiatri (Resiko Bunuh Diri)	Rev 00 2022/ -
RM.RI Kh 02.7	Catatan Perkembangan Keperawatan Rawat Inap Psikiatri (Resiko Perilaku Kekerasan)	Rev 00 2022/ -
RM.RI Kh 02.8	Catatan Perkembangan Keperawatan Rawat Inap Psikiatri (Isolasi Sosial)	Rev 00 2022/ -
RM.RI Kh 02.9	Catatan Perkembangan Keperawatan Rawat Inap Psikiatri (Harga Diri Rendah Kronik)	Rev 00 2022/ -
RM.RI Kh 02.10	Catatan Perkembangan Keperawatan Rawat Inap Psikiatri (Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan)	Rev 00 2022/ -
RM.RI Kh 02.11	Catatan Perkembangan Keperawatan Rawat Inap Psikiatri (Hambatan komunikasi verbal)	Rev 00 2022/ -
RM.RI Kh 02.12	Catatan Perkembangan Keperawatan Rawat Inap Psikiatri (defisit perawatan diri)	Rev 00 2022/ -
RM.RI Kh 03	Pengkajian Awal Medis Pasien Rawat Inap Mata/ THT	Rev 00 2019/ -
RM.RI Kh 04	Pengkajian Awal Medis Pasien Neurologi	Rev 00 2019/ -
RM.RI Kh 04.2	Perencanaan Pulang Pasien Terintegrasi (Discharge Planning)	Rev 01 2019/ RM 06.5,15.5,16.3,21.1
RM.RI Kh 05	Pengkajian Restrain	Rev 01 2019/ RM 35

RM.RI Kh 06	Pengkajian Awal Pasien Terintegrasi Rawat Inap Penyakit Menular/ Infeksius	Rev.01.2019/ RM 25
RM.RI Kh 07	Catatan Khusus Pasien Perawatan Akhir Kehidupan (Pasien Terminal)	Rev.01.2019/ RM 24
RM.RI Kh 08	Pengkajian Awal Pasien Terintegrasi Rawat Inap Sistem Imun Terganggu	Rev.01.2019/ RM 28
RM.RI Kh 09	Asesmen Wajib Lapor dan Rehabilitasi Medis	Rev.01.2019/ RM 26
RM.RI 04	Rencana Asuhan Terintegrasi atau Plan of Care	Rev.00.2019/ -
RM.RI 04.1	Clinical Pathway Terintegrasi	Rev.01.2019/ RM 06.5;15.5;16;3;21.1
RM.RI 04.3	Asesmen Awal Manajemen Pelayanan Pasien (MPP)	Rev.01.2019/ RM 05
RM.RI 05	Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)	Rev.01.2019/ RM 05
RM.RI 06.1	Asesmen Awal dan Ulang <i>Critical Pain Observation Tools</i> (CPOT)	Rev.01.2019/ RM 29.1
RM.RI 06.2	Asesmen Awal dan Ulang Nyeri <i>FLACC</i>	Rev.01.2019/ RM 29.1
RM.RI 06.3	Asesmen Awal dan Ulang Nyeri <i>NIPS</i> Usia anak < 1 tahun	Rev.01.2019/ RM 15.6
RM.RI 06.3a	Asesmen Awal dan Ulang Nyeri <i>NIPS</i> Usia 0-1 bulan	Rev.00.2019/ -
RM.RI 06.4	Pengkajian Ulang dan Pengelolaan nyeri <i>Wong Baker Face dan Numeric Rating Scale</i>	Rev.01.2019/ RM 29
RM.RI 06.5	Asesmen Awal dan Ulang Resiko Jatuh Geriatri	Rev.01.2019/ RM 33.1
RM.RI 06.6	Asesmen Awal dan Ulang Resiko Jatuh <i>Humpty Dumpty</i>	Rev.01.2019/ RM 33
RM.RI 06.7	Asesmen Awal dan Ulang Resiko Jatuh <i>Morse Falls Scale</i>	Rev.01.2019/ RM 33.2
RM.RI 06.8	Asesmen Awal dan Ulang Resiko Jatuh Psikiatri (<i>Skala Edmonson</i>)	Rev.00.2019/ -
RM.RI 06.9	Pengkajian Kulit Awal dan Ulang Mengukur Resiko Dekubitus	Rev.00.2019/ -
RM.RI 06.10	Informasi dan Edukasi Pasien dan Keluarga Terintegrasi dan Perkembangan Lanjutannya	Rev.01.2019/ RM 31.1 dan RM.RJ 11
RM.RI 06.10a	Formulir Edukasi Harian	Rev.00.2022/ -
RM.RI 07	Grafik	Rev.01.2019/ RM 04
RM.RI 08	Salinan resep	Rev.01.2019/ RM 8
RM.RI 09	Daftar Pemberian Obat	Rev.01.2019/ RM 09
RM.RI 10	Formulir Transfer Pasien Internal	Rev.01.2019/ RM 10
RM.RI 10.1	Serah Terima Antar Ruangan	Rev.01.2019/ RM 06.6
RM.RI 11	Pemberian Informasi Transfer/ Rujuk	Rev.01.2019/ RM 11
RM.RI 11.1	Transfer atau Rujuk Ke Rumah Sakit Lain	Rev.01.2019/ RM 11.1
RM.RI 12.1	Indikasi Pasien Masuk dan Keluar ICU	Rev.00.2019/ -
RM.RI 12.2	Pengkajian Awal Terintegrasi Pasien Masuk Ruang Intensif	Rev.01.2019/RM 22.1;22.2

RM.RI 12.3	Observasi Harian Pasien ICU / NICU	Rev.01.2019/ RM 13.13.1
RM.RI 12.4	Kriteria Pasien Masuk Ruang Intensif Neonatus	Rev.00.2019/ -
RM.RI 12.5	Monitoring Intensif Psikiatri 24 Jam	Rev.00.2022/ -
RM.RI 12.6	Indikasi Pasien Masuk dan Keluar CVCU	Rev.00.2022/ -
RM.RI 12.7	Pediatric Early Warning	Rev.00.2022/ -
RM.RI 12.8	Newborn Early Warning	Rev.00.2022/ -
RM.RI 12.9	Dewasa Early Warning	Rev.00.2022/ -
RM.RI 12.10	Maternal Early Warning	Rev.00.2022/ -

FORMULIR IGD

RM.IGD.13	Asesmen Awal Gawat Darurat dan Terintegrasi	Rev.01.2019/RM 13.13.1
-----------	---	------------------------

FORMULIR PASIEN OPERASI

RM.OK 14.1	Pengkajian Pra Bedah	Rev.02.2019/ RM 14
RM.OK 14.2	Lembar Konsultasi Anestesi	Rev.00.2019/ -
RM.OK 14.3	Penandaan Lokasi Operasi	Rev.01.2019/ RM 14
RM.OK 14.4	Pengkajian Pra Anestesi	Rev.01.2019/ RM 14.6
RM.OK 14.5	Informed Consent Anestesi Lokal	Rev.01.2019/ RM 14.4
RM.OK 14.6	Informed Consent Anestesi	Rev.01.2019/ RM 14.1;14.2;14.3
RM.OK 14.6a	Formulir Edukasi Tindakan Anestesi dan Sedasi	Rev.00.2022/ -
RM.OK 14.7	Daftar Serah Terima Pasien Kamar Operasi	Rev.01.2019/ RM 14.14
RM.OK 14.8	Ceklis Keselamatan Operasi	Rev.02.2019/ RM 14.9
RM.OK 14.9	Laporan Anestesi	Rev.02.2019/ RM 14.7
RM.OK 14.9a	Pengkajian Pra-Induksi	Rev.00.2022/ -
RM.OK 14.10	Laporan Operasi	Rev.02.2019/ RM 14.5
RM.OK 14.11	Askep Perioperatif	Rev.02.2019/ RM 14.10
RM.OK 14.12	Monitoring di Ruang Memulihkan Pasca Anestesi dan Bedah	Rev.02.2019/ RM 14.11

FORMULIR PENUNJANG DAN HASIL PENUNJANG (LABOR, RADIOLOGI)

a. Laboratorium

RM.PNJ 01.1	Permintaan Pemeriksaan Laboratorium	Rev.01.2019/ RM 07.1
RM.PNJ 01.2	Hasil Pemeriksaan Laboratorium Kimia Klinik	Rev.01.2019/ RM 07.2
RM.PNJ 01.3	Hasil Pemeriksaan Laboratorium Cairan Tubuh	Rev.01.2019/ RM 07.3
RM.PNJ 01.4	Hasil Pemeriksaan Laboratorium Hematologi	Rev.01.2019/ RM 07.4
RM.PNJ 01.5	Hasil Pemeriksaan Laboratorium Urinalisa	Rev.01.2019/ RM 07.5

RM.PNJ 01.6	Permintaan Pemeriksaan Mikrobiologi	Rev 00.2019/ -
RM.PNJ 01.7	Hasil Pemeriksaan Mikrobiologi	
RM.PNJ 01.8	Surat Permintaan Komponen Darah	Rev.01.2019/ RM 07.7
RM.PNJ 01.9	Pengantar Pengantar Pengambilan Darah	Rev.01.2019/ RM 07.7
RM.PNJ 01.10	Formulir Reaksi Transfusi	Rev.01.2019/ RM 07.7
RM.PNJ 01.11	Surat Pernyataan Untuk Permintaan Darah Cyto	Rev.01.2019/ RM 07.8
RM.PNJ 01.12	Hasil Pemeriksaan Uji Cocok Serasi	Rev.01.2019/ RM 07.9
RM.PNJ 01.13	Pemberian Informasi Serta Persetujuan atau Penolakan Transfusi Darah	Rev.01.2019/ RM.P 04
RM.PNJ 01.14	Permintaan Pemeriksaan Histopatologi dan Sitologi	Rev.01.2019/ RM 07.14
RM.PNJ 01.15	Informed Consent Pemeriksaan Histopatologi dan Sitologi	Rev.01.2019/ RM 07.13
RM.PNJ 01.16	Hasil Pemeriksaan Histopatologi	Rev.01.2019/ RM 07.11
RM.PNJ 01.17	Hasil Pemeriksaan Sitologi	Rev.01.2019/ RM 07.11
RM.PNJ 01.18	Permintaan Pemeriksaan Pap-Smear	Rev.00.2019/ -

b. Radiologi

RM.PNJ 02.1	Formulir Permintaan Radiologi	Rev.01.2019/ RM 07.6
RM.PNJ 02.2	Formulir Edukasi Pemeriksaan dengan Radiasi	Rev.00.2019/ -
RM.PNJ 02.3	Persetujuan Tindakan Kedokteran Pasien Radiodiagnostik Imaging dan Radiologi Intervensional	Rev.00.2019/ -
RM.PNJ 02.4	Pengkajian Awal Pasien Radiodiagnostik Imaging dan Radiologi Intervensional	Rev.00.2019/ -

c. Gizi

RM.PNJ 03.1	Catatan Asuhan Gizi	Rev.02.2022/
RM.PNJ 03.2	Formulir Skrining Anak	Rev.01.2019/ RM 30.1
RM.PNJ 03.3	Monitoring dan Evaluasi Asuhan Gizi Anak	Rev.01.2019/ RM 30.1

d. Fisioterapi

RM.PNJ 04	Pengkajian Awal Pasien Fisioterapis	Rev.01.2019/ RM 34
-----------	-------------------------------------	--------------------

e. lain-lain

RM.PNJ 05	Permintaan Konsultasi	Rev.01.2022/ RM 32
-----------	-----------------------	--------------------

FORMULIR PERSETUJUAN

RM.P 01	Surat Persetujuan Umum	Rev.02.2020/ RM.P.04
RM.P 01.1	Pemberian Informasi dan Persetujuan Tindakan Kedokteran	Rev.01.2019/ RM.P.01
RM.P 01.2	Pemberian Informasi dan Penolakan Tindakan Kedokteran	Rev.01.2019/ RM.P.02
RM.P 01.3	Surat Pernyataan Pulang Atas Permintaan Sendiri (PAP)	Rev.01.2019/ RM 37
RM.P 01.4	Formulir Pernyataan Penolakan Pengobatan	Rev.01.2019/ RM 38
RM.P 01.5	Formulir Permintaan Kebutuhan Tahap Terminal	Rev.01.2019/ RM 39
RM.P 01.6	Formulir Permintaan Second Opinion	Rev.01.2019/ RM 40
RM.P 01.7	Formulir Penetapan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)	Rev.01.2019/ RM 41
RM.P 01.8	Surat Persetujuan Pelepasan Informasi	Rev.01.2019/ RM 42
RM.P 01.9	Formulir Permintaan Privasi	Rev.01.2019/ RM 43
RM.P 01.10	Penolakan Resusitasi (DNR)	Rev.00.2019/ -
RM.P 01.11	Permintaan Pelayanan Kerohanian	Rev.01.2019/ RM 31.2
RM.P 01.12	Formulir Penitipan Barang Berharga Milik Pasien/ Keluarga	Rev.00.2019/ -
RM.P 01.13	Permohonan Izin Pulang Sementara	Rev.00.2019/ -
RM.P 02	Surat Pernyataan Persetujuan Pasien Rawat Inap	Rev.01.2019/ RM.P 03
RM.P 03	Pengantar Untuk Dirawat	Rev.01.2019/ RM 12



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

No Rekam Medis

Nama Pasien

Tanggal Lahir

(Mohon diisi atau tempel jikanya)

LP

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI RAWAT JALAN

(dilempati dalam waktu 2 jam pertama pasien masuk ruang rawat jalan/ Cluster)

KLINIK YANG DITUJU (diberi tanda v sesuai kondisi pasien pada ☐) ☐ Bedah ☐ Penyakit Dalam ☐ Geriatri ☐ Anak ☐ Kebidanan ☐ Kulit dan Kelamin ☐ Paru ☐ THT ☐ Mata ☐ Neurologi ☐ Bedah Orthopedi ☐ Jiwa ☐ Jantung ☐ Gigi ☐ VCT ☐ Gigi Bedah Mulut ☐ Hemodialisa	Tgl/ Jam Kunjungan ____/____/____ ____ Wib	Usia/ Saat Kunjungan ____
Pengkajian diperoleh dari: ☐ Pasien Sendiri (Auto anamnesa) ☐ Keluarga (Alloanamnesa)		
KULTURAL, SPIRITUAL DAN EKONOMI (diberi tanda v sesuai kondisi pasien pada ☐) Alamat: _____ Kewarganegaraan: ☐ WNI ☐ WNA Agama: ☐ Islam ☐ Kristen ☐ lain-lain _____ Nilai-nilai budaya: _____ Status perkawinan: ☐ Kawin ☐ Tidak Kawin ☐ _____ Bahasa sehari-hari: ☐ Minang ☐ Indonesia Pendidikan: ☐ SD ☐ SMP ☐ SMA ☐ _____ No. Telp: _____ Pekerjaan: ☐ PNS ☐ ABRI ☐ Swasta ☐ _____ PJ biaya: ☐ BPJS ☐ Umum ☐ PKA ☐ Inhealth ☐ PLN ☐ Jampersal ☐ Asuransi lain _____ Rujukan: ☐ Tidak ☐ Ya, Ket: ☐ RS ☐ Puskesmas ☐ Praktek dokter ☐ Praktek Bidan ☐ Lain-lain _____ Nama Ayah: _____ Nama Ibu: _____ Nama Keluarga / Istri/ suami/ anak: _____ Pernah dirawat di RSUD M Natsir tanggal: _____ Puangan: _____ Dirawat di RSUD M. Natsir ke ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3		

I. PENGKAJIAN KEPERAWATAN (diisi oleh Perawat/ bidan)

STATUS PSIKOLOGIS: ☐ Cemas ☐ Takut ☐ Marah ☐ Sedih ☐ Kecenderungan Bunuh Diri ☐ Lain - lain,

STATUS MENTAL: ☐ Sadar dan Orientasi Baik ☐ Ada Masalah Perilaku, Sebutkan _____

☐ Perilaku kekerasan yang dialami pasien sebelumnya _____

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

RIWAYAT ALERGI: ☐ Tidak ☐ Ya Jelaskan _____

TANDA VITAL & NYERI	NUTRISI	PENGKAJIAN FUNGSIONAL DAN RESIKO JATUH	KELUHAN UTAMA
TD: _____ mmHg, N: _____ x/mt P: _____ /mt S: _____ Celcius Skor Nyeri: _____ (Wong baker faces) 1* _____ 2* (Numeric rating scale, lingkari) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	BB: _____ Kg TB: _____ cm IMT: _____ kg/m ² Khusus Pediatri Lingkar Kepala: _____ cm Skuiningsnutrisi (MST): _____ Skor: _____	1. Alat bantu: _____ 2. Prothesis: _____ 3. Cacat Tubuh: _____ 4. ADL: ☐ Mandiri ☐ Dibantu 5. Penilaian resiko jatuh: ☐ Tdk beresiko ☐ rendah ☐ Tinggi	_____

Masalah Keperawatan/ Kebidanan _____

Rencana Asuhan: _____

II. PENGKAJIAN MEDIS (Diisi oleh Dokter)

ANAMNESIS Keluhan utama _____ Riwayat penyakit sekarang _____ PEMERIKSAAN FISIK <table border="1"><tr><td>Kepala</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Abnormal</td></tr><tr><td>Leher</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Abnormal</td></tr><tr><td>Mulut</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Abnormal</td></tr><tr><td>Paru</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Abnormal</td></tr><tr><td>Genitalia</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Abnormal</td></tr><tr><td>Mata</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Abnormal</td></tr><tr><td>THT</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Abnormal</td></tr><tr><td>Jantung</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Abnormal</td></tr><tr><td>Abdomen</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Abnormal</td></tr><tr><td>Ektremitas</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Abnormal</td></tr></table> Status gizi (Pediatrik) ☐ Gizi buruk ☐ Gizi cukup ☐ Gizi lebih Pemeriksaan gigi ☐ caries ☐ infeksi ☐ karang gigi ☐ lain _____	Kepala	☐ Normal	☐ Abnormal	Leher	☐ Normal	☐ Abnormal	Mulut	☐ Normal	☐ Abnormal	Paru	☐ Normal	☐ Abnormal	Genitalia	☐ Normal	☐ Abnormal	Mata	☐ Normal	☐ Abnormal	THT	☐ Normal	☐ Abnormal	Jantung	☐ Normal	☐ Abnormal	Abdomen	☐ Normal	☐ Abnormal	Ektremitas	☐ Normal	☐ Abnormal	DIAGNOSIS AWAL Kategori asesmen awal rawat jalan ☐ Pasien baru, ☐ Pasien dengan diagnosis baru, Pasien dengan kunjungan kedua yang jarak waktu lama sesuai regulasi. Asesmen awal harus diperbaharui, ceklist dibawah ini: ☐ ≥ 1 bulan diagnosis akut ☐ 3 bulan pada penyakit yang kronis. Rencana (Edukasi, diagnostic, terapi, rujukan) PENUNJANG: ☐ Labor ☐ Radiologi ☐ EKG ☐ USG ☐ _____ ☐ _____ TERAPI Dirujuk ke ☐ Ahli gizi klinik ☐ Rehabilitasi Medik ☐ Tim nyeri ☐ Lain-lain _____ ☐ Poli spesialis _____
Kepala	☐ Normal	☐ Abnormal																													
Leher	☐ Normal	☐ Abnormal																													
Mulut	☐ Normal	☐ Abnormal																													
Paru	☐ Normal	☐ Abnormal																													
Genitalia	☐ Normal	☐ Abnormal																													
Mata	☐ Normal	☐ Abnormal																													
THT	☐ Normal	☐ Abnormal																													
Jantung	☐ Normal	☐ Abnormal																													
Abdomen	☐ Normal	☐ Abnormal																													
Ektremitas	☐ Normal	☐ Abnormal																													

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



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

Persiapan : (isi pada kotak tanda v yang tersedia sesuai data anamnesa)

Data pasien : Tinggal bersama : ☐ Anak ☐ Orang tua ☐ Sendiri ☐ Suami/ Istri
Edukasi diberikan kepada : ☐ pasien ☐ Orang tua (ayah dan ibu) ☐ Keluarga (Suami/ istri/ kakak/ adik)
Bahasa : ☐ Indonesia ☐ Inggris ☐ Daerah ☐ lain-lain.....
Pendidikan pasien : ☐ SD ☐ SLTP ☐ SLTA ☐ S1 ☐ Lain- lain.....
Baca dan tulis : ☐ baik ☐ Kurang, Pilihan cara belajar: ☐ Verbal ☐ Tulisan, Kepercayaan lain /budaya / Suku/ Etnis

Hambatan :

- ☐ 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 faktor 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

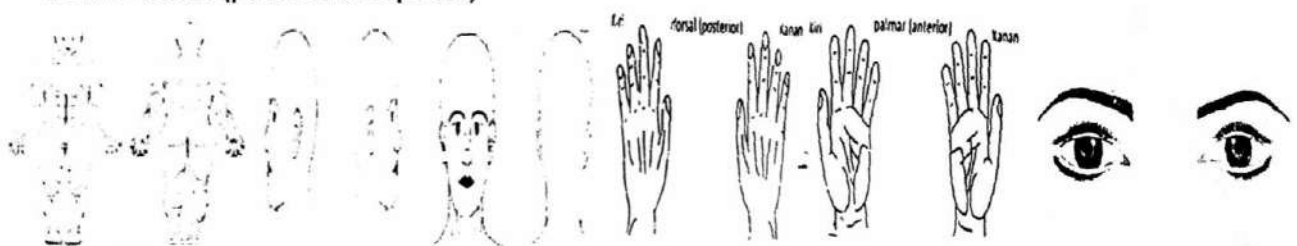
EDUKASI

Tgl/ jam Edukasi	Materi Edukasi Sesuai kebutuhan (tulis nomor diatas)	Kode Leaflet	Lama Edukasi (mt)	Hasil verifikasi	Tgl Reeducasi/ Redemonstrasi	TTD dan Nama jelas	
						Pemberi Edukasi	Pasien/ kelg
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	Dokter	
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	Perawat	
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	PPA lain	
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	PPA lain	

Asesmen tambahan :Kelompok khusus (diisi oleh DPJP/ operator)

Jika pasien dilakukan tindakan operasi langsung ke kamar operasi tanpa melalui rawat inap/ Khusus pasien ODC (One Day Care) lakukan pengkajian dibawah ini :

Status Lokalis (penandaan operasi)



Tanggal/ Jam :.....
Nama dan tanda tangan
Perawat/ bidan yang melakukan pengkajian

Tanggal/ Jam :.....
Nama dan tanda tangan
DPJP yang melakukan pengkajian

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 Solek Telp. (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmohammadsir.sumbarprov.go.id
email: rsudmohammadsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

PENGKAJIAN ULANG PASIEN TERINTEGRASI RAWAT JALAN

TGL/ JAM BEROBAT	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ 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)

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.rsudmohammadnatsir.sumbareprov.go.id
email: rsud.mohammadnatsir@sumberbarprov.go.id



--	--	--	--	--	--	--	--

No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

RIWAYAT PASIEN RAWAT JALAN OUTPATIENT SUMMARY

Poli Asal (Pertama) :
Alergi Obat/ Drug Allergy) : ☐ Tidak Ada ☐ Ada, yaitu :

No	Tanggal	Diagnosa Penting	Terapi/ Tindakan	Riwayat Tindakan/ Prosedur Bedah yang lalu	Riwayat Rawat Inap	Informasi Penting/ Anjuran	Tandatangan (DPJP)

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

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

RM.RJ 03/Rev. 01.2019/RM. RJ 10



PENERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rimbuto Kota Solok Telp (0755) 70001 Faks (0755) 70003
Website: www.rsudmohammatsir.sumbarpov.go.id
email: rsud.mohammatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

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			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐		Dokter spesialis DPJP	
2			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐		Dokter umum penerima limbah tugas	
3			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐		Perawat/ Bidan	
4			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐		Apoteker	
5			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐		Ahli Gizi	
6			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐		Phisioterapis	
7			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐			
8			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐			

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.rsudmnsir.sumbarprov.go.id

No Rekam Medis

Nama Pasien :

Tanggal Lahir :

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT JALAN GIGI

(dilengkapi dalam waktu 2 jam pertama pasien masuk ruang rawat jalan /Cluster)

Pengkajian : Tanggal _____ Jam _____

Pengkajian diperoleh dari : ☐ Pasien (Auto anamnesa) ☐ Keluarga (Alloanamnesa)

Diisi oleh Dokter gigi .

PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan Intra Oral : _____

Muka : Simetris/Tidak simetris

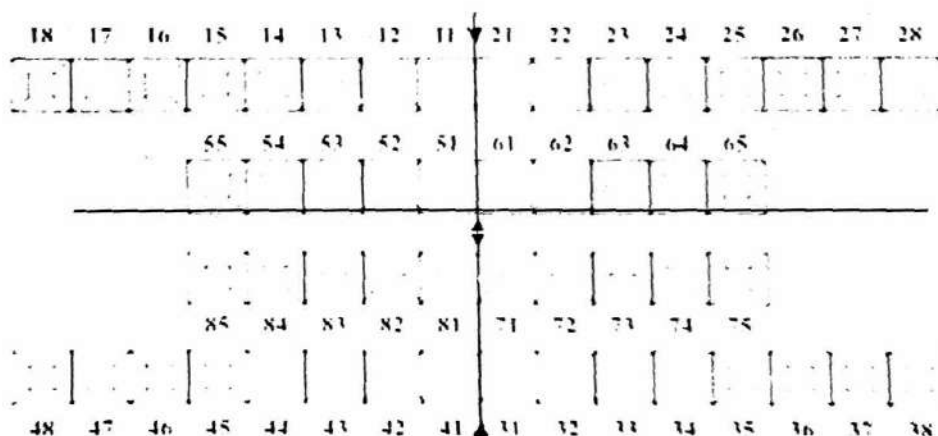
Kelenjer limfe : Kanan : Teraba/Tidak Teraba Kiri : Teraba/Tidak Teraba

Keras/Lunak
Sakit/Tidak Sakit

Keras/Lunak
Sakit/Tidak sakit

Pemeriksaan Intra Oral : _____

Pemeriksaan Gigi Geligi _____



2. Pemeriksaan Penunjang ☐ Laboratorium :

☐ Radiologi :

☐ Fisioterapi

3. Kesimpulan :

4. Rekomendasi

:

Solok,20

Drg.....

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.sumbaprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI RAWAT JALAN PSIKIATRI/ JIWA
(dilengkapi dalam waktu 2 jam pertama pasien masuk ruang rawat jalan /Cluster)

Pengkajian : Tanggal Jam
Pengkajian diperoleh dari : ☐ Pasien (Auto anamnesa)

☐ Keluarga (Alloanamnesa)

Diisi oleh Dokter.

Nama Ayah : Nama ibu : Nama Suami/Istri :	2. Emosi : a. Mood : b. Afek : c. Kecerdasan :
Riwayat Psikiatri : a. Keluhan Utama	3. Gangguan Persepsi :
b. Riwayat Penyakit Sekarang	4. Pikiran : a. Proses pikir : b. Isi Pikir : c. Preokupasi/obsesi : 5. Kesadaran dan Kognisi a. Taraf Kesadaran : b. Orientasi : c. Daya Ingat : d. Konsentrasi : e. Perhatian : f. Kemampuan baca & tulis g. Kemampuan Visiospasial : h. Pikiran Abstrak : i. Intelegensi : j. Kemampuan Menolong diri
c. Riwayat Penyakit Dahulu	6. Pengendalian Impuls : 7. Daya nilai/Tilikan : 8. Taraf dapat dipercaya : Diagnosis Multiaksial : Axis I : Axis II : Axis III : Axis IV : Axis V :
d. Riwayat Medis/Fisik/Napza	Terapi
e. Status Mental 1. Deskripsi Umum a. Penampilan : b. Perilaku dan aktivitas motorik : c. Sikap Terhadap Terapis d. Pembicaraan	Solok,.....20 Jam:..... Dokter Spesialis Jiwa : (.....)

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 Rambli Kota Solok Telp. (0755) 20033 Faks. (0755) 20003
Website: www.rsudmohammatsumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT JALAN KEBIDANAN

(dilengkapi dalam waktu 2 jam pertama pasien masuk ruang rawat jalan / Cluster)

Pengkajian : Tanggal Jam

Pengkajian diperoleh dari : ☐ Pasien (Auto anamnesa) ☐ Keluarga (Alloanamnesa)

A. Riwayat Kehamilan, persalinan (diisi oleh bidan)

- Riwayat Haid : Menarche : Th Siklus : hr ☐ Teratur ☐ Tidak
Disminorhoea : ☐ ya ☐ Tidak, Jumlah darah haid : ☐ sedikit ☐ normal ☐ banyak
Kehamilan sekarang : G P A Haid terakhir : Taksiran partus :
ANC : x
Imunisasi TT : ☐ Tidak ada ☐ Ada x
Pergerakan anak dalam 24 jam terakhir : x
Palpasi : L I :
L II :
L III :
L IV :
Auskultasi : DJJ : Frekuensi : Irama : ☐ Teratur ☐ Tidak
Intensitas : ☐ Kuat ☐ Sedang ☐ Lemah Mc Donal : cm, TBBJ : gr
- Riwayat menikah
Status perkawinan sekarang ☐ Menikah / Pernikahan ke ☐
Jumlah paritas Jumlah anak orang Usia Menikah pertama th
Jarak kelahiran / persalinan
- Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Yang Lalu

NO	Usia Anak	Usia Kehamilan	Persalinan			Bayi		Nifas		KET
			Jenis	Tempat	Penolong	BB	JK	Lochea	Laktasi	
1										
2										
3										
4										
5										
6										

4. Riwayat KB : ☐ Tidak ada ☐ Ada Jenis :

B. Bila pasien ginekologi (diisi oleh bidan)

- Umur haid pertama kali HPHT
- Riwayat Haid : Menarche : Th Siklus : hr ☐ Teratur ☐ Tidak
- Disminorhoea : ☐ ya ☐ Tidak
- Jumlah darah haid : ☐ sedikit ☐ normal ☐ banyak
- Keputihan : ☐ gatal ☐ bau ☐ warna
- Riwayat penyakit ginekologi yang lalu :

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.raudmnatsir.rsumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

KONDISI PASIEN YANG DILAKUKAN TERMINASI KEHAMILAN (diisi oleh dokter)

➤ Asesmen terminasi kehamilan pada trimester I dan II, Jika ditemukan kelainan medis yang membahayakan ibunya seperti :

- Penyakit Jantung
- Penyakit tiroid
- Hepatitis
- Diabetes Melitus
- Hiperemesis Gravidarum Gr III
-
-

Penyakit tersebut dibahas dulu oleh ahli yang bersangkutan dibawah panduan komite medis untuk menilai resiko ibu jika kehamilan dilanjutkan, Jika membahayakan ibu, maka dilakukan terminasi kehamilan sesuai dengan tindakan obstetri

➤ Asesmen terminasi kehamilan pada trimester III

Sesuai dengan medikasi jika ditemukan kelainan maka dilakukan terminasi pada pasien berikut

- Plasenta Previa
- Solutio Plasenta
- Ketuban Pecah Dini
- Preeklampsia dan Eklampsia
- Kehamilan lewat waktu
- Pertumbuhan janin terhambat
- OligoHidramion
-

Hasil Pemeriksaan khusus (diisi oleh dokter)

- .Pemeriksaan abdomen
- Pemeriksaan Ano genital :
- Pemeriksaan Dalam :
- USG

Tanggal / Jam	Tanggal / Jam	Tanggal / Jam
Bidan yang melakukan pengkajian	PPDS yang melakukan pengkajian (bila ada)	DPJP yang melakukan pengkajian
(.....)	(.....)	(.....)

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



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT JALAN MATA

(dilengkapi dalam waktu 2 jam pertama pasien masuk ruang rawat jalan /Cluster)

Pengkajian : Tanggal Jam

Pengkajian diperoleh dari : ☐ Pasien (Auto anamnesa) ☐ Keluarga (Alloanamnesa)

Diisi oleh Dokter.

1. Anamnesa

Keluhan utama :

Penyakit sekarang :

2. Pemeriksaan Fisik



Mata Kanan (Right Eye)	Parameter	Mata Kiri (Left Eye)
	Visus Sebelum koreksi (Visual Acuity)	
	Pemeriksaan Kaca mata lama dengan Lensometer	
	Auto Refraktometer	
	Koreksi (Corection)	
	Adisi (addition)	
	Pupil Distance	
	Visus Setelah di koreksi	
	Kelopak Mata (Eyelid)	
	Konjungtiva (Conjungtiva)	

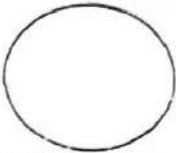
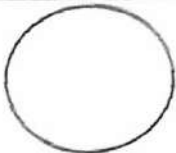
Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rengas Kota Sukoh Telp. (0755) 20903 Faks. (0755) 20903
Website: www.rsudmohammadnatsir.sumsbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

	Kornea (Cornea)	
	Bilik Mata Depan (COA)	
	Iris	
	Pupil	
	Lensa (Lens)	
	Vitreus	
	Fundus	
	Posisi Bola Mata	
	TIO	
	Keratometri	
	Biometri	
	Gerakan Bola Mata (Eye Movement)	
	Persepsi Warna (Color Perception)	
	Lapang Pandang (Visual Field)	

Diagnosa :

Anjuran :

Solok,
Dokter Spesialis Mata

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbia Kom. Solok Telp. (0775) 20001 Faks: (0775) 20002
Website: www.rsudmohammadnatsir.sumbatprov.go.id
email: rsud.mohammadnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis

Nama Pasien

Tanggal Lahir

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

L/P

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI IGD/ RAWAT JALAN PENYAKIT MENULAR/ INFEKSIUS

(dilengkapi dalam waktu 2 jam pertama pasien masuk ruang IGD / sesuai perubahan kondisi pasien)
(dilengkapi dalam waktu 2 jam pertama pasien masuk ruang rawat jalan/ Cluster)

Tanggal masuk :20..... jam:..... Unit Kerja : IGD/ KLINIK

Pengkajian diperoleh dari : ☐ Pasien Sendiri (Auto anamnesa)

☐ Keluarga, hubungan dengan pasien..... (Alloanamnesa)

Beri tanda ☒ pada ☐ sesuai tempat masuk pasien.

☐ GAWAT DARURAT (diisi oleh dokter)

Skrining Awal

ANAMNESIS(diisi oleh dokter)

Kesimpulan : (Diisi oleh dokter)

Jenis Penyakit menular atau penyakit infeksi ☐ Rabies ☐ Trakoma ☐ Erisipelas ☐ Skabies
☐ Antraks ☐ Gas-gangren ☐ Penyakit pada kaki dan mulut ☐ TB Paru ☐ HIV-AIDS
☐ HIV/ TB ☐ Varicella ☐ Difteri ☐ Influenza ☐ Variola ☐ Morbili ☐ Meningitis
☐ Demam skarlet ☐ Flu Burung SAR ☐ Ebola ☐ Infeksi Menular Seksual (IMS): Sifilis,
gonorrhoe ☐ Malaria ☐ Demam Dengue ☐ Cacingan ☐ Penyakit kulit ☐ Tetanus
☐ Diare aktif ☐ _____ ☐ _____

Tindak Lanjut : Ditempatkan di ruang isolasi IGD ☐ Tidak ☐ ya, alasan _____
Atau dipindahkan ke ruang isolasi khusus ☐ rawat Inap _____
☐ Ruang MDR/ TB _____

Diare aktif periksa : ☐ clostridium difficile / ☐ Staphylococcus aureus yang
resisten terhadap terhadap methicillin
Dirujuk Ke RS Lain _____

Tanggal / Jam

Dokter jaga yang melakukan pengkajian

(.....)

☐ RAWAT JALAN (diisi oleh dokter)

Pasien Masuk Rawat jalan setelah dilakukan konsul ke poli spesialis _____

ANAMNESIS(diisi oleh dokter)

Tindak Lanjut Medis:

Kesimpulan :

Ditempatkan di ruang isolasi ☐ Tidak ☐ ya, _____
☐ Ruang MDR/ TB _____

Atau dipindahkan ke ruang isolasi khusus ☐ rawat Inap _____

Yang dilakukan perawat/ bidan di klinik.....

☐ Perawat melampirkan format skrining pasien rawat jalan dan cek penggunaan masker

☐ Khusus pasien TB/ TB MDR tempatkan di ruang tunggu khusus.

Tanggal / Jam

Perawat yang melakukan pengkajian

Tanggal / Jam

DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

(.....)

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 Seleak Telp. (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmatsir.sumbaprov.go.id
email: rsud.matsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Asesmen tambahan : Kelompok khusus
Lanjutkan pengisian rawat inap Setelah dari IGD/ Rawat jalan

~~X~~ **PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI RAWAT INAP
PENYAKIT MENULAR/ INFEKSIUS**

Tanggal masuk : 20..... jam:..... Unit Kerja :

ANAMNESIS(diisi oleh dokter)

Pengkajian diperoleh dari : ☐ Pasien Sendiri (Auto anamnesa)

☐ Keluarga, hubungan dengan pasien..... (Alloanamnesa)

KELUHAN UTAMA (diisi oleh dokter)

PEMERIKSAAN MULTI ORGAN (diisi oleh dokter)

Keadaan Umum :

HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG KHUSUS (dicantumkan oleh dokter)

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

Diagnosa sementara :

Diagnosa Diferensial

Penatalaksanaan

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

Kebutuhan Edukasi Khusus ruang isolasi yaitu

☐ Pengertian tanda dan gejala TB, pencegahan dan peraturan ruang isolasi

☐

☐

☐

Kesediaan Pasien dan/ atau Keluarga menerima Informasi dan Edukasi : ☐ Ya ☐ Tidak

Tanda tangan dan nama jelas

Tanggal / Jam

Perawat yang melakukan pengkajian

Tanggal / Jam

DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

(.....)

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.rsudmohammadnatsir.sumbatprov.go.id
email: rsud.mohammadnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir : L/P
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI DI IGD/ RAWAT JALAN SISTEM IMUN TERGANGGU

(dilengkapi dalam waktu 2 jam pertama pasien masuk ruang IGD / sesuai perubahan kondisi pasien)
(dilengkapi dalam waktu 2 jam pertama pasien masuk ruang rawat jalan/ Cluster)

Tanggal masuk :20..... jam:..... Unit Kerja : IGD/ KLINIK

Pengkajian diperoleh dari : ☐ Pasien Sendiri (Auto anamnesa)

☐ Keluarga, hubungan dengan pasien..... (Alloanamnesa)

Beri tanda ☒ pada ☐ sesuai tempat masuk pasien.

☐ GAWAT DARURAT (diisi oleh dokter)

Skrining Awal

ANAMNESIS(diisi oleh dokter)

Kesimpulan : (Diisi oleh dokter)

Jenis Penyakit gangguan autoimun ☐ Lupus ☐ Rheumatoid arthritis ☐ Multiple sclerosis (MS)
☐ Sindrom Guillain-Barre ☐ Diabetes melitus tipe 1 ☐ Psoriasis
☐ Penyakit Graves ☐ Hashimoto ☐ Myasthenia gravis (MG) ☐ Vaskulitis
☐ HIV/ AIDS ☐ ☐ ☐

Tindak Lanjut : Ditempatkan di ruang _____ alasan _____
Atau dipindahkan ke ruang Isolasi khusus ☐ rawat Inap _____
☐ _____

Dirujuk Ke RS Lain _____

Tanggal / Jam

Dokter jaga yang melakukan pengkajian

(.....)

☐ **RAWAT JALAN** (diisi oleh dokter)

Pasien Masuk Rawat jalan setelah dilakukan konsul ke poli spesialis _____

ANAMNESIS(diisi oleh dokter)

Tindak Lanjut Medis:

Kesimpulan :

Jenis Penyakit gangguan autoimun ☐ Lupus ☐ Rheumatoid arthritis ☐ Multiple sclerosis (MS)
☐ Sindrom Guillain-Barre ☐ Diabetes melitus tipe 1 ☐ Psoriasis
☐ Penyakit Graves ☐ Hashimoto ☐ Myasthenia gravis (MG) ☐ Vaskulitis
☐ HIV/ AIDS ☐ ☐ ☐

Ditempatkan di ruang isolasi ☐ Tidak ☐ ya, _____

Acc dirawat inap dengan alasan : _____

Dirujuk ke RS lain :

Khusus pasien suspect/ dengan HIV/AIDS langsung dikirim klinik VCT

Dirawat di rawat inap di ruang : _____

Tanggal / Jam

Perawat yang melakukan pengkajian

Tanggal / Jam

DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

(.....)

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 Bolek Telp. (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmatsir.sumbapro.go.id
email: rsud.matsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

L/P

Nama Pasien :

Tanggal Lahir

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

Lanjutkan pengisian rawat inap Setelah dari IGD/ Rawat jalan

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI RAWAT INAP SISTEM IMUN TERGANGGU

Tanggal masuk : 20 jam: Unit Kerja :

ANAMNESIS(diisi oleh dokter)

Pengkajian diperoleh dari : ☐ Pasien Sendiri (Auto anamnesa)

☐ Keluarga, hubungan dengan pasien..... (Alloanamnesa)

KELUHAN UTAMA (diisi oleh dokter)

PEMERIKSAAN MULTI ORGAN (diisi oleh dokter)

Kadaan Umum :

HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG KHUSUS (dicantumkan oleh dokter)

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

Diagnosa sementara :

Diagnosa Diferensial

Penatalaksanaan

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

Kebutuhan Edukasi Khusus ruang isolasi yaitu

☐ Pengertian tanda dan gejala, pencegahan dan peraturan ruang khusus

☐

☐

☐

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

Tanda tangan dan nama jelas

Tanggal / Jam

Perawat yang melakukan pengkajian

Tanggal / Jam

DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

(.....)

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.rsudmohammadsir.sumbarpv.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

OBSERVASI HEMODIALISIS

Pengkajian : Tanggal Jam

Pengkajian diperoleh dari : ☐ Pasien (Auto anamnesa) ☐ Keluarga (Alloanamnesa)

Diisi maksimal 10 menit pre-HD (beri tanda ✓ pada ☐ pilihan)

Dx. Medis : Jam
No. Mesin : Riwayat Alergi obat :
Hemodialisis ke- : Cara bayar : BPJS ☐ PBI ☐ Non PBI ☐
Tipe dialiser N/R :

1. PENGKAJIAN KEPERAWATAN :

Keluhan utama : ☐ sesak nafas ☐ mual, muntah ☐ gatal ☐ lain-lain :
Skala nyeri : (Wong baker faces & Numeric / VAS)
☐ Tidak nyeri ☐ Nyeri ringan 1-3 ☐ Nyeri sedang 4-6 ☐ Nyeri Berat 7-10
☐ 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 :
Tindak lanjut nyeri : ☐ Edukasi ☐ Intervensi ☐ Konsul ke

2. Pemeriksaan Fisik

Kondisi umum : ☐ Baik ☐ sedang ☐ buruk ☐ lain-lain :
Kesadaran : ☐ Compos mentis ☐ Apatis ☐ Delirium ☐ spoor ☐ coma ☐
Tekanan darah : mmHg MAP : suhu : C
Nadi : ☐ regular ☐ irregular ☐ frekuensi : x/mnt
Respirasi : ☐ normal ☐ kusmaul ☐ dispnea ☐ edema paru/ ronchi ☐ Frek :
Konjungtiva : ☐ tidak anemis ☐ anemis ☐ lain-lain :
Ekstremitas : ☐ tidak edema/ tidak dehidrasi ☐ dehidrasi ☐ edema ☐ edema anasarka
☐ pucat & dingin.
Berat badan : Pre HD kg, BB post HD yll kg, BB kering kg, post HD : kg
Akses vaskuler : ☐ AV -fistula ☐ femoral ☐ HD kateter : as ub clavia ☐ jugular ☐ femoral
☐ Lokasi : kanan/ kiri.

3. Resiko jatuh (skala jatuh morse)

Kategori : ☐ Resiko tinggi > 45 ☐ Resiko sedang 25-44 ☐ Resiko ringan < 25

4. Pemeriksaan penunjang (lab, rontgen, lain lain)

5. GIZI (dikaji tiap 3 bulan sekali atau diulangi jika dianggap terjadi perburukan asupan gizi)

- Tanggal : (berdasarkan malnutrition Screening Tool/MST) (cara penilaian terlampir)
- Kesimpulan : ☐ Skor 0-1 : Resiko malnutrisi rendah, ☐ Skor 2-3 : Resiko malnutrisi sedang
☐ Skor 4-5 : Resiko malnutrisi tinggi. Bila skor ≥ 2 atau pasien dengan diagnosa khusus wajib lapor DPJP, disarankan untuk ahli gizi melakukan asupan gizi.

Rekomendasi :

6. RUMAH PSIKOSOSIAL

- Adakah keyakinan/tradisi/budaya yang berkaitan dg pelayanan kesehatan yg akan diberikan ☐ Tidak ☐ ya
- Kendala komunikasi : ☐ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan :
- Yang merawat di rumah : ☐ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan :
- Kondisi saat ini ☐ Tenang ☐ Gelisah ☐ Takut terhadap tindakan : ☐ Marah ☐ Mudah tersinggung

7. DIAGNOSA KEPERAWATAN

☐ 1. Kelebihan volume cairan ☐ 4. Penurunan curah jantung ☐ 7. Ggn keseimbangan asam basa :
☐ 2. Gangguan perfusi jaringan ☐ 5. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh ☐ 8. Ggn rasa nyaman : nyeri :
☐ 3. Gangguan keseimbangan elektrolit ☐ 6. Ketidakpatuhan terhadap : ☐ 9. :

INTERVENSI KEPERAWATAN (rekapitulasi pre-intra dan post HD):

- ☐ Monitor berat badan, intake output
- ☐ Atur posisi pasien agar ventilasi adekuat
- ☐ Berikan terapi oksigen (monitor vital sign) dan mesin
- ☐ Bila pasien mulai hipotensi (mual, muntah, keringat dingin, pusing), kram, hipoglikem berikan cairan sesuai SPO
- ☐ Hentikan HD sesuai indikasi
- ☐ kaji kemampuan pasien mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan
- ☐ Posisikan supinasi dengan elevasi kepala 30 derajat dan elevasi kaki
- ☐ PENKES : diet, AV shunt
- ☐ Monitor tanda dan gejala infeksi (local dan sistemik)
- ☐ Ganti balutan luka sesuai dengan prosedur
- ☐ Monitor tanda dan gejala hipoglikemik ☐ Lakukan teknik distraksi, relaksasi ☐ :

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

No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Diisi maksimal 10 menit pre-HD (berl tanda ✓ pada □ pilihan)

INTERVENSI KOLABORASI

- ☐ Program HD ☐ Tranfusi darah ☐ Kolaborasi diet ☐ Pemberian Ca. Gluconas ☐ Pemberian Antipiretik
☐ Pemberian analgetik ☐ Pemberian Eritropoetin ☐ Pemberian preparat besi ☐ Obat-obatan emergensi
☐ Pemberian Antibiotika ☐

INSTRUKSI MEDIK

Resep HD ☐ Inisiasi ☐ Akut ☐ Rutin ☐ Pre-op ☐ SLED ☐ TD: .....jam OB: .....ml/mnt OD: ml/m UF/Goal :ml Prog Profiling : ☐ Na: ☐ UF: ☐ Bicarbonat:		Dialisit ☐ Bicarbonat ☐ Conductivity..... ☐ Temperatur.....
Heparinisasi ☐ Dosis Awal .....iu ☐ Dosis Maintenance: Continue..... iu/jam Intermitt iu/jam ☐ LMWH : ☐ Tanpa Heparin, Penyebab.....	TTD dan nama Dokter (.....)	
Catatan Lain :		

TINDAKAN KEPERAWATAN

Obser vasi	Jam	TD	H/R	Eff.BF	UFG	UFR	UF	TBV	Tekanan			Jih HEP	Ket.	Paraf Nama Jelas
									AP	VP	TMP			
Pre HD														
Post HD							Jml					Jml	Balance	
							Td UF							
							ml							

Komplikasi selama HD

- ☐ Masalah akses ☐ Perdarahan ☐ First use-syndrom ☐ Sakit kepala ☐ mual/ muntah ☐ Kram otot
☐ Hiperkalemia ☐ Hipotensi ☐ Hipertensi ☐ Nyeri dada ☐ Anemia ☐ Gatal-gatal ☐ Demam
☐ Mengigil/ dingin ☐ Lain-lain.....

EVALUASI KEPERAWATAN

DISCHARGE PLANNING (gunakan form sedukasi jika diperlukan)

Nama Pasien		Nama dan tanda tangan perawat	
EVALUASI MEDIK			
Obat	Catatan Medis	Ttd & Nama Dokter	

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



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN AYAHAN UMUM DAERAH
RSUD MUHAMMAD NAFIR
Jl. Sempang Runtu Kota Padang Telp. (075) 2131111 Fax. (075) 20001
Website: www.muslimatrasumbarprov.go.id
E-mail: rsud.muslimatrasumbarprov.go.id

No Rekam Medis

Nama Pasien

Tanggal Lahir

(Mawar atau atau lainnya jika ada)

CATATAN WAKTU MASUK & KELUAR

NOMOR		NIK		Dirawat di RS yang ke 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.	
NAMA Tulis Dengan Huruf Cetak				STATUS PERKAWINAN	
ALAMAT				1. Kawin 4. Janda 2. Duda 5. Cerai 3. Belum Kawin	
SUKU BANGSA		AGAMA/KEPERCAYAAN		JENIS KELAMIN NO. HP	
1. Minang 4. Indonesia 2. Jawa 5. Asing 3. Tapanuli 6. Lain2		1. Islam 4. Budha 2. Protestan 5. Lain-lain 3. Hindu		1. Laki-laki 2. Perempuan	
Nama keluarga terdekat/Alamatnya		Tgl. Lahir		PEKERJAAN	
Nama Ayah/ suami Umur :		Kasus Polisi 1. Ya 2. Tidak		UMUR WAKTU MASUK Thn Bln Hr	
Nama Ibu/ Istri Umur :				DIKIRIM OLEH	
Umum Melahirkan Bayi lahir hidup		Asuransi Kesehatan 1. Ya 2. Tidak		Tgl. Masuk Tgl. Bln Thn Jam	
BAGIAN				Tgl. Keluar Tgl. Bln Thn Jam	
1. Bedah/Orthopedi/ 6. THT/ Mata 12. PICU 2. Bedah Mulut 7. Pusako 13. NICU 3. Penyakit Dalam 8. Serunai 14. Anak 4. Jiwa/ Psikiatri 9. Neurologi 15. Paru 5. Kebidanan 10. ICU 6. perinatologi 11. CVCU				LAMA DIRAWAT HARI PERAWATAN	
SEBAB DIRAWAT				Dokter jaga/ Klinik	
				Nama & Tanda tangan	
JANGAN MENULIS DENGAN HURUF CETAK DAN JANGAN DI SINGKAT		DIAGNOSA UTAMA (26-29)			
		KOMPLIKASI (32-35)			
		DIAGNOSA TAMBAHAN (40-43)			
		OPERASI I Tgl. Operasi			
		OPERASI II Tgl. Operasi			
Pindah ke bangsal		Tgl.			
KEADAAN KELUAR :				CARA KELUAR	
1. Sembuh 4. Meninggal sebelum 48 jam 2. Perbaikan 5. Meninggal sesudah 48 3. Lain-lain				1. Atas Persetujuan 2. Pulang paksa 3. Pindah RS lain 4. Lain 5. Meninggal	
MENINGGAL		Autopsi Tanpa Autopsi			
Penderita Alergi akan :					
				Nama & Tanda tangan DPJP	



SEBAB KEMATIAN

I a. Penyakit atau keadaan langsung Mengakibatkan kematian b. Penyakit-penyakit (bila ada) yang menjadi lantaran timbulnya sebab kematian tsb. Pada a. dengan menyebut penyakit yang menjadi pokok pangkal terakhir	a. Penyakit tersebut dalam ruang a disebabkan oleh (atau akibat dari) : b. Penyakit tsb dalam ruang b disebabkan oleh (atau akibat dari) : c.	Lamanya (kira-kira) mulai sakit hingga meninggal dunia
II Penyakit-penyakit lain yang berarti dan Mempengaruhi pula kematian itu, Tetapi tidak ada hubungan dengan penyakit	Disamping penyakit-penyakit tersebut di atas dapat pula penyakit :	

Keterangan khusus untuk :

I. MATI KARENA RUDA PAKSA (violent deat)

- a. Minum ruda paksa
b. Cara kejadian ruda paksa
c. Sifat jelas (kerusakan tubuh)

a. bunuh diri-pembunuhan-kecelakaan

- b.
.....
.....

LAHIRAN MATI (ISTILBIRIN)

Apakah janin lahir mati.....Ya/ Tidak

Sebab kelahiran mati.....

PERSALINAN, KEHAMILAN

- a. Apakah ini peristiwa persalinan.....Ya/ Tidak
b. Apakah ini peristiwa kelahiran.....Ya/ Tidak

IV. OPERASI

- a. Apakah dialami operasi.....Ya/ Tidak
b. Jenis operasi.....Ya/ Tidak

Solok,
Yang memberikan keterangan sebab kematian

(.....)
Tanda tangan dan nama Jelas

	PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RSUD MOHAMMAD NATSIR Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp. (0755) 20826-20827 Fax (0755) 20003 Website: www.rsudmnatsir.sumbareprov.go.id E-mail: rsudmnatsir@sumbarprov.co.id	No. Rekam Medis :
		Nama Pasien : L/P
		Tanggal Lahir :
	(Mohon diisi atau stempel jika ada)	

RINGKASAN KELUAR (RESUME)

DPJP :	TGL MASUK :
KLS RAWATAN :	TGL KELUAR :

INDIKASI PASIEN DIRAWAT :

ANAMNESIS :
RIWAYAT PENYAKIT :

PEMERIKSAAN FISIK :

PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK :

DIAGNOSA UTAMA :
KOMORBIDITAS LAINNYA :

TINDAKAN DIAGNOSTIK / PROSEDUR TERAPI :
OPERASI :

PERKEMBANGAN SELAMA PERAWATAN/ DENGAN KOMPLIKASI (JIKA ADA) :

OBAT YANG DIBERIKAN SELAMA RAWAT INAP :

OBAT YANG DIGUNAKAN DIRUMAH :

WAKTU KONTROL ULANG :
KONDISI PASIEN SAAT PULANG :
STATUS PASIEN SAAT PULANG :

INSTRUKSI TINDAK LANJUT :

PENGobatan DILANJUTKAN DIBERI TANDA ✓ PADA KONTAK

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

INSTRUKSI TINDAK LANJUT SUDAH DIJELASKAN KEPADA PASIEN

TTD PASIEN / KELUARGA Solok, Jam

TTD DOKTER PENANGGUNG JAWAB

(.....)

Lembar 1 : Pasien
Lembar 2 : Rekam Medis
Lembar 3 : Pertinggal

(.....)

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.sumbatprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Tanggal masuk ruang rawat 20 jam : Unit Kerja :

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

IDENTITAS KELUARGA (diisi oleh perawat)

Nama Ayah : Umur : Pekerjaan : Nama Ibu : Umur :

ANAMNESIS (diisi oleh dokter)

Pengkajian diperoleh dari : ☐ Pasien Sendiri (Auto anamnesa)

☐ Keluarga, hubungan dengan pasien (Alloanamnesa)

KELUHAN UTAMA (diisi oleh dokter)

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG (diisi oleh dokter)

(diisi oleh dokter)

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU (termasuk riwayat rawat inap/ riwayat operasi bl/th)	
1) Pernah dirawat sebelumnya ☐ ya : ☐ tidak -Alasan dirawat : - Lama dirawat :	2) Pernah Operasi : ☐ ya ☐ Tidak -jenis operasi : -waktu operasi:
3) Jenis Imunisasi : 1.BCG :x 2.Polio :x 3.DPT :x 3.Hepatitis :x 4.Campak :x	

(diisi oleh dokter)

RIWAYAT KEHAMILAN DAN KELAHIRAN	
A. Riwayat kehamilan :	
B. Riwayat persalinan :	
☐ SC ☐ Norma ☐ Vacuum / forsep	
☐ Cukup bulan BB gr, panjang cm	
☐ Kurang bulan BB gr, panjang cm	

RIWAYAT PENGOBATAN :

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA (termasuk penyakit keturunan, penyakit menular dalam keluarga)

KEDUDUKAN ANAK DALAM KELUARGA (diisi oleh dokter)

NO	NAMA	JK		UMUR	KEADAAN SEKARANG			KET
		L	P		SEHAT	SAKIT	MATI	

Riwayat penyakit keturunan/menular : ☐ jantung ☐ Epilepsi ☐ hepatitis ☐ hipertensi ☐ Lain

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)

(Sensorik, kognitif, motorik.) 1. Alat bantu : 2. Prothesis : 3. Cacat Tubuh :

ADL: ☐ Mandiri ☐ Dibantu Bila terdapat gangguan fungsional, pasien di rujuk ke Rehabilitasi Medis melalui DPJP

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.rsudmohammadsir.sumbarprov.go.id
email: rsud_mohammadsir@sumbarprov.go.id

No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

SKRINING NYERI (diisi oleh perawat). "Numeric Rating Scale (NRS)" & " Wong Baker Faces Pain rating Scale "



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, tertekan, dalam, permukaan, dll). **Radiation** : Apakah, pucat, nafas pendek, sesak, tanda vital abnormal, dll). **Time** : Kapan

☐ 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 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
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
b.	Ya	1
	Total skor	
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 kebidanan, pasien anak dan lain-lain (sebutkan).....	Ya ☐ Tidak ☐

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

PENGKAJIAN KULIT (diisi oleh perawat)

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

Resiko dekubitus
☐ Ya ☐ Tidak
Terdapat luka ☐ ya ☐ tdk

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

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

Jumlah Total Skor Braden.....

Terlampir formulir pemeriksaan kelompok khusus (asesmen tambahan) :
☐ Ya ☐ Tidak



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 :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

SKRINING RESIKO CEDERA / JATUH (diisi oleh perawat)

Ambil format asesmen awal dan ulang resiko jatuh humpy dumpty. Diberitahukan ke dokter ☐ ya, jam... ☐ Tdk

PEMERIKSAAN MULTI ORGAN (diisi oleh dokter)

- Keadaan Umum :
- Kulit dan Selaput Lendir :
- Kelenjer Getah Bening :
- Kepala :
- Leher :
- Jantung dan Pembuluh Darah
- Paru-paru :
- Perut :
- Genitalia :
- Anggota Gerak :

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.

- DIAGNOSA SEMENTARA :
- DIAGNOSA DIFFERENSIAL
- PENATALAKSANAAN :

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.rsudmohammadsir.sumbareprov.go.id
email: rsud.mohammadsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

REKONSILIASI OBAT (diisi oleh Dokter, diinformasikan kepada Farmasi sebelum peresepan obat pertama)
Informasi harus diberikan kepada farmasi 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 sebelum 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						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
2						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
3						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
4						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
5						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
6						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	

Diketahui oleh farmasi : Nama : Tanggal dan tanda tangan :

PENGKAJIAN PSIKOLOGIS, SOSIAL, EKONOMI, SPIRITUAL (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
☐ 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 :
Hubungan : Nomor Telepon :

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)
Bahasa : ☐ Indonesia ☐ Inggris ☐ Daerah ☐ lain-lain Kebutuhan penterjemah : ☐ Ya ☐ Tidak
Pendidikan pasien : ☐ SD ☐ SLTP ☐ SLTA ☐ S1 ☐ Lain- lain
Baca dan tulis : ☐ baik ☐ Kurang
Kepercayaan lainnya /budaya / Suku/ Etnis : Pilihan cara belajar : ☐ Verbal ☐ Tulisan

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

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.rsudmoatsir.sumbarpov.go.id
email: rsud.moatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

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.....

Tanda tangan dan nama jelas

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

EDUKASI

Tgl/ jam Edukasi	Materi Edukasi Sesuai kebutuhan (tulis nomor diatas)	Kode Leaflet	Lama Edukasi (mt)	Hasil verifikasi	Tgl Reeducasi/ Redemonstrasi	TfD dan Nama jelas	
						Pemberi Edukasi	Pasien/ kelg
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	Dokter	
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	Perawat	
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	Apoteker	
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	Ahli gizi	
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	Fisioterapist	

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 ☐ Inkontinensia defekasi
☐ Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan ☐ Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan
☐ Resiko ketidakseimbangan kadar glukosa darah ☐ Gangguan menelan ☐ Kurang pengetahuan tentang diet ☐ Keletihan ☐ Gangguan pola tidur ☐ Insomnia ☐ Deprivasi tidur
☐ Kesiapan meningkat tidur ☐ Ancietas ☐

PERENCANAAN PULANG/ DISCHARGE PLANNING (Diisi oleh perawat)

KOMPONEN PENILAIAN	YA	TIDAK	KET	KOMPONEN PENILAIAN	YA	TIDAK	KET
a. Perlu pelayanan home care				e. Dirujuk ke komunitas ttt			
b. Perlu pemasangan implant				f. Dirujuk ke tim terapis			
c. Penggunaan alat bantu				g. Dirujuk ke ahli gizi			
d. Telah dilakukan pemesanan alat				h. Lain-lain			

RENCANA PERAWATAN INTERDISIPLIN / REFERRAL

1. Diet dan nutrisi ☐ Ya ☐ Tidak
2. Rehabilitasi Medik ☐ Ya ☐ Tidak
3. Farmasi ☐ Ya ☐ Tidak
Tanggal / Jam
Perawat/ bidan yang melakukan pengkajian
4. Wound Care ☐ Ya ☐ Tidak
5. Pain Managemen ☐ Ya ☐ Tidak
6. Kriteria Discharge Planning ☐ Ya ☐ Tidak
Tanggal / Jam
DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

(.....)



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.sumbatprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbatprov.go.id



No Rekam Medis

Nama Pasien

Tanggal Lahir

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Ruang

Tgl Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Nama Ttd
	Gangguan mobilitas fisik b/d ☐ Perubahan metabolisme selular ☐ Ansietas ☐ Gangguan kognitif ☐ Konstraktur ☐ Fisik tidak bugar ☐ Penurunan ketahanan tubuh ☐ Penurunan kendali otot ☐ Penurunan masa otot ☐ Malnutrisi ☐ Gangguan musculoskeletal ☐ Gangguan neuromuscular, nyeri ☐ Penurunan kekuatan otot ☐ Keadaan mood depresif ☐ Keterlambatan perkembangan ☐ Ketidaknyamanan ☐ Disuse, Kaku sendi ☐ Kerusakan integritas struktur tulang ☐ Program pembatasan gerak ☐ Keengganan memulai pergerakan Data Subyektif : ☐ Anggota gerak kaku, lemah, baal ☐ Tremor ☐ Kelumpuhan ☐ Pusing ☐ Kesemutan ☐ Nyeri untuk mobilitas Data Obyektif : ☐ Akral Dingin ☐ Perubahan tingkat kesadaran ☐ Kejang ☐ Mobilitas dibantu ☐ Hemiplegia / hemiparese ☐ Tetraplegia/ tetraparese ☐ Hambatan komunikasi ☐ Kesadaran:..... ☐ Tanda Vital - TD:.....mmHg - Nadi :..... x / i - RR : x / l - Suhu :.....C ☐ GCS - E..... M..... V..... ☐ Hasil pemeriksaan labor..... ☐ Kekuatan Otot.....	Mobilitas Fisik Optimal setelah dilakukan asuhan keperawatan selama .....x24 jam Kriteria Hasil : ☐ Klien meningkat dalam aktifitas fisik ☐ Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas ☐ Memverbalisasi kan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah ☐ Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi (walker) ☐	Exercise Therapy : Ambulation ☐ Monitoring vital sign sebelum/ sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan ☐ Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan ☐ Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cidera ☐ Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi ☐ Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi ☐ Latih pasien dalam pemenuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan ☐ Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien ☐ Berikan alat bantu jika klien memerlukan ☐ Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Pemeriksaan Laboratorium ☐ Konsultasi - Lain-lain.....	



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
KEMENTERIAN KEMUKHAMATAN UMUM DAERAH

Di Simpang
We

Form 79 Revisi

Tanggal Pelaksanaan

No Rekam Medis :

Nama Pasien :

Tanggal Lahir :

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

NURSING CARE PLAN (NCP) CHECKLIST

TANGGAL :

SHIFT	.....	.....	.....
Masalah	☐	☐	☐
Kesehatan	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
Tanda-tanda Vital	Tekanan darah ☐ Tiap Jam ☐ 2 Jam ☐ 4 Jam	Tekanan darah ☐ Tiap Jam ☐ 2 Jam ☐ 4 Jam	Tekanan darah ☐ Tiap Jam ☐ 2 Jam ☐ 4 Jam
	Suhu ☐ Tiap Jam ☐ 2 Jam ☐ 4 Jam	Suhu ☐ Tiap Jam ☐ 2 Jam ☐ 4 Jam	Suhu ☐ Tiap Jam ☐ 2 Jam ☐ 4 Jam
	Pernafasan ☐ Tiap Jam ☐ 2 Jam ☐ 4 Jam	Pernafasan ☐ Tiap Jam ☐ 2 Jam ☐ 4 Jam	Pernafasan ☐ Tiap Jam ☐ 2 Jam ☐ 4 Jam
	Nadi ☐ Tiap Jam ☐ 2 Jam ☐ 4 Jam	Nadi ☐ Tiap Jam ☐ 2 Jam ☐ 4 Jam	Nadi ☐ Tiap Jam ☐ 2 Jam ☐ 4 Jam
Pengkajian Nyeri	Skala Nyeri Pengkajian ulang nyeri ☐ Tiap	Skala Nyeri Pengkajian ulang nyeri ☐ Tiap	Skala Nyeri Pengkajian ulang nyeri ☐ Tiap
	Frekuensi nyeri ☐ Tiap Jam ☐ 2 Jam ☐ 4 Jam	Frekuensi nyeri ☐ Tiap Jam ☐ 2 Jam ☐ 4 Jam	Frekuensi nyeri ☐ Tiap Jam ☐ 2 Jam ☐ 4 Jam
	Lokasi	Lokasi	Lokasi
Terapi Oksigen	☐ Ya liter / mt ☐ tidak	☐ Ya liter / mt ☐ tidak	☐ Ya liter / mt ☐ tidak
	☐ Nasal kanul ☐ Simple mask	☐ Nasal kanul ☐ Simple mask	☐ Nasal kanul ☐ Simple mask
	☐ Rebreathing mask ☐ NRM	☐ Rebreathing mask ☐ NRM	☐ Rebreathing mask ☐ NRM
	☐	☐	☐
Terapi Cairan dan Elektrolit	Oral ☐ Ya ☐ Tidak	Oral ☐ Ya ☐ Tidak	Oral ☐ Ya ☐ Tidak
	Batasan Minum ml / 24 jam	Batasan Minum ml / 24 jam	Batasan Minum ml / 24 jam
	IV Live ☐ Ya ☐ Tidak	IV Live ☐ Ya ☐ Tidak	IV Live ☐ Ya ☐ Tidak
	☐ Perifer ☐ CVC ☐	☐ Perifer ☐ CVC ☐	☐ Perifer ☐ CVC ☐
	Tanggal dipasang / /	Tanggal dipasang / /	Tanggal dipasang / /
	☐ Infusion pump ☐ Syringe pump ☐	☐ Infusion pump ☐ Syringe pump ☐	☐ Infusion pump ☐ Syringe pump ☐
NGT	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
	Tanggal dipasang / /	Tanggal dipasang / /	Tanggal dipasang / /
Drain	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
	☐ Chest ☐ Abdomen	☐ Chest ☐ Abdomen	☐ Chest ☐ Abdomen
N-Cath	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
	Pengukuran Urine tiap ☐ jam	Pengukuran Urine tiap ☐ jam	Pengukuran Urine tiap ☐ jam
	Tanggal dipasang : / /	Tanggal dipasang : / /	Tanggal dipasang : / /

Wound Care	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
	Lokasi :	Lokasi :	Lokasi :
	Grade :	Grade :	Grade :
	Dressing :	Dressing :	Dressing :
	Observasi :	Observasi :	Observasi :
	Braden Score :	Braden Score :	Braden Score :
Nutrisi	Oral ☐ Ya ☐ Tidak	Oral ☐ Ya ☐ Tidak	Oral ☐ Ya ☐ Tidak
	Diet :	Diet :	Diet :
	Kalori : kkal Puasa ☐ Ya ☐ Tidak	Kalori : kkal Puasa ☐ Ya ☐ Tidak	Kalori : kkal Puasa ☐ Ya ☐ Tidak
	Total perenteral Nutrition ☐ Ya ☐ Tidak	Total perenteral Nutrition ☐ Ya ☐ Tidak	Total perenteral Nutrition ☐ Ya ☐ Tidak
	Aktifitas Harian	Makan ☐ Mandiri ☐ Dibantu	Makan ☐ Mandiri ☐ Dibantu	Makan ☐ Mandiri ☐ Dibantu
Mandi ☐ Mandiri ☐ Dibantu		Mandi ☐ Mandiri ☐ Dibantu	Mandi ☐ Mandiri ☐ Dibantu
Oral Hygiene ☐ Mandiri ☐ Dibantu		Oral Hygiene ☐ Mandiri ☐ Dibantu	Oral Hygiene ☐ Mandiri ☐ Dibantu
Eliminasi ☐ Mandiri ☐ Dibantu		Eliminasi ☐ Mandiri ☐ Dibantu	Eliminasi ☐ Mandiri ☐ Dibantu
Latihan Fisik		☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
	☐ Pasif ☐ Aktif	☐ Pasif ☐ Aktif	☐ Pasif ☐ Aktif
	Frekuensi kali	Frekuensi kali	Frekuensi kali
Risiko Jatuh	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
	Resiko : Rendah ☐ Sedang ☐ Tinggi Pengkajian ulang resiko jatuh Tiap..... kali	Resiko : Rendah ☐ Sedang ☐ Tinggi Pengkajian ulang resiko jatuh Tiap..... kali	Resiko : Rendah ☐ Sedang ☐ Tinggi Pengkajian ulang resiko jatuh Tiap..... kali
Instruksi Khusus	Timbang Berat Badan :	Timbang Berat Badan :	Timbang Berat Badan :
	Ukur Lingkar Perut	Ukur Lingkar Perut	Ukur Lingkar Perut
	Ukur Urine CCT	Ukur Urine CCT	Ukur Urine CCT
	Jam Mulai :	Jam Mulai :	Jam Mulai :
	Jam Berakhir :	Jam Berakhir :	Jam Berakhir :
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
Lain-lain	Turning Position ☐ Ya ☐ Tidak	Turning Position ☐ Ya ☐ Tidak	Turning Position ☐ Ya ☐ Tidak
	Medikasi	Medikasi	Medikasi
Pengkajian kulit	Indikator Risiko ☐ <10 Resiko Sangat Tinggi ☐ 10 – 12 Resiko Tinggi ☐ 13 – 14 Resiko Sedan ☐ >15 Resiko rendah Jumlah Total Skor Braden..... Resiko dekubitus ☐ Ya ☐ Tidak	Indikator Risiko ☐ <10 Resiko Sangat Tinggi ☐ 10 – 12 Resiko Tinggi ☐ 13 – 14 Resiko Sedan ☐ >15 Resiko rendah Jumlah Total Skor Braden..... Resiko dekubitus ☐ Ya ☐ Tidak	Indikator Risiko ☐ <10 Resiko Sangat Tinggi ☐ 10 – 12 Resiko Tinggi ☐ 13 – 14 Resiko Sedan ☐ >15 Resiko rendah Jumlah Total Skor Braden..... Resiko dekubitus ☐ Ya ☐ Tidak
	Nama & Tanda tangan perawat		
Tanda tangan Keluarga			



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.sumbaprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis : ☐☐☐☐☐☐
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

TINDAKAN HARIAN KEPERAWATAN

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

NO	TINDAKAN KEPERAWATAN	Tanggal.....			Tanggal.....			Tanggal.....		
		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									
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									
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										



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



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Tanggal masuk ruang rawat 20 Jam: Unit Kerja :

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..... (Alloanamnesa)

KELUHAN UTAMA (diisi oleh dokter)

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG (diisi oleh dokter)

(diisi oleh dokter)

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU
(termasuk riwayat rawat inap/ riwayat operasi)
(bulan/ tahun)

(diisi oleh dokter)

RIWAYAT PENGOBATAN

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

☐ Alergi makanan, sebutkan

☐ Alergi lainnya, sebutkan

☐ Tidak diketahui

Reaksi

Reaksi

Reaksi

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)

a. Sensorik

Penglihatan : ☐ Normal ☐ kabur ☐ kacamata ☐ lensa kontak

Penciuman : ☐ Normal ☐ tidak

Pendengaran : ☐ Normal ☐ tuli kanan/kiri ☐ alat bantu dengar kanan/ kiri

b. Kognitif : ☐ orientasi penuh ☐ pelupa ☐ bingung ☐ Tidak dapat dimengerti

c. Motorik : Aktivitas sehari-hari : ☐ Mandiri ☐ bantuan minimal

☐ Bantuan sebagian ☐ Ketergantungan total.

Berjalan : ☐ Tidak ada kesulitan ☐ perlu bantuan ☐ sering jatuh ☐ Kelumpuhan

Alat bantu jalan, sebutkan

Bila terdapat gangguan fungsional, pasien di rujuk ke Rehabilitasi Medis melalui DPJP

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

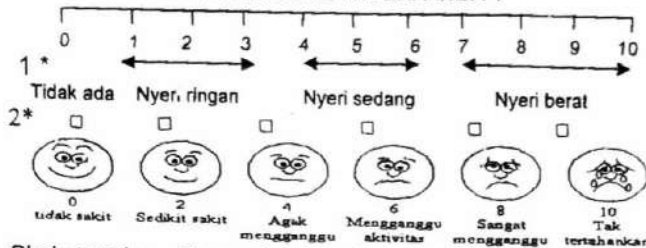


PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp: (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmohammadsir.sumberprov.go.id
email: rsud.mohammadsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

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, tertekan, dalam, permukaan, dll). **Radiation** : Apakah, pucat, nafas pendek, sesak, tanda vital abnormal, dll). **Time** : Kapan

(CPOT) Critical-care Pain Observation Tool	☐ > 60 Tahun COMFORT SCALE
☐ 0 (tidak nyeri)	☐ 9-18 (nyeri terkontrol)
☐ 1-3 (ringan)	☐ 27-35 (sedang)
☐ 4-6 (sedang)	☐ 19-26 (ringan)
☐ 7-10 (berat)	☐ >35 (berat)

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	
	Ya	25	
DIAGNOSA SEKUNDER	Tidak	0	
	Ya	15	
ALAT BANTU YANG DIGUNAKAN	Bed rest	0	
	Kruk, walker	15	
	Berpegangan pada perabot	30	
INTRAVENA LINE	Tidak	0	
	Ya	20	
GAYA BERJALAN	Normal	0	
	Lemah	10	
	Terganggu	20	
KESADARAN	Orientasi baik	0	
	Keterbatasan daya ingat	15	
	TOTAL SKOR	150	

☐ **KATEGORI** beresiko tinggi jatuh diberi gelang warna " kuning "

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

KATEGORI RESIKO JATUH

- ☐ >45
Resiko tinggi
☐ 25 - 44
Resiko Sedang
☐ < 25
Resiko rendah

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
	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
	b. Ya	1
	Total skor	1
3.	Pasien dengan diagnosa khusus : penyakit DM, ginjal kronik, Sirosis Hati, PFOK, HD, kanker, stroke, pneumonia, transplantasi sumsum tulang, cedera kepala berat, luka bakar, pasien kebidanan, pasien anak dan lain-lain (sebutkan).....	☐ Ya ☐ Tidak

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



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



No Rekam Medis :

Nama Pasien :

Tanggal Lahir :

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

PEMERIKSAAN MULTI ORGAN (diisi oleh dokter)

Keadaan Umum :

Kulit dan Selaput Lendir :

Kelenjer Getah Bening :

Kepala :

Leher :

Jantung dan Pembuluh Darah

Paru-paru :

Perut :

Genitalia :

Anggota Gerak :

PENGKAJIAN KULIT (diisi oleh perawat)

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

Resiko dekubitus

☐ Ya ☐ Tidak

Indikator Risiko

<10 Resiko Sangat Tinggi

10 - 12 Resiko Tinggi

13 - 14 Resiko Sedang

>15 Resiko rendah

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



Jumlah Total Skor Braden.....

Terlampir formulir pemeriksaan kelompok khusus (asesmen tambahan) :

☐ Ya ☐ Tidak

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) 20303 Faks. (0755) 20003
Website: www.rsudmohammadsir.sumberprov.go.id
email: rsud.mohammadsir@sumberprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

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
☐ 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:

Hubungan Nomor Telepon:

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)

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

EDUKASI

Tgl/ jam Edukasi	Materi Edukasi Sesuai kebutuhan (tulis nomor diatas)	Kode Leaflet	Lama Edukasi (mt)	Hasil verifikasi	Tgl Reedukasi/ Redemonstrasi	TTD dan Nama jelas
						Pemberi Edukasi
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	Dokter
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	Perawat
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	Apoteker
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	Ahli gizi
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	Fisioterapist



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

No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

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.

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

➤ DAFTAR MASALAH / DIAGNOSIS MEDIK (diisi oleh dokter)

➤ 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 ☐ Inkontinensia 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 ☐ Ansietas ☐

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



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



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

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						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
2						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
3						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
4						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
5						(...) 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

Nama : _____

Tanggal dan tanda tangan : _____

RENCANA PERAWATAN INTERDISIPLIN / REFERAL

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

Tanggal / Jam

Perawat yang melakukan pengkajian

Tanggal / Jam

DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

(.....)

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 Rumbito Kota Solok Telp. (0755) 20001 Faks. (0755) 20003
Website: www.rsudmnatir.sumbarpov.go.id
email: rsud.mnatir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI RAWAT INAP MATERNITAS

(Formulir ini digunakan untuk pasien ponak/ obstetri/ Gynäkologi)
(harus dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat inap)

Tanggal masuk / Jam :
Diagnosa medik :
Rujukan : Keluarga / Bidan (BPS) / HC / RSUD / Klinik
Ruang / kelas :

ANAMNESIS (diisi oleh dokter)

Pengkajian diperoleh dari : ☐ Pasien Sendiri (Auto anamnesa) ☐ Keluarga (Alloanamnesa)

KELUHAN UTAMA (diisi oleh dokter)

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG (diisi oleh dokter)

(diisi oleh dokter)

(diisi oleh dokter)

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU (termasuk riwayat rawat inap/ riwayat operasi) (bulan/ tahun)	RIWAYAT PENGOBATAN
	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 KEHAMILAN, PERSALINAN (diisi oleh bidan)

- Riwayat Haid : Menarche : Th Siklus : hr ☐ Teratur ☐ Tidak
Dismenorrhoea : ☐ ya ☐ Tidak
- Riwayat menikah
Status perkawinan sekarang ☐ Menikah /Pernikahan ke ☐
Jumlah paritas..... Jumlah anakorang Usia Menikah pertamath
Jarak kelahiran / persalinan
- Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Yang Lalu (diisi oleh bidan)

NO	Usia Anak	Usia Kehamilan	Persalinan			Bayi		Nifas		KET
			Jenis	Tempat	Penolong	BB	JK	Lochea	Laktasi	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										

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.sumbarprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

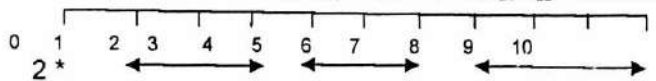
RIWAYAT ALERGI / REAKSI (diisi oleh bidan).

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

SKRINING NYERI, PENGKAJIAN AWAL NYERI (diisi oleh bidan).

BERAPAKAN SKALA NYERI ANDA?

Intensitas Nyeri " Wong Baker Faces Pain rating Scale " dan Numeric Rating Scale (NRS) Untuk Anak ≥ 6 Tahun dan Dewasa



Tidak ada nyeri Nyeri ringan Nyeri sedang Nyeri berat
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/tertekan, dalam, permukaan, dll). Radiation: Apakah, pucat, nafas pendek, sesak, tanda vital abnormal, dll). Time: Kapan

Tindak Lanjut nyeri :

- ☐ Edukasi ☐ Intervensi ☐ Konsul ke ☐

FUNGSIONAL UMUM : Pengkajian fungsi(diisi oleh bidan)

- a. Sensorik
Penglihatan : ☐ Normal ☐ kabur ☐ kacamata ☐ lensa kontak
Penciuman : ☐ Normal ☐ tidak
Pendengaran : ☐ Normal ☐ tuli kanan/kiri ☐ alat bantu dengar kanan/ kiri
b. Kognitif : ☐ orientasi penuh ☐ pelupa ☐ bingung ☐ Tidak dapat dimengerti
c. Motorik : Aktivitas sehari-hari : ☐ Mandiri ☐ bantuan minimal
☐ Bantuan sebagian ☐ Ketergantungan total.
Berjalan : ☐ Tidak ada kesulitan ☐ perlu bantuan ☐ sering jatuh ☐ Kelumpuhan

Alat bantu jalar, sebutkan
.....
.....

Bila terdapat gangguan fungsional, pasien di rujuk ke Rehabilitasi Medis melalui DPJP

SKRINING RESIKO CEDERA / JATUH (diisi oleh bidan)

Pilihlah salah satu penilaian resiko jatuh sesuai kebutuhan pasien di bawah ini dengan memberikan tanda vdi dalam kotak yang tersediaan berikan skor. Diberitahukan ke dokter ☐ ya, jam..... ☐ Tidak

Penilaian Resiko jatuh pasien Dewasa (Fall Morse Scale)

FAKTOR RESIKO	SKALA	SKOR	SKOR PASIEN
RIWAYAT JATUH	Tidak	0	
	Ya	25	
DIAGNOSA SEKUNDER	Tidak	0	
	Ya	15	
ALAT BANTU YANG DIGUNAKAN	Bed rest	0	
	Kruk, walker	15	
	Berpegangan pada perabot	30	
INTRA VENA LINE	Tidak	0	
	Ya	20	
GAYA BERJALAN	Normal	0	
	Lemah	10	
	Terganggu	20	
KESADARAN	Orientasi baik	0	
	Keterbatasan daya ingat	15	
TOTAL SKOR		150	
KATEGORI resiko jatuh sedang dan tinggi diberi gelang pada pasien warna " kuning "			

KATEGORI RESIKO JATUH

- ☐ >45 Resiko tinggi
☐ 25 - 44 Resiko Sedang
☐ < 25 Resiko rendah



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Stropang Rumbia Kota Batak Telp. (0755) 20903 Paks (0755) 20903
Website: www.rsudmohammatsir.sumbatprov.go.id
email: rsud.mohammatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

PEMERIKSAAN JASMANI : (diisi oleh dokter)

- Keadaan Umum :
- Kulit dan Selaput Lendir :
- Kelenjer Getah Bening :
- Kepala :
- Leher :
- Jantung dan Pembuluh Darah :
- Paru-paru :
- Perut :
- Genitalia :
- Anggota Gerak :

SKRINING NUTRISI (diisi oleh bidan)

(*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
	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
	b. Ya	1
	Total skor	+
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 kebidan, pasien anak dan lain-lain (sebutkan)..... ☐ Ya ☐ 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



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.sumbatprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

➤ **Pengkajian Obstetri (Diisi oleh bidan)**

- Tanda Vital : TD : mmHg. Nadi : x/l Suhu : C, Pernafasan : x/mt
- TB : cm, BB : Kg, Keadaan Umum : Kesadaran : ☐ CM ☐ Menurun ☐ Tidak sadar
- 1. G P A H
- 2. Tanda – tanda Bersalin
Kontraksi : ☐ Tidak Ada ☐ Ada, Frekuensi : x dalam 10 menit
Kekuatan : ☐ Ringan ☐ Sedang ☐ Kuat
- 3. Pengeluaran Pervaginam : Darah Lendir : ☐ Tidak Ada ☐ Ada
Air Ketuban : ☐ Tidak Ada ☐ Ada Jam Banyak cc.
Darah : ☐ Tidak Ada ☐ Ada Jam Banyak cc.
- 4. Masalah-masalah khusus : ☐ Tidak ada ☐ Ada
- 5. Riwayat Kehamilan Sekarang : HPHT TP ANC x ke
Imunisasi TT : ☐ Tidak ada ☐ Ada x
- 6. Pergerakan anak dalam 24 jam terakhir : x
- 7. Palpasi : L I :
L II :
L III :
L IV :

Auskultasi : DJJ : Frekuensi : Irama : ☐ Teratur ☐ Tidak
Intensitas : ☐ Kuat ☐ Sedang ☐ Lemah Mc Donal : cm, TBBJ : gr

8. **Pemeriksaan Ano genital**

- Perineum : Luka parut : ☐ Tidak Ada ☐ Ada
- Vulva : Edema : ☐ Tidak Ada ☐ Ada (I/II/III) Varises : ☐ Tidak ada ☐ Ada
- Anus : Hemorroid : ☐ Ya ☐ Tidak

Pemeriksaan Dalam :

a. **Pemeriksaan obstetri**

- Dinding vagina :
- Pembukaan : Penipisan persio :
- Ketuban : Presentasi fetus :
- Posisi : Penurunan :

b. **Panggul :**

- Promontorium : ☐ Teraba ☐ Tidak teraba
- Linea inominata : ☐ Teraba > 2/3 bagian ☐ Tidak teraba
- Spina ischiadika : ☐ Menonjol ☐ Tidak menonjol
- Arkus Pub : ☐ Lancip ☐ Tumpul,
- Os S : ☐ Cekung ☐ Datar
- Dinding samping : ☐ Tegak ☐ Konvergen ☐ Divergen
- Kesimpulan : ☐ Normal ☐ Sempit ☐ Borderline
- 9. Anggota gerak atas : Edema : ☐ Ya ☐ Tidak. Varises : ☐ Ya ☐ Tidak, Reflek : ☐ Positif ☐ Negatif
- Anggota gerak bawah Edema : ☐ Ya ☐ Tidak. Varises : ☐ Ya ☐ Tidak, Reflek : ☐ Positif ☐ Negatif

Pengkajian Gynekologi (Diisi oleh bidan)

- 1. Pengeluaran Pervaginam
Darah : ☐ Tidak Ada ☐ Ada, Lendir : ☐ Tidak ada ☐ ada jam Banyak cc
- 2. Masalah-masalah khusus : ☐ Tidak ada ☐ Ada
- 3. Kebiasaan : ☐ merokok ☐ minum alkohol ☐
- 4. **Pemeriksaan Dalam : Inspekuo:**

PENGKAJIAN PSIKOLOGIS, SOSIAL, EKONOMI, SPRITUAL (diisi oleh bidan)

Status Psikologis : ☐ Cemas ☐ Takut ☐ Marah ☐ Sedih ☐ Kecenderungan Bunuh Diri ☐ Lain – lain,
Sebutkan

Status psikososial : 1. Kehamilan diinginkan : ☐ Tidak ☐ Ya
2. Dukungan social : ☐ Tidak ada ☐ Ada
3. Pengambilan keputusan : Suami/Orang Tua/Lain-lain

Status Mental : ☐ Sadar dan Orientasi Baik ☐ Ada Masalah Perilaku, Sebutkan

☐ 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 : Hubungan No.Telp.

Status Spiritual : Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan :



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp. (0755) 20031 Faks. (0755) 20003
Website: www.rsudmohammadsir.sumbarprov.go.id
email: rsud.mohammadsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien: L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

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

KONDISI PASIEN YANG DILAKUKAN TERMINASI KEHAMILAN (diisi oleh dokter)

- Assesmen terminasi kehamilan pada trimester I dan II , Jika ditemukan kelainan medis yang membahayakan ibunya seperti :
 - Penyakit Jantung
 - Penyakit tiroid
 - Hepatitis
 - Diabetes Melitus
 - Hiperemesis Gravidarum Gr III
 -

Penyakit tersebut dibahas dulu oleh ahli yang bersangkutan dibawah panduan komite medis untuk menilai resiko ibu jika kehamilan dilanjutkan ,Jika membahayakan ibu, maka dilakukan terminasi kehamilan sesuai dengan tindakan obstetri

- Assesmen terminasi kehamilan pada trimester III
- Sesuai dengan medikasi jika ditemukan kelainan maka dilakukan terminasi pada pasien berikut

- Plasenta Previa
- Solutio Plasenta
- Ketuban Pecah Dini
- Preeklampsia dan Eklampsia
- Kehamilan lewat waktu
- Pertumbuhan janin terhambat
- OligoHidramion
-

Status lokasi :

Pemeriksaan Penunjang :

Diagnosis:

Rencana (Edukasi,diagnostic,terapi,rujukan) :

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						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
2						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
3						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
4						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
5						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	

Diketahui oleh farmasi :Nama : tanggal dan tanda tangan:



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

No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

DAFTAR MASALAH KEBIDANAN (diisi oleh bidan)

ASESMEN

PENATALAKSANAAN

PENGKAJIAN KEBUTUHAN INFORMASI DAN EDUKASI (diisi oleh bidan)

Persiapan

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, Budaya / Suku/ Etnis

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

☐ Tidak ada : ☐ bahasa ☐ Kognitif terbatas ☐ Penglihatan terganggu
☐ Budaya/ agama/ spiritual: ☐ Emosional ☐ Pendengaran terganggu ☐ Fisik lemah
☐ Gangguan bicara : ☐ Motivasi kurang ☐ Keyakinan ;..... ☐ Lain-lain.....

Kebutuhan Edukasi (pilih topic pembelajaran pada kotak yang tersedia)

☐ Hak untuk berpartisipasi pada proses pelayanan ☐ Prosedur pemeriksaan penunjang
☐ Perawatan bayi baru lahir ☐ Cara menjemur bayi kuning ☐ Cara menyusui bayi yang benar
☐ Cara merawat tali pusar bayi ☐ Cara memandikan bayi ☐ Pijat bayi ☐ Perawatan payudara (breast care)
☐ KB yang aman ☐ ASI eksklusif ☐ Penggunaan obat secara efektif, aman, efek samping serta interaksinya
☐ Proses pemberian informed consent ☐ Diet dan nutrisi ☐ Kondisi kes. Diagnosis pasti & penatalaksanaan
☐ Manajemen nyeri ☐ Teknik Rehabilitasi ☐ Bahaya merokok bagi kehamilan ☐ Cuci tangan yang benar
☐ Rujukan edukasi ☐ Proses penyakit ☐ Obat-obatan ☐ Prosedur (contoh : cara perawatan luka)
☐ Pencegahan faktor resiko ☐ Kebutuhan privasi tambahan :..... Lain-lainnya.....

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

EDUKASI

Tgl/ jam Edukasi	Materi Edukasi Sesuai kebutuhan (tulis nomor)	Kode Leaflet	Lama Edukasi (mt)	Hasil verifikasi	Tgl Reedukasi/ Redemonstrasi	TTD dan	Nama jelas
						Pemberi Edukasi	Pasien/ kelg
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	Dokter	
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	Perawat	
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	PPA lain	

PERENCANAAN PULANG/ DISCHARGE PLANNING (Diisi oleh bidan)

KOMPONEN PENILAIAN	YA	TIDAK	KET	KOMPONEN PENILAIAN	YA	TIDAK	KET
a. Perlu pelayanan home care				e. Dirujuk ke komunitas tertentu			
b. Perlu pemasangan implant				f. Dirujuk ke tim terapi			
c. Penggunaan alat bantu				g. Dirujuk ke ahli gizi			
d. Telah dilakukan pemesanan alat				h. Lain-lain			

RENCANA PERAWATAN INTERDISIPLIN / REFERAL

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

Terlampir formulir pemeriksaan kelompok khusus (asesmen tambahan) : ☐ Ya ☐ Tidak

Tanggal / Jam	Tanggal / Jam	Tanggal / Jam
Bidan yang melakukan pengkajian	PPDS yang melakukan pengkajian (bila ada)	DPJP yang melakukan pengkajian
(.....)	(.....)	(.....)

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) 20003
Website: www.rsudmohammadnatsir.sumbaprov.go.id
email: rsud.mohammadnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

CATATAN PERSALINAN

(diisi oleh bidan)

Masuk Kamar Bersalin tanggal _____ Jam _____	
Riwayat partus _____	
His mulai tanggal _____ jam _____	
Ketuban : ☐ Belum ☐ sudah pecah sejak tanggal _____ Jam _____ (lamanya _____ jam)	
Perdarahan antepartum sejak tanggal _____ Banyaknya _____	
Gangguan kesadaran : _____ Kejang _____	
Rasa mengejang sejak _____ Nyeri pada _____	
Tindakan / pengobatan yang telah diberikan _____	
Pemeriksaan Khusus _____ _____ _____	HB _____ gr% Leuko _____ /mm Golongan darah : _____ Ureum : _____ mg % Gula darah : _____ mg % Urin : _____
Status Presens: Jantung : _____ Edema : _____ Paru : _____ Abdomen : _____ Hal-hal lain: _____	
Status Obstetricus Fundus uteri : _____ Letak anak _____ Bunyi jantung janin _____ / menit ☐ Teratur ☐ Tak teratur ☐ Tak Terdengar _____ Pemeriksaan dalam Tanggal _____ Jam _____ Oleh _____ Keadaan portio _____ Pembukaan _____ Ketuban _____ bagian terendah & turunnya _____ Posisi : _____ lain-lain: _____ Kesan pemeriksaan panggul : _____ Daya akomodasi _____ gram . Taksiran berat bayi (Oleh: _____ gram Imbang fetopelvic _____	
DIAGNOSIS Ibu : _____ Bayi : _____	
Prognosis Ibu : _____ Bayi : _____	
RENCANA / TINDAKAN / PENGOBATAN Solok, _____ jam Bidan : _____ Dokter jaga: _____	

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 Kiri Solok Telp. (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmnatsir.sumbaprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

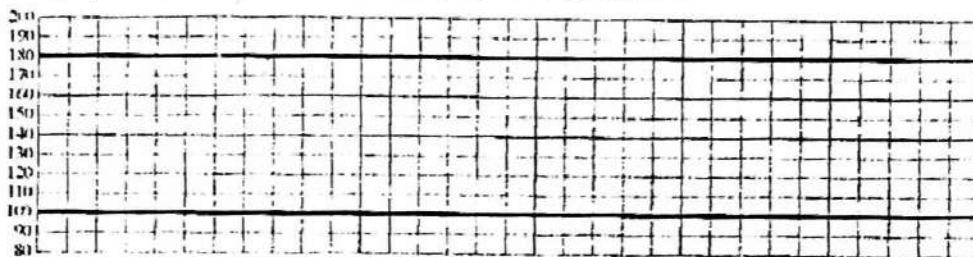


No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

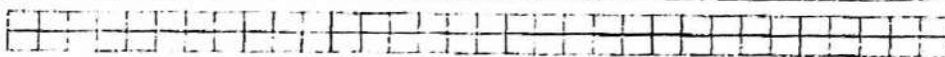
PARTOGRAF

No. Register : Nama Ibu : Umur : G : P : A :
No. Puskesmas : Tanggal : Pukul :
* Ketuban pecah : sejak pukul Mules sejak pukul

Denyut
Jantung
Janin
(ment)



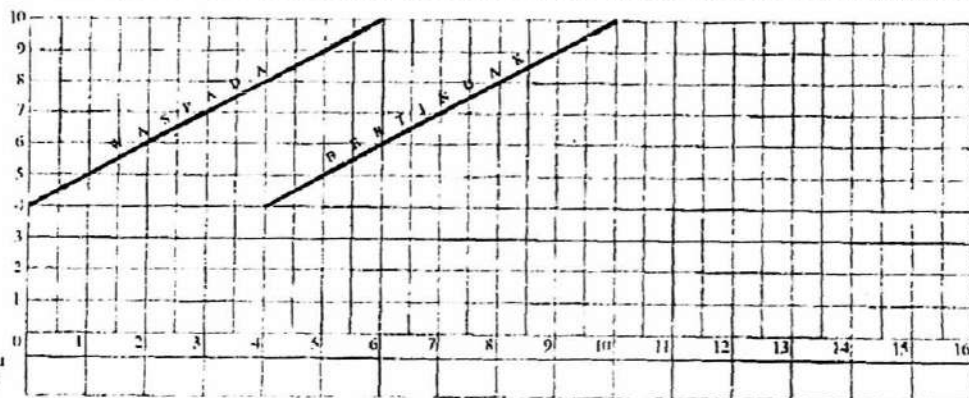
Air ketuban
penyusutan



Pembukaan serviks (cm) ben. lmda x

Turunya Kepala
ben. lmda O

Waktu
(jam)



Kontraksi
tiap
10 menit

(denk)

Oksitosin U/L
teles/menit

Obat dan
Cairan IV

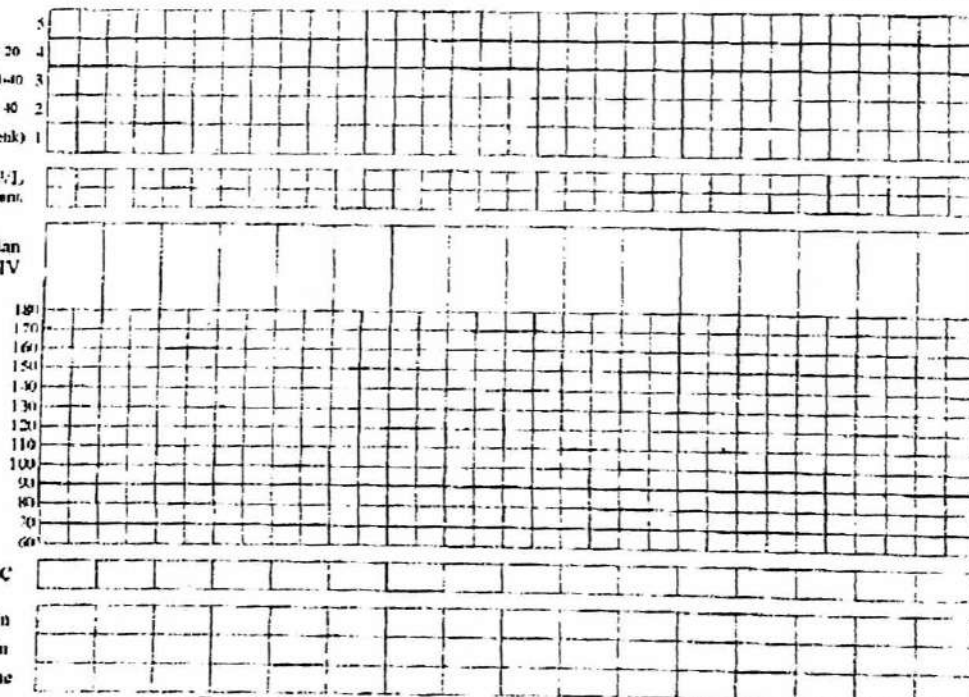
Nadi

Tekanan
darah

•

Suhu °C

Urin - Protein
Aseton
Volume



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



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

No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama Bidan :
3. Tempat persalinan :
Rumah ibu Puskesmas
Polindes Rumah sakit
Klinik swasta Lainnya
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : Rujuk, Kala I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan Pendamping :
8. Pendamping pada saat merujuk
Bidan Teman
Suami dukun
Keluarga tidak ada
24. Rangsangan taktil (pemijatan uteri?)
Ya
Tidak
25. Plasenta lahir lengkap (intact) : ya / tidak
a.
b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : ya / tidak
Ya, tindakan
a.
b.
c.
27. Laserasi:
ya, dimana
Tidak
28. Jika laserasi perineum, derajat 1 / 2 / 3 / 4
Tindakan
Penjahitan dengan / tanpa anastesi
Tidak dijahit alasan
29. Atonia Uteri
Ya, tindakan
a.
b.
c.
Tidak
30. Jumlah perdarahan ml
31. Masalah lain
32. Penatalaksanaan masalah tersebut
33. Hasilnya

KALA I

9. Partograf melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan
11. Penatalaksanaan masalah tsb :
12. Hasilnya

KALA II

13. Episiotomi
Ya, indikasi
Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
Suami dukun
Keluarga tidak ada
Teman
15. Gawat janin
Ya, tindakan yang dilakukan:
a.
b.
c.
Tidak
16. Distorsi bahu
Ya, tindakan yang dilakukan:
a.
b.
c.
tidak
17. Masalah lain, sebutkan
18. Penatalaksanaan masalah tersebut
19. Hasilnya

KALA III

20. Lama kala III menit
21. Pemberian oksitosin 10 U IM ?
Ya, waktu menit sesudah persalinan
Tidak, alasan
22. Pemberian ulang oksitosin (2x) ?
Ya, alasan
Tidak, alasan
23. Peregang tali pusat terkendali ?
Ya
Tidak, alasan

BAYI BARU LAHIR

34. Berat badan gram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik/ ada penyakit
38. Bayi lahir
Normal, tindakan :
mengeringkan
menghangatkan
rangsangan taktil
bungkus bayi dan tempatkan disisi ibu
tindakan pencegahan infeksi mata
Asfiksia ringan / pucat/ biru/ lemas, tindakan
mengeringkan menghangatkan
rangsangan taktil lain-lain, sebutkan
bebaskan jalan nafas
bungkus bayi dan tempatkan disisi ibu
Cacat bawaan, sebutkan
Hipotermi, tindakan
a.
b.
c.
39. Pemberian ASI
Ya, waktu jam setelah bayi lahir
Tidak, alasan
40. Masalah lain, sebutkan Hasilnya

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Temperatur	Tinggi fundus uteri	Kontraksi uterus	Kandung kemih	Perdarahan
1								
2								

Masalah Kala IV

Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut

Bagaimana hasilnya

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.rsudmna/sir.sumbarprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

LAPORAN PARTUS

Bayi, lahir tanggal Jam Lelaki/ Perempuan, Kembar

Lahir hidup/ mati, maceratio tingkat : ☐ Asfiksia ☐ Resusitasi ☐ Kematian

Berat : gram, panjang : cm Kelainan bawaan:

NO. RM Bayi :

Jenis partus

Atas indikasi

Luka jalan lahir : ☐ episiotomy ruptura perineal tingkat :

Jahitan :

Pengobatan:

Transfusi darah/ cairan :

Placenta lahir : ☐ Lengkap ☐ tak lengkap

Kelainan pada placenta

Panjang tali pusat: cm Insertio robekan ke I

Berat : gram, ukuran PA No. tgl

Perdarahan (kala III + kala IV) cc ☐ Perdarahan post partum

Keadaan ibu postpartum KU Tensi Nadi Pernafasan

FU Konstraksi Perdarahan

Bidan

Solok, jam

Tanda Tangan

(:)

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.rsudmohammadsir.sumbarpov.go.id
email: rsud.mohammadsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Tanggal masuk ruang rawat 20 jam: Unit Kerja :

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI NEONATUS

(Formulir ini digunakan untuk pasien usia koreksi ≤ 28 hari)
(Harus dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat inap)

A. Anamnesis Ibu (diisi oleh dokter)

Identitas orang tua :		Nama Ibu	:	Nama Ayah	:
		Umur	:	Umur	:
		Perkawinan Ke	:	Perkawinan Ke	:
		Pekerjaan	:	Pekerjaan	:
		Pendidikan	:	Pendidikan	:
		Agama	:	Agama	:

2. Riwayat kelahiran yang lalu (diisi oleh dokter)

N	Tanggal/ o Tahun kelahiran	Sex	Berat badan lahir	Keadaan bayi		Penyakit wanita hamil	Jenis persalinan	Lain- lain
				Anak hidup + < 1 hari + < 28 hari + > 28 hari Lahir mati Abortus Lain-lain	Toksemi Eklamsi CPD Perdarahan Lain-lain	Diabetes Ileus Jantung Hipertensi Lain-lain	Spontan Sungsang Ekst. forcep SC	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

3. Riwayat penyakit dahulu dan selama hamil (diisi oleh dokter)

4. Riwayat Persalinan/ Kelahiran (diisi oleh dokter)

Persalinan : ☐ Spontan ☐ Induksi dengan cara : ☐ SC ☐ Ekstraksi vakum/ forceps
Tempat lahir ☐ RSUD M. Natsir ☐ Luar RS . Indikasi:
Obat-obatan yang dipakai : ☐ Analgesia ☐ Anestesi ☐ Antibiotik ☐ Lain-lain:

5. Lama Persalinan (diisi oleh dokter)

Kala I :Jam, Kala II:Jam, Pecah Ketuban :Jam sebelum persalinan, Suhu ibu dlm persalinan

6. Riwayat Kehamilan sekarang (diisi oleh dokter)

G P..... A Pemeriksaan antenatal ☐ Sp OG ☐ Bidan ☐ tidak ada
☐ Pemeriksaan teratur ☐ Pemeriksaan tidak teratur
Kelainan ☐ Isoimmunisasi ☐ Toksemia ☐ Hydroamnion ☐ Perdarahan pervagina
☐ Diabetes ☐ Infeksi Tr. Urogen ☐ Lain-lain

7. Data Laboratorium saat kehamilan/ persalinan (diisi oleh dokter)

8. USG Antenatal (diisi oleh dokter)

Usia kehamilan:

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.sumbaprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

9. Riwayat alergi ibu: (diisi oleh perawat/ bidan)

Riwayat alergi/ reaksi bayi

- ☐ Tidak ada alergi
☐ Alergi obat, sebutkan
☐ Alergi makanan, sebutkan
☐ Alergi lainnya, sebutkan
☐ Tidak diketahui

Reaksi
Reaksi
Reaksi
Bila pasien alergi gunakan gelang "merah"

B. Anamnesis neonatus (diisi oleh dokter)

1. Keadaan bayi baru lahir

Tanggal lahir : jam
Kelahiran : ☐ Tunggal ☐ Kembar/ multiple
Kondisi Saat lahir : ☐ Hidup ☐ Mati : ☐ sebelum persalinan ☐ dalam persalinan.
Dirujuk dari Sewaktu umur Sebab dirujuk
Kehamilan : **Ballard Score** minggu

2. Penilaian bayi baru lahir dengan APGAR SCORE (diisi oleh dokter)

SCORE (pengisian : ☐ 1 menit pertama ☐ 5 menit kedua)

Tanda	0	1	2	NILAI
Activity	☐ ☐ Tidak ada	☐ ☐ flexi lengan & tungkai	☐ ☐ Aktif	
Pulse	☐ ☐ Tidak ada	☐ ☐ < 100 x / menit	☐ ☐ > 100 x/ menit	
Grimace	☐ ☐ Lumpuh	☐ ☐ Respon minimal terhadap rangsangan	☐ ☐ Respon baik terhadap stimulasi	
Apperance	☐ ☐ Biru / pucat	☐ ☐ Tubuh kemerahan	☐ ☐ Kemerahan	
Respiration	☐ ☐ idak ada	☐ ☐ Lambat, tidak teratur	☐ ☐ Menangis kuat	

3. Cara resusitasi (diisi oleh dokter)

- ☐ Tak diperlukan
☐ Langkah awal
☐ Nasal CPAP
☐ VTP dengan balon dan sungkup
☐ VTP dengan T- Piece Serucitator
☐ Riwayat konsentrasi Oksigen tertinggi:.....%..
☐ Intubasi
☐ Kompresi dada
☐ Obat / cairan
☐ Tak diketahui
Keterangan:

Golongan darah : RH :

7. Hasil pemeriksaan penunjang

(diisi oleh dokter)

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

4. Keluhan utama (diisi oleh dokter)

.....

5. Riwayat Penyakit Sekarang ((diisi oleh dokter)

6. Pemeriksaan fisik (diisi oleh dokter)

Keadaan Umum :

Nadi : Nafas Suhu..... SpO2;

- Tonus/ keaktifan :
➤ Reflek moro :
➤ Reflek Rooting :
➤ Reflek isap :
➤ Reflek pegang :
➤ Kulit :
➤ Kepala :
➤ Fontanel :
➤ Mata :
➤ Mulut :
➤ Paru-paru :
➤ Jantung :
➤ Perut :
➤ Tali pusat :
➤ Genitalia :
➤ Anggota gerak :
➤ Kel. Kongenital :
➤ Lingkaran Kepala : panjang lengan :
Lingkar dada : panjang tungkai :
Lingkar perut : Kepala-simfisis :
Simfisis- kaki :

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.sumbatprov.go.id
email: rsud.matsir@sumbatprov.go.id

No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

8. Penilaian Skor Downes (diisi oleh dokter)

Pernapasan	0	1	2	Nilai
Frekuensi nafas	< 60/menit	60 – 80 menit	>80/menit	
Retraksi	Tidak ada retraksi	Retraksi ringan	Retraksi berat	
Sianosis	Tidak sianosis	Sianosis hilang dengan O ₂	Sianosis menetap walaupun diberi O ₂	
Air Entry	Udara masuk	Penurunan ringan udara masuk	Tidak ada udara masuk	
Merintih	Tidak merintih	Dapat di dengar dengan stetoskop	Dapat didengar tanpa alat bantu	
Total Nilai				

Skor < 4 = Tidak ada gawat napas, Skor 4-7 = Gawat Napas, Skor >7 = Ancaman gagal napas (pemeriksaan AGD)

9. Pengkajian nyeri (diisi oleh perawat/ bidan) Ambil format asesmen awal dan ulang NIPS(bayi

10. Pengkajian resiko jatuh (diisi oleh perawat/ bidan) Ambil format asesmen awal dan ulang resiko jatuh Humpty dumpy.

11. PENGKAJIAN KEBUTUHAN INFORMASI DAN EDUKASI PASIEN DAN KELUARGA

(diisi oleh perawat/ bidan)

Persiapan : Edukasi diberikan kepada : ☐ Orang tua (ayah dan ibu) ☐ Keluarga

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. Stimulasi tumbuh kembang
- ☐ 8. Perawatan luka ☐ 9. Manajemen nyeri ☐ 10. Perawatan stoma ☐ 11. Rehabilitasi ☐ 12 jaminan finansial ☐ 13. Perawatan bayi baru lahir : Cara menjemur bayi, cara merawat tali pusat, cara menyusui baik yang benar, pijat bayi, cara memandikan bayi, metode kangguru , lain-lain.....
- ☐ 14. Mengenal tanda dan bahaya bayi baru lahir yaitu : antara lain :
 - Bayi tidak mau minum, memuntahkan minum ASI/ Susu Formula
 - Kejang, Bergerak jika dirangsang, Nafas cepat > 60 x/ menit, Nafas lambat < 30 x/ menit
 - Tarikan dinding dada kedalam, Merintih, Teraba demam (suhu > 37,5 C), Teraba dingin suhu ketiak 36 C
 - Nanah yang banyak dimata, Pusar kemerahan,
 - Tampak kuning pada muka, badan, kaki, telapak tangan dan telapak kaki, diare

Kesediaan Keluarga menerima Informasi dan Edukasi : ☐ Ya ☐ Tidak

Nama & TT Keluarga:

EDUKASI

Tgl/ jam Edukasi	Materi Edukasi Sesuai kebutuhan (tulis nomor)	Kode Leaflet	Lama Edukasi (mt)	Hasil verifikasi	Tgl Reedukasi/ Redemonstrasi	TTD dan Nama jelas	
						Pemberi Edukasi	Pasien/ kelg
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	Dokter	
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	Perawat	
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	Apoteker	
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	Ahli gizi	
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi	Fisioterapist	
					Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi		

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.rsudmohammadsir.sumbarprov.go.id
email: rsud.mohammadsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

12. Diagnosa Medis (diisi oleh dokter)

Pengobatan/ tata laksana

13. Masalah Keperawatan (diisi oleh perawat/ bidan)

No	Diagnosis	Hasil NOC	Paraf
1	☐ Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	☐ Cegah aspirasi, paten jalan nafas, status pernafasa	
2	☐ Ketidakefektifan pola nafas	☐ Paten jalan nafas, ventilasi, status vital	
3	☐ Gangguan pertukaran gas	☐ Pertukaran gas, ventilasi perfusi jaringan, TTV	
4	☐ Ketidakseimbangan nutrisi; < dr kebut	☐ Status gizi, BB	
5	☐ Ikterik neonatus	☐ Nilai bilirubin serum dibawah batas fototerapi	
6	☐ Kekurangan volume cairan	☐ Keseimbangan cairan dan hidrasi	
7	☐ Hipertermi	☐ Termoregulasi, TTV dalam batas normal	
8	☐ Kerusakan integritas kulit	☐ Integritas jaringan, penyembuhan luka	
9	☐ Resiko infeksi	☐ Pengendalian infeksi	
10	☐ Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer	☐ Status sirkulasi, perfusi jaringan perifer, integritas kulit, membrane mukosa	
11	☐		

14. Rekonsiliasi obat (diisi oleh dokter)

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						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
2						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
3						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
4						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
5						(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	

Diketahui oleh farmasi Nama : Tanggal dan tanda tangan :

15. PERENCANAAN PULANG/ DISCHARGE PLANNING (Diisi oleh perawat)

Komponen penilaian	Ya	Tidak	Ket	Komponen penilaian	Ya	Tidak	Ket
a. Perlu pelayanan home care				c. Dirujuk ke ahli gizi			
b. Penggunaan alat bantu				d. Dirujuk ke tim terapis			

16. RENCANA PERAWATAN INTERDISIPLIN / REFERAL

1. Diet dan nutrisi ☐ Ya ☐ Tidak 3. Wound Care ☐ Ya ☐ Tidak 5. Kriteria Discharge Planning
2. Rehabilitasi Medik ☐ Ya ☐ Tidak 4. Farmasi ☐ Ya ☐ Tidak
Tanggal / Jam Tanggal / Jam

Perawat / bidan yang melakukan pengkajian

DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

(.....)

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 Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

SURAT IDENTITAS BAYI

Nama Ibu :		Alamat :
Nama Ayah :		Telp /Hp :
Ruangan /Kelas : / I/II/III/VIP/VVI (mohon dilingkari)		
Tanggal lahir :jam.....		
Jenis kelamin bayi : ☐ lk ☐ pr		
Dokter/ Bidan Penolong :		
Warna kulit :		
BB :Kg, Panjang Badan :cm, Lingkar Kepala.....cm		
Cap Ibu Jari Tangan Kanan Ibu	Semua jari & telapak kaki Kanan bayi	Semua jari & telapak kaki Kiri bayi
Tanda tangan orang yang menentukan jenis kelamin (Dokter Jaga)		Tanda Tangan Bidan/ Perawat
(.....)		(.....)

Sewaktu pulang,
Saya menyatakan bahwa saya saat pulang telah menerima bayi saya, saya memeriksanya dan yakin bahwa bayi tersebut adalah betul-betul anak saya. Saya mengecek nomor Rekam medik bayi adalah :

Tanggal.....
Jam :

Tanda tangan perawat, bidan / saksi

Tanda tangan ibu/ wali

(.....) (.....)

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.rsudmohammadsir.sumbaprov.go.id
 email: rsud.mohammadsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
 Nama Pasien :
 Tanggal Lahir :
 (Mohon diisi atau stempel jika ada)

New Ballard Score

NEUROMUSCULAR MATURITY

NEUROMUSCULAR MATURITY SIGN	SCORE						RECORD SCORE HERE
	-1	0	1	2	3	4	
POSTURE							
SQUARE WINDOW (Wrist)							
APM RECOIL							
POPLITEAL ANGLE							
SCARF SIGN							
HEEL TO EAR							
TOTAL NEUROMUSCULAR MATURITY SCORE							

Total Score _____

MATURITY RATING

score	weeks
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

GESTATIONAL AGE (weeks)

By exam _____

PHYSICAL MATURITY

PHYSICAL MATURITY SIGN	SCORE						RECORD SCORE HERE
	-1	0	1	2	3	4	
SKIN	sticky friable transparent	gelatinous red translucent	smooth pink visible veins	superficial peeling &/or rash, few veins	cracking pale areas rare veins	parchment deep cracking no vessels	leathery cracked wrinkled
LANUGO	none	sparse	abundant	thinning	bald areas	mostly bald	
PLANTAR SURFACE	heel-heel 40-50 mm-1 <40 mm-2	>50 mm no crease	faint red marks	anterior transverse crease only	creases ant. 2/3	creases over entire sole	
BREAST	imperceptible	barely perceptible	flat areola no bud	slopped areola 1-2 mm bud	raised areola 3-4 mm bud	full areola 5-10 mm bud	
EYE/EAR	lids fused loosely: -1 tightly: -2	lids open pinna flat stays folded	sl. curved pinna; soft; slow recoil	well-curved pinna; soft but ready recoil	formed & firm instant recoil	thick cartilage ear stiff	
GENITALS (Male)	scrotum flat, smooth	scrotum empty faint rugae	testes in upper canal rare rugae	testes descending few rugae	testes down good rugae	testes pendulous deep rugae	
GENITALS (Female)	clitoris prominent & labia flat	prominent clitoris & small labia minora	prominent clitoris & enlarging minora	majora & minora equally prominent	majora large minora small	majora cover clitoris & minora	
TOTAL PHYSICAL MATURITY SCORE							

Reference
 Ballard JL, Ichouy JC, Weig K, et al. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. *J Pediatr* 1991; 119:417-423. Reprinted with permission of Mosby-Year Book, Inc. and Ross Laboratories.

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

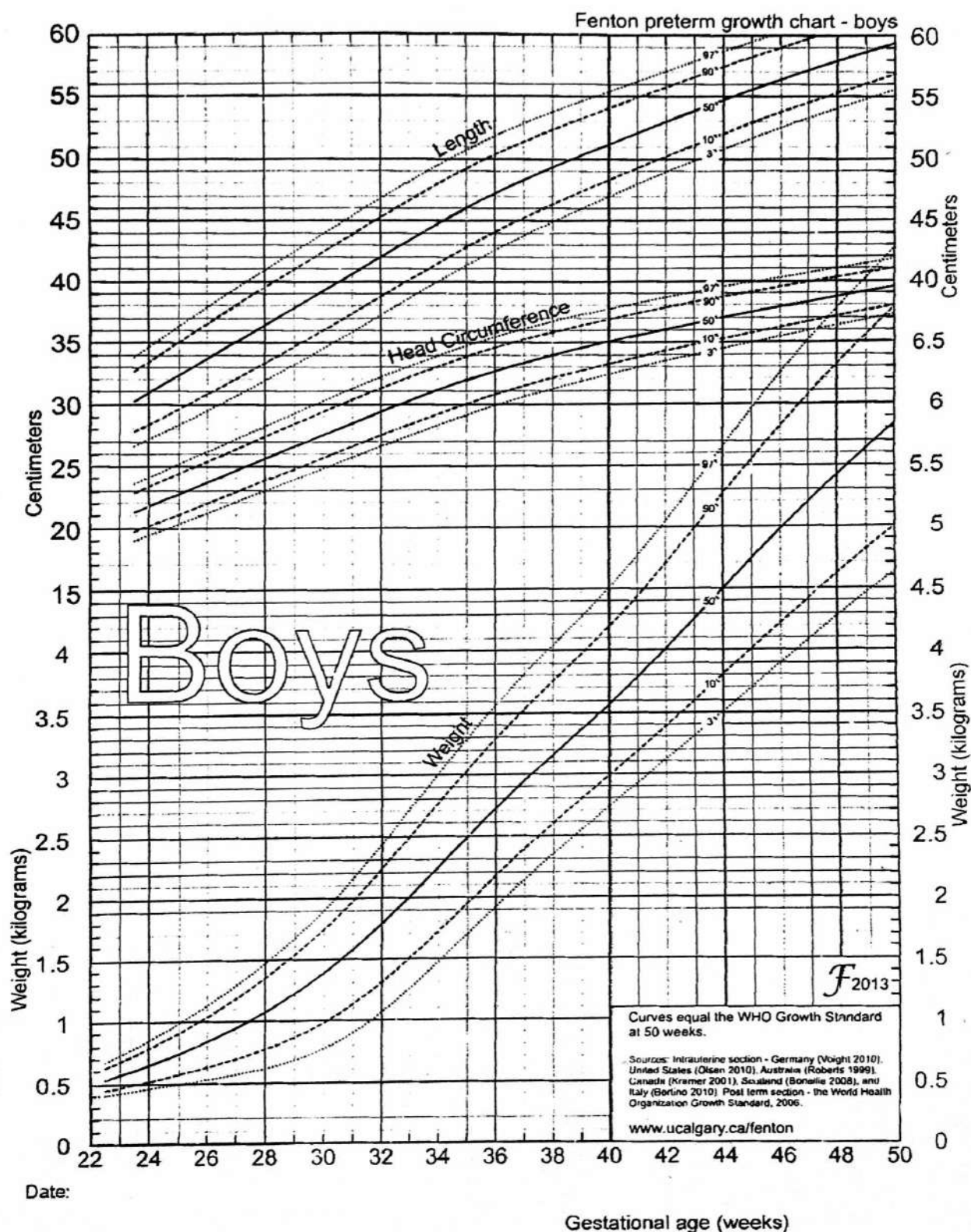


PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

FENTON PRETERM GROWTH CHART BOYS



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

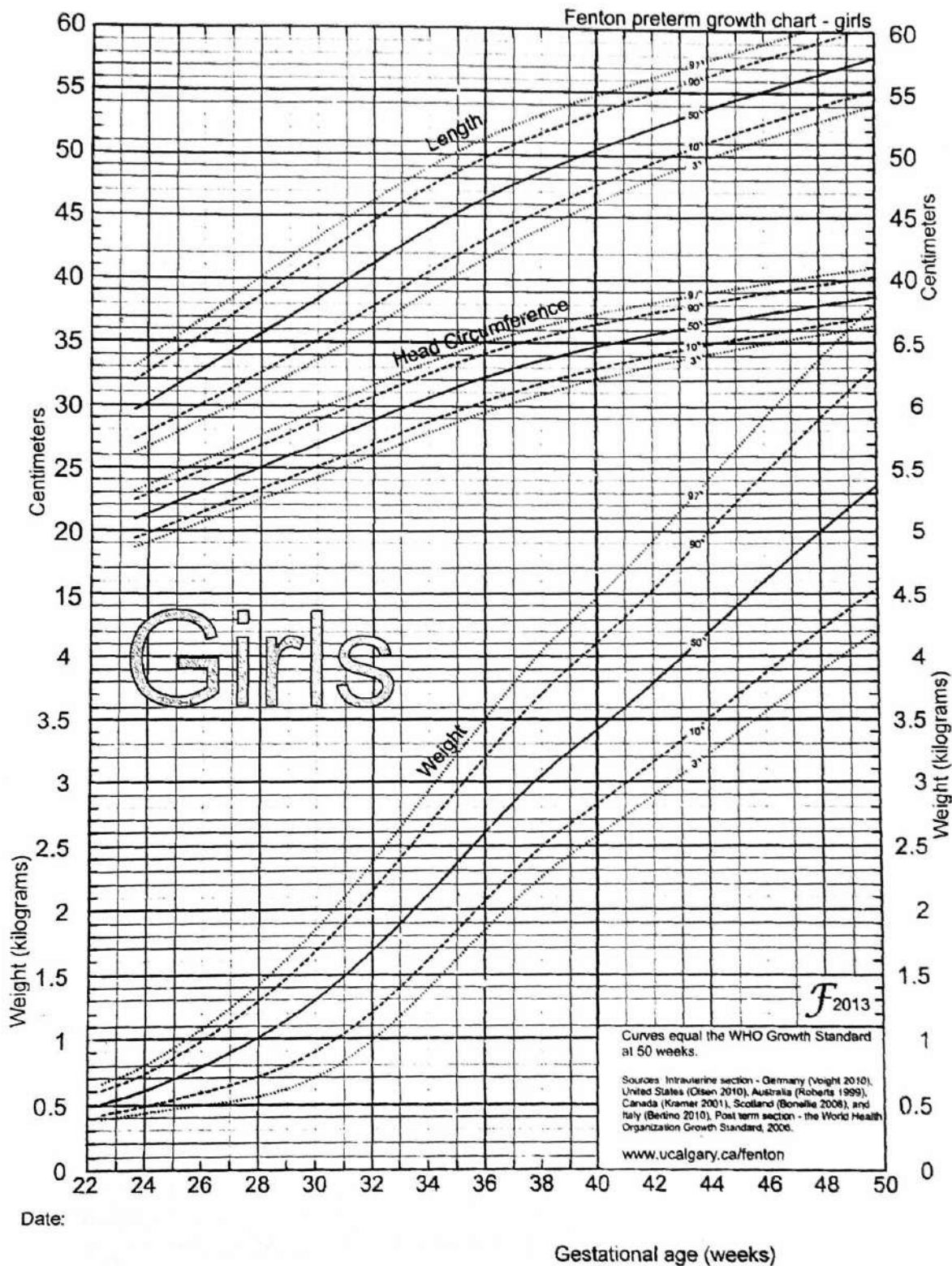


PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl Simpang Rumpio Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks. (0755) 20003
Website: www.rsudmohammadsir.sumbarprov.go.id
email: rsud.mohammadsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

FENTON PRETERM GROWTH CHART GIRLS



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



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simang Rumbio Kota Solok Telp (0753) 20903 Faks (0753) 20903
Website: www.rsudmohammadnatsir.sumsbarprov.go.id
email: rsud.mohammadnatsir@sumbarprov.go.id

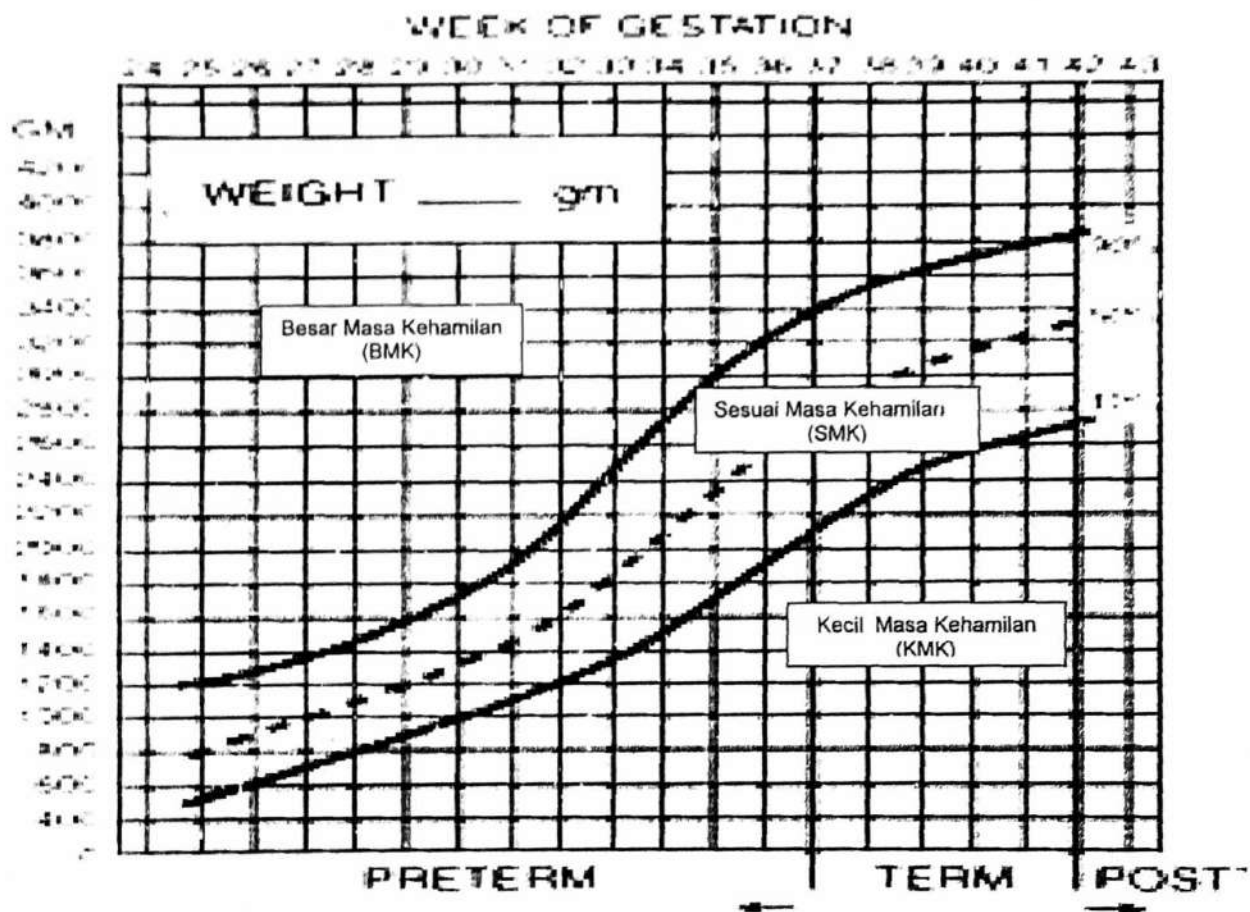


No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

KLASIFIKASI NEONATUS BERDASARKAN MATURITAS DAN PERTUMBUHAN INTRAUTERIN

(LUBCHENCO CURVE)



Kesimpulan

Besar Masa Kehamilan (BMK)	
Sesuai Masa Kehamilan (SMK)	
Kecil Masa Kehamilan (KMK)	

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

RM.RI



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



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

RM RI 03 D 05 F
intensif neonatus
Rencana Asuhan k
no form sama

Asesmen tambahan: Kelompok khusus

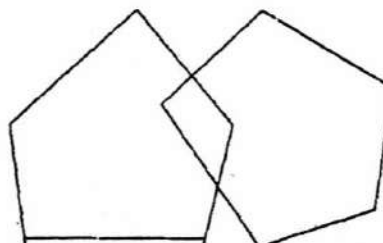
PENGKAJIAN AWAL MEDIS PASIEN GERIATRI

(Formulir ini digunakan untuk pasien usia lanjut dan harus dilengkapi dalam 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat)

I. PENGKAJIAN STATUS MENTAL MINI (MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE))

NILAI MAKS	NILAI	ORIENTASI
5	()	Sekarang ini (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), (hari) apa?
5	()	Kita berada dimana? (Negara), (propinsi), (kota), (rumah sakit), (lantai/kamar)
		REGISTRASI
3	()	Pewawancara menyebutkan nama 3 buah benda : satu detik untuk setiap benda. Kemudian pasien diminta mengulangi nama ketiga objek tadi. Berilah nilai 1 untuk tiap nama objek yang disebutkan benar. Ulangi lagi sampai pasien menyebut dengan benar : (bola,kursi,buku) Hitunglah jumlah percobaan dan catatlah : kali
		ATENSI DAN KALKULASI
5	()	Pengurangan 100 dengan 7, nilai 1 untuk setiap jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban, atau eja secara terbalik kata "W A H Y U" (nilai diberi pada huruf yang benar sebelum kesalahan ; misal : UYHAW=2 nilai)
		MENGENAL KEMBALI
3	()	Pasien disuruh menyebut kembali 3 nama objek diatas tadi. Berikan nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar
		BAHASA
2	()	Apakah nama benda ini? Perlihatkanlah pensil dan arloji
1	()	Pasien disuruh mengulangi kalimat berikut : "JIKA TIDAK, DAN ATAU TAPI"
3	()	Pasien disuruh melakukan perintah : "ambil kertas itu dengan tangan anda, lipatlah menjadi dua dan letakkan di lantai"
1	()	Pasien disuruh membaca, kemudian melakukan perintah kalimat "Pejamkan mata anda"
1	()	Pasien disuruh menulis kalimat lengkap dengan spontan (tuliskan apa saja)
1	()	Pasien disuruh menggambar bentuk dibawah ini

JUMLAH : ()



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.rsudmohammadnatsir.sumbareprov.go.id
email: rsud.mohammadnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

II. PENGKAJIAN ABBREVIATED MENTAL TEST (AMT)

No	PERTANYAAN	JAWABAN
1	Umur.... tahun	Benar / Salah
2	Waktu / jam sekarang :	Benar / Salah
3	Alamat tempat tinggal :	Benar / Salah
4	Tahun ini :	Benar / Salah
5	Saat ini berada dimana:	Benar / Salah
6	Mengenali orang lain di RS (dokter / perawat, dll)	Benar / Salah
7	Tahun kemerdekaan RI :	Benar / Salah
8	Nama presiden RI :	Benar / Salah
9	Tahun kelahiran pasien atau anak terakhir :	Benar / Salah
10	Menghitung terbaik (20 sampai1)	Benar / Salah
	Skor AMT	
	0 – 3 : gangguan ingatan berat	
	4 – 7 : gangguan ingatan sedang	
	8 – 10 : normal	
	Perasaan hati (afeksi) :	1. Baik
		2. Labil
		3. Depresi
		4. Gelisah
		5. Cemas

III. PENAPISAN DEPRESI

(GERIATRIC DEPRESSION SCALE)

Pilihlah jawaban yang tepat yang paling tepat, yang sesuai perasaan pasien/ responden dalam dua minggu terakhir

1.	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda ?	YA	TIDAK
2.	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda ?	YA	TIDAK
3.	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?	YA	TIDAK
4.	Apakah anda sering merasa bosan ?	YA	TIDAK
5.	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat ?	YA	TIDAK
6.	Apakah anda takut bahwa sesuatu buruk akan terjadi pada anda ?	YA	TIDAK
7.	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda ?	YA	TIDAK
8.	Apakah anda sering merasa tidak berdaya ?	YA	TIDAK
9.	Apakah anda lebih senang tinggal di rumah dari pada ke luar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru ?	YA	TIDAK
10.	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang ?	YA	TIDAK
11.	Apakah anda pikir bahwa bahwa hidup anda sekarang ini menyenangkan?	YA	TIDAK
12.	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini ?	YA	TIDAK
13.	Apakah anda merasa penuh semangat ?	YA	TIDAK
14.	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan ?	YA	TIDAK
15.	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari anda ?	YA	TIDAK
	SKOR :		

Skor : Hitung jumlah jawaban yang bercetak tebal . Setiap jawaban yang bercetak tebal mempunyai nilai 1.
Skor antara 5 – 9 menunjukkan kemungkinan besar depresi Skor 10 atau lebih menunjukkan depresi

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.rsudmohammadsir.sumbarpov.go.id
 email: rsud.mohammadsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
 Nama Pasien : L/P
 Tanggal Lahir :
 (Mohon diisi atau stempel jika ada)

IV. STATUS FUNGSIONAL (INDEKS ADL BARTHEL)

No	Fungsi	Skor	Keterangan	Nilai Skor
3.01	Mengendalikan rangsang pembuangan tinja	0 1 2	Tak terkendali / tak teratur (perlu pencakar) Kadang-kadang tak terkendali (1x seminggu) Terkendali teratur	
3.02	Mengendalikan rangsang berkemih	0 1 2	Tak terkendali atau pakai kateter Kadang-kadang tak terkendali (hanya 1x/ 24 jam) Mandiri	
3.03	Membersihkan diri (seka muka, sisir rambut, sikat gigi)	0 1	Butuh pertolongan orang lain Mandiri	
3.04	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0 1 2	Tergantung pertolongan orang lain Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri beberapa kegiatan yang lain Mandiri	
3.05	Makan	0 1 2	Tidak mampu Perlu ditolong memotong makanan Mandiri	
3.06	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0 1 2 3	Tidak mampu Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang) Bantuan minimal 1 orang Mandiri	
3.07	Berpindah / berjalan	0 1 2 3	Tidak mampu Bisa (pindah) dengan kursi roda Berjalan dengan bantuan 1 orang Mandiri	
3.08	Memakai baju	0 1 2	Tergantung orang lain Sebagian dibantu (misalnya mengancing baju) Mandiri	
3.09	Naik turun tangga	0 1 2	Tidak mampu Butuh pertolongan Mandiri	
3.10	Mandi	0 1	Tergantung orang lain Mandiri	
TOTAL SKOR				

Keterangan Skor :

20 : Mandiri 5 - 8 : Ketergantungan berat 9-11 : Ketergantungan sedang
 12 - 19 : Ketergantungan ringan 0 - 4 : Ketergantungan total

SKOR INDEKS ADL BARTHEL (ADL)

KEGIATAN	Sebelum sakit	Saat masuk rumah sakit
Mengendalikan rangsang pembuangan tinja		
Mengendalikan rangsang berkemih		
Membersihkan diri		
Menggunakan jamban		
Makan		
Berubah sikap dari berbaring ke duduk		
Berpindah / berjalan		
Memakai baju		
Naik turun tangga		
Mandi		
TOTAL		

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



V. SKOR INDEKS INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING

1	Kemampuan menggunakan telepon a. Menggunakan telepon atas inisiatif sendiri, mampu mencari dan mencari nomor telepon b. Mampu memencet beberapa nomor telepon yang diketahui c. Hanya bisa menjawab telepon tapi tidak mampu memencet nomor telepon d. Sama sekali tidak menggunakan telepon	1 1 1 0
2	Berbelanja a. Mampu menangani semua kebutuhan belanja secara mandiri b. Mampu berbelanja sendiri untuk barang-barang kecil c. Perlu ditemani setiap kali berbelanja d. Sama sekali tidak bisa berbelanja	1 0 0 0
3	Menyiapkan makanan a. Merencanakan, menyiapkan/ memasak dan menyajikan makanan secara mandiri b. Menyiapkan/ memasak makanan jika bahannya sudah disediakan. Memanaskan, menyajikan dan menyiapkan makanan namun tidak memenuhi kebutuhan yang cukup c. Perlu bantuan menyiapkan / memasak dan menyajikan makanan	1 0 0
4	Urusan rumah tangga a. Memelihara rumah sendiri atau sekali perlu bantuan untuk pekerjaan yang berat b. Melakukan pekerjaan rumah tangga yang ringan seperti mencuci piring dan merapikan tempat tidur c. Melakukan pekerjaan rumah tangga ringan namun kurang baik/ tidak bersih d. Bantuan untuk semua pekerjaan rumah tangga e. Sama sekali tidak mampu melakukan pekerjaan rumah tangga	1 1 1 1 0
5	Mencuci pakaian a. Mampu mencuci pakaian sendiri b. Mampu mencuci pakaian-pakaian yang ringan seperti kaus kaki dll c. Kegiatan mencuci pakaian dilakukan oleh orang lain	1 1 0
6	Penggunaan transportasi a. Dapat bepergian dengan menggunakan kendaraan umum atau menyetir sendiri b. Dapat bepergian dengan taxi, bajaj, atau ojek namun tidak dengan kendaraan umum c. Dapat bepergian dengan kendaraan umum jika ditemni d. Bepergian hanya dengan taxi atau mobil sendiri jika ditemani e. Sama sekali tidak mampu bepergian	1 1 1 0 0
7	Tanggung jawab terhadap obat sendiri a. Mampu bertanggung jawab terhadap minum obat dengan dosis dan waktu yang tepat b. Mampu bertanggung jawab terhadap obat jika telah disiapkan c. Tidak mampu minum obat sendiri	1 1 0
8	Mampu mengatur keuangan a. Mampu mengatur masalah keuangan sendiri (merencanakan, membuat catatan, membayar taguhan, dll) b. Mampu mengatur belanja sehari-hari, namun perlu bantuan dalam hal perbankan dll c. Tidak mampu mengatur keuangan sendiri	1 0 0

Total nilai :

*) Skor total antara 0-8

Skor total yang semakin rendah menandakan semakin tinggi tingkat ketergantungan
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.rsudmohammadsir.sumbarprov.go.id
email: rsud.mohammadsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

VI. STATUS NUTRISI (MINI NUTRITIONAL ASSESMENT (MNA))

BB: TB: TL:

Jawablah pertanyaan (PENAPISAN) berikut ini dengan menulis angka yang tepat pada kotak. Jumlahkan jawabannya. Jika skor 11 atau kurang, teruskan dengan PENGKAJIAN untuk mendapatkan SKOR

PENAPISAN (SCREENING)	
A. Apakah ada penurunan asupan makanan dalam jangka waktu 3 bulan oleh karena kehilangan nafsu makan, masalah pencernaan, kesulitan menelan, atau mengunyah? 0 = nafsu makan yang sangat berkurang 1 = nafsu makan sedikit berkurang (sedang) 2 = nafsu makan biasa saja	
B. Penurunan berat badan dalam 3 bulan terakhir: 0 = penurunan berat badan lebih dari 3 kg 1 = tidak tahu 2 = penurunan berat badan 1 – 3 kg 3 = tidak ada penurunan berat badan	
C. Mobilitas 0 = harus berbaring di tempat tidur atau menggunakan kursi roda 1 = bisa keluar dari tempat tidur atau kursi roda, tetapi tidak bisa ke luar rumah. 2 = bisa keluar rumah	
D. Menderita stress psikologis atau penyakit akut dalam 3 bulan terakhir 0 = ya 2 = tidak	
E. Masalah neuropsikologis 0 = demensia berat atau depresi berat 1 = demensia ringan 2 = tidak ada masalah psikologis	
F. Indeks massa tubuh (IMT) (berat badan dalam kg/tinggi badan dalam m ²) 0 = IMT < 19 1 = IMT 19 - < 21 2 = IMT 21 - < 23 3 = IMT 23 atau lebih	
TOTAL	
• Skor PENAPISAN (Subtotal maksimum 14 poin) • Skor ≥ 12 normal, tidak beresiko → tdk perlu melengkapi pengkajian • Skor ≤ 11 kemungkinan malnutrisi → lanjutkan pengkajian	

PENGKAJIAN (ASSESMENT)	
G. Hidup mandiri, tidak tergantung orang lain (bukan di rumah sakit atau panti werdha) 0 = tidak 1 = ya	
H. Minum obat lebih dari 3 macam dalam 1 hari 0 = ya 1 = tidak	
I. Terdapat ulkus dekubitus/luka tekan atau luka di kulit 0 = ya 1 = tidak	
J. Berapa kali pasien makan lengkap dalam 1 hari? 0 = 1 kali 1 = 2 kali 2 = 3 kali	
K. Konsumsi BM tertentu yg diketahui sebagai BM sumber protein (asupan protein) • Sedikitnya 1 penukar dari produk susu (susu, keju, yogurt) per hari (ya/tidak) • Dua penukar atau lebih dari kacang-kacangan atau telur seminggu (ya/tidak) • Daging, ikan, atau unggas tiap hari (ya/tidak) 0,0 = jika 0 atau 1 pertanyaan jawabannya 'ya' 0,5 = jika 2 pertanyaan jawabannya 'ya' 1,0 = jika 3 pertanyaan jawabannya 'ya'	
L. Adakah mengonsumsi 2 penukar atau lebih buah atau sayuran per hari? 0 = tidak 1 = ya	
M. Berapa banyak cairan (air, jus, kopi, teh, susu,...) yang diminum setiap hari? 0,0 = kurang dari 3 gelas 0,5 = 3 sampai 5 gelas 1,0 = lebih dari 5 gelas	
N. Cara makan 0 = tidak dapat makan tanpa bantuan 1 = makan sendiri dengan sedikit kesulitan 2 = dapat makan sendiri tanpa masalah	
O. Pandangan pasien terhadap status gizinya 0 = merasa dirinya kekurangan makan/kurang gizi 1 = tidak dapat menilai/ tidak yakin akan status gizinya 2 = merasa tidak ada masalah dengan status gizinya.	
P. Dibandingkan dengan orang lain yang seumur, bagaimana pasien melihat status kesehatannya? 0,0 = tidak sebaik mereka 0,5 = tidak tahu 1,0 = sama baik 2,0 = lebih baik	
Q. Lingkar Lengan atas (LLA) dalam cm 0,0 = LLA < 21 0,5 = LLA 21 – < 22 1,0 = LLA ≥ 22	
R. Lingkar betis (LB) dalam cm 0 = LB < 31 1 = LB ≥ 31	
SKOR PENGKAJIAN (maksimum 16 poin)	
SKOR PENAPISAN	
PENILAIAN TOTAL (Maksimum 30 poin)	
SKOR INDIKATOR MALNUTRISI	
17 sampai 23,5 poin : beresiko malnutrisi Kurang dari 17 poin : Malnutrisi	

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



VII. STATUS KUALITAS HIDUP (EQ5D) BAGIAN PERTAMA DARI EQ-5D

Mohon beri tanda v pada kotak yang paling sesuai untuk pernyataan tentang tingkat kesehatan Bapak/ Ibu.

1. MOBILITAS

- a. Saya tidak mempunyai masalah untuk berjalan ☐
b. Saya ada masalah untuk berjalan ☐
c. Saya hanya mampu berbaring ☐

2. PERAWATAN DIRI SENDIRI

- a. Saya tidak mempunyai kesulitan dalam perawatan diri sendiri ☐
b. Saya mengalami kesulitan untuk membasuh badan, mandi atau berpakaian ☐
c. Saya tidak mampu membasuh badan, mandi atau berpakaian sendiri ☐

3. AKTIVITAS SEHARI-HARI (mis: pekerjaan rumah tangga, aktivitas keluarga, bersantai)

- a. Saya tak mempunyai kesulitan dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari saya ☐
b. Saya mempunyai keterbatasan dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari ☐
c. Saya tak mampu melaksanakan kegiatan sehari-hari ☐

4. RASA NYERI/ RASA TAK NYAMAN

- a. Saya tidak mempunyai keluhan rasa nyeri atau rasa tak nyaman ☐
b. Saya sering merasakan agak nyeri/ agak kurang nyaman ☐
c. Saya menderita karena keluhan rasa nyeri atau tidak nyaman ☐

5. RASA CEMAS/ DEPRESI

- a. Saya tidak merasa cemas/ gelisah atau depresi (jiwa tertekan) ☐
b. Saya kadang merasa agak cemas atau depresi ☐
c. Saya merasa sangat cemas atau sangat depresi ☐

BAGIAN KEDUA DARI EQ-5D

Untuk menyatakan tingkat kesehatan Bapak/ Ibu, berikut adalah sebuah alat ukur dengan skala yang dapat menggambarkan tingkat kesehatan yang menurut Bapak/ Ibu paling sesuai. Jika tingkat kesehatan yang dirasakan sangat baik maka dapat ditandai ke angka 100 sedangkan jika tingkat kesehatan Bapak/ Ibu sangat buruk maka dapat diberi tanda di angka 0.

Mohon dapat menunjukkan tingkat kesehatan Bapak/ Ibu saat ini dengan menggunakan alat ukur ini dengan cara menarik garis dari kotak dibawah ini ke titik dimana saja yang menggambarkan tingkat kesehatan Bapak/ Ibu.



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.rsudmohammadsir.sumbarprov.go.id
email: rsud.mohammadsir@sumbarprov.go.id

No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

VIII. STATUS FAIRLY

Sistem Skor FI-40 items

No	DEFISIT	SKOR				
		0	0,25	0,5	0,75	1
1	Gangguan Penglihatan	Tidak ada	Ringan	Sedang	Berat	Sangat berat
2	Gangguan Pendengaran	Tidak ada	Ringan	Sedang	Berat	Sangat berat
3	Bantuan untuk makan	Mandiri		Bantuan minimal		Tergantung Total
4	Bantuan untuk berpakaian dan melepas pakaian	Mandiri		Bantuan minimal		Tergantung Total
5	Kemampuan untuk merawat diri	Mandiri		Bantuan minimal		Tergantung Total
6	Bantuan untuk berjalan	Mandiri		Bantuan minimal		Tergantung Total
7	Bantuan untuk tidur dan bangun dari tidur	Mandiri		Bantuan minimal		Tergantung Total
8	Bantuan untuk mandi	Mandiri		Bantuan minimal		Tergantung Total
9	Bantuan untuk pergi ke kamar mandi	Mandiri		Bantuan minimal		Tergantung Total
10	Bantuan untuk menelepon	Mandiri		Bantuan minimal		Tergantung Total
11	Bantuan untuk berjalan mencapai tempat-tempat kegiatan	Mandiri		Bantuan minimal		Tergantung Total
12	Bantuan untuk berbelanja	Mandiri		Bantuan minimal		Tergantung Total
13	Bantuan untuk mempersiapkan makanan sendiri	Mandiri		Bantuan minimal		Tergantung Total
14	Bantuan untuk pekerjaan rumah tangga	Mandiri		Bantuan minimal		Tergantung Total
15	Kemampuan untuk minum obat	Mandiri		Bantuan minimal		Tergantung Total
16	Kemampuan untuk mengurus keuangan sendiri	Mandiri		Bantuan minimal		Tergantung Total
17	Anggapan mengenai tingkat kesehatan sendiri	Sangat baik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
18	Kesulitan untuk melakukan aktivitas sehari-hari	Tidak ada		Kesulitan ringan		Kesulitan berat
19	Hidup sendiri	Tidak				Ya
20	Batuk	Tidak				Ya
21	Merasa lelah	Tidak				Ya
22	Hidung tersumbat atau bersin	Tidak				Ya
23	Tekanan darah tinggi	Tidak				Ya
24	Masalah jantung dan peredaran darah	Tidak				Ya
25	Stroke atau akibat stroke	Tidak				Ya
26	Arthritis atau rematik	Tidak				Ya
27	Penyakit Parkinson	Tidak				Ya
28	Masalah mata	Tidak				Ya
29	Masalah telinga	Tidak				Ya
30	Masalah gigi	Tidak				Ya
31	Masalah paru	Tidak				Ya
32	Masalah lambung	Tidak				Ya
33	Masalah ginjal	Tidak				Ya
34	Tidak dapat mengontrol kemih	Tidak				Ya
35	Tidak dapat mengontrol BAB	Tidak				Ya
36	Diabetes	Tidak				Ya
37	Masalah dengan kaki atau pergelangan kaki	Tidak				Ya
38	Masalah dengan saraf	Tidak				Ya
39	Masalah kulit	Tidak				Ya
40	Fraktur	Tidak				Ya
Skor FI 40 item:		Normal/ Fit/ Robust: $\leq 0,08$; Pre-frail: $>0,08 < 0,25$; Frail: $\geq 0,25$				

Tanggal..... jam
Dokter yang melengkapi pengkajian

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.rsudmohammadsurabarakat.go.id
email: rsud.mohammadsurabarakat@gmail.com



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

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 Jam

Pengkajian diperoleh dari : ☐ Pasien (Auto anamnesa)

☐ Keluarga (Alloanamnesa)

Diisi oleh Dokter.

Nama Ayah :	2. Emosi : a. Mood : b. Afek : c. Kereserasian :
Nama ibu :	3. Gangguan Persepsi :
Nama Suami/Istri :	4. Pikiran : a. Proses pikir : b. Isi Pikir : c. Preokupasi/obsesi :
Riwayat Psikiatri : a. Keluhan Utama	5. Kesadaran dan Kognisi a. Taraf Kesadaran : b. Orientasi : c. Daya Ingat : d. Konsetrasi : e. Perhatian : f. Kemampuan baca & tulis : g. Kemampuan Visiospasial : h. Pikiran Abstrak : i. Intelegensia : j. Kemampuan Menolong diri :
b. Riwayat Penyakit Sekarang	6. Pengendalian Impuls :
c. Riwayat Penyakit Dahulu	7. Daya nilai/Tilikan :
d. Riwayat Penyakit Dahulu	8. Taraf dapat dipercaya :
e. Riwayat Penyakit Dahulu	Diagnosis Multiaksial : Axis I : Axis II : Axis III : Axis IV : Axis V :
d. Riwayat Penyakit Dahulu	Terapi Solok,.....20 Jam,..... Dokter Spesialis Jiwa : (.....)
e. Status Mental 1. Deskripsi Umum a. Penampilan : b. Perilaku dan aktivitas motorik : c. Sikap Terhadap Terapis : d. Pembicaraan :	

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 Sulok Telp: (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.raudmohammadnatsir.sumbareprov.go.id
email: raudmohammadnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

ASESMEN AWAL RESIKO

Ket: beritanda ✓

ASESMEN BUNUH DIRI

BUNUH DIRI Faktor Statik (riwayat)	Ya (1)	Tidak (0)	Tidak tahu	BUNUH DIRI Faktor Dinamis (saa tini)	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 :				JumlahSkor:			
Total Skor Resiko Bunuh Diri : LEVEL : ☐ RENDAH (< 7) ☐ SEDANG (7-14) ☐ BERAT (>14)							

ASESMEN KEKERASAN FISIK

KEKERASAN FISIK Faktor Statik (riwayat)	Ya (1)	Tidak (0)	Tidak tahu	KEKERASAN FISIK Faktor Dinamis (saatini)	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 control diri			
Riwayat penggunaan NAFZA				Penggunaan NAFZA			
JumlahSkor :				JumlahSkor:			

FAKTOR-FAKTOR PENCEGAHAN

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

FAKTOR-FAKTOR LAINNYA

MANAGEMENT PLAN

Skoring	Resiko	Management plan
	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



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Sialit - Telp. (0755) 20001 T.fax: (0755) 20003
Website: www.rsudmohammadnatsir.sumbatprov.go.id
email: rsudmohammadnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis

Nama Pasien

Tanggal Lahir

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ket: beritanda ✓

ASESMEN MELARIKAN DIRI							
MELARIKAN DIRI Faktor Statis (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				Jumlah Skor:			

FAKTOR-FAKTOR PENCEGAHAN :

MANAGEMENT PLAN		
Skoring	Resiko	Management plan
	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 Asesmen :

Jam Asesmen :

Nama Petugas :

Paraf Petugas :

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

JADWAL KEGIATAN HARIAN PASIEN PSIKIATRI/ JIWA

No Telp pasien/keluarga :		Tanggal masuk :	
Kelas rawatan :		Tanggal keluar :	

NO	WAKTU	KEGIATAN	TANGGAL PELAKSANAAN	KET
	08.00 - 09.00	ADL : senam pagi		
	09.00 - 10.00	Penyuluhan		
	10.30 - 10.30	T.A.K		
	10.30 - 12.00	Interaksi (Menonton TV)		
	12.00-13.00	Makan Siang Minum obat Shalat		
	13.00 - 15.30	Istirahat ; tidur siang		
	15.30 - 18.30	T.A.K : Interaksi Shalat ADL : Mandi		
	08.30 – 20.00	Makan malam Shalat magrib		
	20.00 - 05.00	Shalat isya Tidur malam		
	05.00 - 05.30	Shalat Subuh		
	06.00 – 08.00	Membersihkan tempat tidur Mandi		

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



No Rekam Medis:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pasien

Tanggal Lahir

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

PENGKAJIAN KEPERAWATAN JIWA RAWAT INAP PSIKIATRI

PPJP :	Pekerjaan Pasien :
Informan :	Pendidikan Pasien :
No. HP Informan :	Alamat Pasien :

Alasan Masuk Rumah Sakit :

Riwayat Keswa dan Pengobatan : Jelaskan !

Mengalami gangguan jiwa sejak :
Penyebab awal gangguan jiwa :
Pengobatan awal sebelum ke RS :
Pernah rawat inap dimana saja :
Kontrol Rawat jalan di :
Riwayat putus obat :

PSIKOSOSIAL

Pengalaman yang tidak menyenangkan : (Ceritakan/jelaskan)	Konsep Diri	YA	TDK	Jika YA, Jelaskan !
	Mengkritik diri			
	Perasaan tidak mampu			
	Pandangan hidup pesimis			
	Penolakan kemampuan diri			
	Alam Perasaan : Sedih			
	Putus asa			
	Gembira			
	Ketakutan			
	Cemas			

HUBUNGAN SOSIAL

	YA	TDK	Jika YA, Jelaskan !
Siapa orang yang berarti / terdekat			
Peran serta dalam kegiatan kelompok			
Hambatan berhubungan dg orang lain			
Masalah Psikososial dgn : Keluarga			
Kelompok			
Pendidikan			
Ekonomi			
Pekerjaan			

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



STATUS MENTAL

Persepsi	YA	TDK	Jika YA, Jelaskan !
Mendengar suara palsu			
Melihat bayangan palsu			
Merasakan sensasi palsu : Perabaan			
Pengecapan			
Penghiduan			

Isi Pikir / Proses Pikir	YA	TDK	Jika YA, Jelaskan !
Meyakini memiliki kekuasaan			
Meyakini sesuatu yang merugikan			
Memiliki keyakinan agama yang salah			
Meyakini tubuh terserang penyakit			
Meyakini diri sudah meninggal / gaib			
Tingkat kesadaran Disorientasi/bingung			
Memori / gangguan daya ingat			

PERILAKU (Ceklis yang sesuai)

Interaksi saat wawancara	: Sikap Permusuhan (), Tidak Kooperatif (), Mudah Tersinggung (), Penolakan keras (), Mengancam (), Marah ()
Aktifitas motorik	: Tegang (), Gelisah (), Agitasi (), Menyerang (), Kekerasan ()
Pembicaraan	: Cepat (), Keras (), Lambat (), Tidak mampu memulai pembicaraan ()
Afek	: Datar (), Tiumpul (), Labil (), Tidak sesuai ()
Penjelasan :	

PERAWATAN DIRI (Ceklis yang sesuai)

Kebersihan diri	: Rambut Kotor (), Gigi Kotor (), Kulit Berdaki (), Kulit kering/bersisik ()
Berdandan	: Bau Badan (), penyakit kulit (), Kuku Panjang (), Baju kotor ()
Keadaan waktu makan	: Tidak sesuai (), Tidak Rapi (), Acak-acakan (), Pakaian Kotor ()
Keadaan BAB dan BAK	: Tidak mampu () Tidak mau (), Cara tidak sesuai (), Tempat tidak sesuai ()
Penjelasan :	

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



No Rekam Medis

Nama Pasien

Tanggal Lahir

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MEKANISME KOPING (Ceklis yang sesuai)

Destruktif	: Merusak lingkungan (), Merusak diri (), Aniaya fisik ()
Mal adaptif	: Menyalahkan diri (), Menangis (), Alkohol (), Menghindar (), Mencederai diri (), Isyarat bunuh diri (), Ancaman bunuh diri (), Percobaan bunuh diri ()
Penjelasan :	

GENOGRAM :

Keterangan :

Pasien

Laki-laki

Perempuan

Meninggal

Hamil

Menikah

Cerai

Serumah

Keturunan

Kelg ggn Jiwa odgj

Penjelasan riwayat kesehatan keluarga :



ANALISA DATA

DATA	MASALAH KEPERAWATAN
DS : DO :	
DS : DO :	
DS : DO :	

POHON MASALAH : (Masalah Keperawatan Jiwa)

Akibat :
↑
Masalah Utama :
↑
Penyebab :
○

Solok,202...
Perawat,

(
Nama lengkap dan tanda tangan

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA RI. PSIKIATRI

Dx. Keperawatan : Halusinasi

Petunjuk : Beri tanda (✓) jika ditemukan data yang sesuai pada kolom target keperawatan



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20826-20827 Fax (0755) 20003
Website : www.rsudmnatrir.sumbatprov.go.id
E-mail : rsudmnatrir@sumbatprov.co.id

No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :

Pengkajian	Hari ke		Tgl.		Hari ke		Tgl.		Hari ke		Tgl.	
	P	S	M		P	S	M		P	S	M	
DS : - Mengatakan mendengar suara.....												
- Mengatakan melihat bayangan												
- Mengatakan merasa.....												
DO : - Bicara sendiri / Tertawa sendiri												
- Disorientasi waktu/tempat/orang/situasi												
- Fokus melihat/mendengar kesatu arah												
- Pikiran tidak fokus / Konsentrasi buruk												
- Melamun / Menyendiri												
- Gaduh gelisah / Mondar-mandir												
Rencana Tindakan												
Latih Identifikasi halusinasi dan latih menghardik												
Latih 5 BENAR minum obat												
Latih bercakap-cakap												
Latih melakukan aktifitas sesuai kemampuan												
Libatkan TAK Stimulasi Persepsi untuk halusinasi												
Libatkan dalam terapi agama												
SP Keluarga												
Evaluasi Keperawatan												
S : - Mengatakan tidak lagi mendengar suara-suara												
- Mengatakan tidak lagi melihat bayangan												
O : - Tidur nyenyak												
- Konsentrasi membaik												
- Mampu latihan SP Halusinasi / TAK Halusinasi												
A : - Halusinasi												
P : - Latihan Ulang												
- Latihan SP Selanjutnya												
- Kolaborasi dengan profesi lain												
Paraf												
Nama Terang Perawat												

Implementasi Keperawatan Jiwa

Perkembangan Keperawatan

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA RI. PSIKIATRI

Dx. Keperawatan : **Waham**

Penunjang : Beri tanda (✓) jika ditemukan data yang sesuai pada kolom target keperawatan



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20826-20827 Fax: (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbapro.gov.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id

No Rekam Medis: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Nama Pasien :

Tanggal Lahir :

Pengkajian	Hari ke			Tgl.			Hari ke			Tgl.			Hari ke			Tgl.		
	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M
DS :- Mengatakan menjadi, tidak sesuai realita																		
- Merasa curiga, waspada berlebihan																		
- Merasa yakin menderita penyakit fisik																		
DO :- Mudah tersinggung																		
- Inkoheren / Bingung																		
- Perilaku seperti isi waham																		
- Menarik diri																		
- Waspada / Panik																		
-																		
Rencana Tindakan																		
Identifikasi wahamnya & kemampuan Dasar / SDM																		
Tidak mendukung dan tidak membantah waham																		
Latih terlibat aktifitas positif																		
Latih Orientasi realita																		
Ubarkan TAK Orientasi realita																		
Ubarkan dalam terapi agama																		
SP Keluarga																		
Evaluasi Keperawatan																		
S :- Pemikiran tidak realistik																		
- Koheren																		
O :- Emosi stabil / kooperatif																		
- Mampu melatih aspek positif																		
- Mampu latihan SP Waham / TAK Waham																		
A :- Waham																		
P :- Latihan Ulang																		
- Latihan SP Selanjutnya																		
- Kolaborasi dengan profesi lain																		
Paraf																		
Nama Terang Perawat																		

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA RI. PSIKIATRI

Dx. Keperawatan : Resiko Bunuh Diri

Petunjuk : Beri tanda (+) jika ditemukan data yang sesuai pada kolom target keperawatan



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MUHAMMAD NAT SIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20826-20827 Fax. (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbapro.gov.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id



No Rekam Medis:
Nama Pasien
Tanggal Lahir

Pengkajian	Hari ke			Tgl.			Hari ke			Tgl.			Hari ke			Tgl.		
	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M
DS : -Mengungkapkan ingin mati / ide bunuh diri - Merasa banyak dosa/ putus asa/ berduka - Mengucapkan ancaman bunuh diri																		
DO : - Afek datar / murung/ melamun - Menyiapkan alat untuk bunuh diri - Melakukan percobaan bunuh diri - Menyakiti diri yang tidak mengancam nyawa - Tidak bisa tidur - Tidak mau makan / penurunan nafsu makan																		
Rencana Tindakan																		
Identifikasi penyebab RBD, amankan lingkungan																		
Latih membangun harapan dan masa depan																		
Latih cara mengendalikan dorongan bunuh diri																		
Latih aspek positif yang dimiliki																		
Afirmasi positif / Beri reinforcement positif																		
Libatkan TAK/ Kelp Swabantu (Saling mendukung)																		
SP Keluarga																		
Evaluasi Keperawatan																		
S : - Merasa sedih/ putus asa/ tidak berguna																		
- Mengungkapkan harapan/rencana masa depan																		
O : - Ekspresi wajah berseri/ bersemangat																		
- Mampu afirmasi positif																		
- Mampu latihan SP RBD dan terapi agama																		
A : - Resiko Bunuh Diri																		
P : - Latihan Ulang																		
- Latihan SP Selanjutnya																		
- Kolaborasi dengan profesi lain																		
Paraf																		
Nama Terang Perawat																		

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA RI. PSIKIATRI

Dx. Keperawatan : **Resiko Perilaku Kekerasan**

petunjuk : Beri tanda (✓) jika ditemukan data yang sesuai pada kolom target keperawatan



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MUHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20826-20827 Fax (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbaproprov.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id

No Rekam Medis:
Nama Pasien
Tanggal Lahir

Pengkajian	Hari ke			Tgl.			Hari ke			Tgl.			Hari ke			Tgl.		
	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M
DS : -Mengatakan benci/kesal/marah - Mengatakan ingin memukul orang lain - Mengatakan tidak mampu mengontrol emosi																		
DO : - Pandangan tajam / Mata melotot - Tangan mengepal, rahang mengatup - Gelisah dan mondar mandir - Mudah tersinggung - Nada suara tinggi dan bicara kasar - Tekanan Darah ↑, Nadi ↑, Pernafasan ↑																		
Rencana Tindakan																		
Latih mengontrol emosi dengan teknik nafas dalam																		
Latih 5 BENAR minum obat																		
Latih mengungkapkan perasaan secara verbal																		
Latih mengontrol emosi dengan cara spritual																		
Libatkan TAK Stimulasi Persepsi untuk RPK																		
Libatkan dalam terapi agama																		
SP Keluarga																		
Evaluasi Keperawatan																		
S : - Mengatakan masih benci/kesal/marah - Mengatakan sudah mampu mengontrol emosi																		
O : - Ekspresi tegang, emosi stabil, tatapan tajam - Ekspresi tampak tenang, emosi stabil - Mampu latihan SP PK / TAK PK																		
A : - Resiko Perilaku Kekerasan																		
P : - Latihan Ulang - Latihan SP Selanjutnya - Kolaborasi dengan profesi lain																		
Paraf																		
Nama Terang Perawat																		

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA RI. PSIKIATRI

Dx. Keperawatan : **Isolasi Sosial**

Petunjuk : Bertanda (v) jika ditemukan data yang sesuai pada kolom target keperawatan



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20826-20827 Fax (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbarpov.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id

No Rekam Medis:
Nama Pasien
Tanggal Lahir

Pengkajian	Hari ke		Tgl.		Hari ke		Tgl.		Hari ke		Tgl.	
	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M
DS : -Merasa ingin sendiri/ merasa tidak diterima - Merasa tidak aman/takut ditempat umum - Merasa berbeda dengan orang lain												
DO : - Menarik diri - Menolak interaksi - Afek datar/tumpul - Tidak ada kontak mata - Tidak bergairah/ lesu - Menunjukkan permusuhan												
Rencana Tindakan												
Latih Berkenalan												
Latih bercakap-cakap 1 topik dengan 1 orang												
Latih bicara dalam kelompok saat kegiatan												
Latih melibatkan diri dalam kegiatan sosial												
Libatkan TAK Sosialisasi												
SP Keluarga												
Evaluasi Keperawatan												
S : - Mengatakan malu berkenalan - Mengatakan tidak kenal teman												
O : - Tidak bisa berkenalan - Jawaban pendek saat interaksi YA/TIDAK - Bicara tidak jelas / menunduk saat bicara - Mampu latihan SP ISOS / TAK Sosialisasi												
A : - Isolasi Sosial												
P : - Latihan Ulang - Latihan SP Selanjutnya - Kolaborasi dengan profesi lain												
Paraf												
Nama Terang Perawat												

Implementasi Keperawatan Jiwa

Perkembangan Keperawatan

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA RI. PSIKIATRI

Dx. Keperawatan : **Harga Diri Rendah Kronik**

Petunjuk : Beri tanda (✓) jika ditemukan data yang sesuai pada kolom target keperawatan



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MUHAMMADIYAH NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20826-20827 Fax: (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbatprov.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbatprov.co.id



No Rekam Medis:
Nama Pasien
Tanggal Lahir

--	--	--	--	--	--	--	--

Pengkajian	Hari ke		Tgl.		Hari ke		Tgl.		Hari ke		Tgl.	
	P	S	M	I	P	S	M	I	P	S	M	I
DS : -Mengungkapkan perasaan tidak mampu - Mengungkapkan perasaan tidak berarti - Mengungkapkan penilaian diri negatif												
DO : - Berjalan menunduk/ kontak mata (-) - Lesu/Tidak bersemangat/Malas beraktivitas - Berbicara pelan dan lirih - Ekspresi muka datar - Pasif/Tidak ada inisiatif - Tidak mampu mengambil keputusan												
Rencana Tindakan												
Diskusikan kemampuan yang masih dimiliki												
Latih kemampuan 1												
Latih kemampuan 2												
Latih kemampuan 3												
Libatkan TAK Stimulasi Persepsi untuk HDR												
Ubatkan dalam terapi agama												
SP Keluarga												
Evaluasi Keperawatan												
S : - Mengatakan tidak mampu/punya kemampuan - Mengatakan merasa tidak berarti/ berarti												
O : - Tampak tidak bersemangat/ bersemangat - Pasif / Memiliki inisiatif melakukan sesuatu - Mampu melatih kemampuan yang dimiliki												
A : - Harga Diri Rendah Kronik												
P : - Latihan Ulang - Latihan SP Selanjutnya - Kolaborasi dengan profesi lain												
Paraf												
Nama Terang Perawat												

Implementasi Keperawatan Jiwa

Perkembangan Keperawatan

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA RI. PSIKIATRI

Dx. Keperawatan : Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan

Petunjuk : Beri tanda (✓) jika ditemukan data yang sesuai

pada kolom target keperawatan



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MUHAMMADIYAH NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20826-20827 Fax (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbarpov.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id

No Rekam Medis:
Nama Pasien
Tanggal Lahir

Pengkajian	Hari ke		Tgl.		Hari ke		Tgl.		Hari ke		Tgl.	
	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M
DS :- Mengungkapkan kesulitan pengobatan												
- Mengungkapkan kegagalan perawatan												
- Mengungkapkan kegagalan pengobatan												
DO :- Putus obat												
- Tidak tahu cara perawatan & pengobatan												
- Tindakan keluarga dalam merawat tidak tepat												
- Sikap negatif pada perawatan & pengobatan												
- Gagal menerapkan program perawatan												
- Sering kambuh												
Rencana Tindakan												
Identifikasi gejala, penyebab & kemampuan PeKes												
Diskusikan cara merawat di rumah selama ini & untuk mengetahui kesenjangan												
Alarkan dan latih cara perawatan yang tepat												
Libatkan dalam kelompok Swabantu												
Latih cara 5 benar minum obat												
SP Keluarga												
Evaluasi Keperawatan												
S :- Mengatakan mampu merawat diri di rumah												
- Menyebutkan cara 5 benar minum obat												
O :- Pahami cara perawatan di rumah												
- Sikap positif pada perawatan & pengobatan												
- Mendapatkan dukungan keluarga												
A :- Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan												
P :- Latihan Ulang												
- Latihan SP Selanjutnya												
- Kolaborasi dengan profesi lain												
Paraf												
Nama Terang Perawat												

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA RI. PSIKIATRI

Dx. Keperawatan : **Hambatan Komunikasi Verbal**

Petunjuk : Beri tanda (✓) jika ditemukan data yang sesuai pada kolom target keperawatan



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MUHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbic Kota Solok Telp (0755) 20826-20827 Fax (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbarpov.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id

No Rekam Medis:
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :

Pengkajian	Hari ke			Tgl.			Hari ke			Tgl.			Hari ke			Tgl.		
	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M
DS : - Ungkapan verbal tidak ada																		
DO : - Tidak mampu berbicara																		
- Respon tidak sesuai (inkoheren)																		
- Tidak mau bicara sama sekali (mutism)																		
- Mengulang kata-kata yg didengar																		
- Sulit memahami komunikasi																		
- Menggunakan kata-kata simbolik																		
- Bahasa gado-gado, tidak berhubungan																		
- Bicara berbelit-belit																		
Rencana Tindakan																		
Latih orientasi realita, tugas, waktu, tempat																		
Latih komunikasi verbal dan non verbal																		
Bantu pemenuhan kebutuhan disertai komunikasi																		
Latih komunikasi bertahap dari simple ke kompleks																		
Lindungi keselamatan pasien																		
Libatkan TAK Stimulasi Sensori & orientasi realita																		
SP Keluarga																		
Evaluasi Keperawatan																		
S : - Ungkapan verbal tidak ada / tidak jelas																		
O : - Bicara berbelit-belit																		
- Sulit memahami komunikasi																		
- Menggunakan kata-kata simbolik																		
- Mampu latihn komunikasi simple ke kompleks																		
A : - Hambatan Komunikasi Verbal																		
P : - Latihan Ulang																		
- Latihan SP Selanjutnya																		
- Kolaborasi dengan profesi lain																		
Paraf																		
Nama Terang Perawat																		

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA RI. PSIKIATRI

Dx. Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

Petunjuk : Beri tanda (✓) jika ditemukan data yang sesuai pada kolom target keperawatan, *coret yang tidak sesuai



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20926-20927 Fax (0755) 20003
Website : www.rsudmohammadsir.sumbbarprov.go.id
E-mail : rsud.mohammadsir@sumbarprov.co.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :

Pengkajian	Hari ke		Tgl.	Hari ke		Tgl.	Hari ke		Tgl.	Hari ke		Tgl.
	P	S		P	S		P	S		P	S	
DS : - Malas/Tidak mau mandi*/keramas*												
- Malas/ Tidak mau gosok gigi* / makan*												
- Malas/ Tidak mau BAB/BAK di toilet												
DO : - Kulit berdeki/kotor*, rambut kotor/berkutu*												
- Mulut berbau*, gigi kotor*												
- Cara berpakaian tidak sesuai/ berantakan												
- Makanan berserakan*, Tidak mampu makan*												
- BAB/BAK Sembarangan												
Implementasi Keperawatan Jiwa												
Rencana Tindakan												
Latih cara menjaga kebersihan diri												
Latih cara berdandan yang baik dan benar												
Latih cara makan yang baik dan benar												
Latih cara eliminasi yang baik dan benar												
Libatkan TAK untuk Defisit Perawatan Diri												
SP Keluarga												
Edukasi pentingnya kebersihan diri												
Evaluasi Keperawatan												
S : - Mengatakan mampu mandi, gosok gigi, kramas												
- Mengatakan mau makan sendiri												
O : - Kebersihan diri terjaga, mampu berdandan												
- Mampu makan sendiri dengan baik dan benar												
- Mampu BAB/ BAK di toilet												
A : - Devisit Perawatan Diri												
P : - Latihan Ulang												
- Latihan SP Selanjutnya												
- Kolaborasi dengan profesi lain												
Paraf												
Nama Terang Perawat												



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



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL MEDIS PASIEN RAWAT INAP MATA/ THT
(Harus dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat inap)

Tanggal masuk ruang rawat.....20..... jam:..... Unit Kerja :.....

STATUS LOKALIS THT (diisi oleh dokter spesialis THT)

a. Telinga	Telinga Luar:	Daun Telinga Liang Telinga
	Telinga Tengah:	Membran Tympani
	Audio Metri:	
b. Hidung	Hidung Luar	
	Hidung Dalam	Cavum nasi Concae Septum nasi Concae Interior
c. Tenggorokan	Tonsil : Daerah posterior farinx:	
	Larinx:	Epiglottis Pita Suara

Diagnosa :

Anjuran :

Solok,

Dokter Spesialis THT

(.....)

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.sumbaprov.go.id
email: rsud.matsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL MEDIS PASIEN RAWAT INAP MATA/ THT

(Harus dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat inap)

Tanggal masuk ruang rawat.....20..... jam:..... Unit Kerja :.....
Pemeriksaan Fisik khusus Mata (diisi oleh dokter spesialis mata)



Mata Kanan (Right Eye)	Parameter	Mata Kiri (Left Eye)
	Visus Sebelum koreksi (Visual Acuity)	
	Pemeriksaan Kaca mata lama dengan Lensometer	
	Auto Refraktometer	
	Koreksi (Corection)	
	Adisi (addition)	
	Pupil Distance	
	Visus Setelah di koreksi	
	Kelopak Mata (Eyelid)	
	Konjungtiva (Conjungtiva)	
	Kornea (Cornea)	
	Bilik Mata Depan (COA)	
	Iris	
	Pupil	
	Lensa (Lens)	
	Vitreus	
	Fundus	
	Posisi Bola Mata	
	TIO	
	Keratometri	
	Biometri	
	Gerakan Bola Mata (Eye Movement)	
	Persepsi Warna (Color Perseption)	
	Lapang Pandang (Visual Field)	

Diagnosa :

Solok,

Anjuran :

Dokter Spesialis Mata

(.....)

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 Tumbio Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks: (0755) 204 03
Website: www.rsudmnaatir.sumbareprov.go.id
email: rsud.mnaatir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL MEDIS PASIEN NEUROLOGI

(Harus dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat inap)

Tanggal masuk ruang rawat.....20..... jam:..... Unit Kerja :.....

ANAMNESIS(diisi oleh dokter)

Pengkajian diperoleh dari : ☐ Pasien Sendiri (Auto anamnesa)

☐ Keluarga, hubungan dengan pasien..... (Alloanamnesa)

Status Internis

1. Keadaan Umum : Tekanan darah.....Nadi.....Pernafasan:..... Suhu.....
2. Cranium

3. Leher

4. Thorak

5. Abdomen

6. Extremitas

a. Status Psikiatri

b. Status Neurologis

> Kepala

Pupil	Diameter : /	☐ Isokor ☐ Anisokor
Reflek cahaya		
Reflek Kornea		
Nervus Cranialis (I-XII):		

Pemeriksaan saraf cranial

No	Nama	Jenis	Hasil
I	Olfaktorius	Sensori	☐ Bisa membedakan dua bau yang berbeda ☐ Tidak
II	Optik	Sensori	☐ Bisa membaca , Visus..... pupil..... ☐ Tidak normal
III	Okulomotor	Motorik	☐ Pergerakan otot mata keatas bisa dilakukan ☐ Tidak
IV	Troklearis	Motorik	☐ Pergerakan otot mata kebawah bisa dilakukan ☐ Tidak
V	Trigeminus	Gabungan	☐ Otot kunyah tidak ada gangguan ☐ ada gangguan
VI	Abdusen	Motorik	☐ Pergerakan otot mata kesamping kiri /kanan bisa ☐ Tidak
VII	Fasialis	Gabungan	☐ Fungsi 2/3 anterior lidah berfungsi baik ☐ Tidak ☐ Bisa merasakan hapusan kapas pada wajah ☐ Tidak
VIII	Vestibulokoklearis/ auditorius	Sensori	☐ Fungsi pendengaran dan keseimbangan baik ☐ Tidak
IX	Glossofaringeus	Gabungan	☐ Disuruh pasien mengucapkan "aaah" anak lidah berada tepat ditengah-tengah pangkal lidah ☐ pangkal lidah condong ke kiri ☐ pangkal lidah condong ke kanan
X	Vagus	Gabungan	☐ Jika diletakkan tong spatel pada pangkal lidah ada reflek muntah ☐ Tidak ada reflek muntah
XI	Aksesorius	Motorik	☐ Pergerakan otot bahu bisa dilakukan ☐ tidak
XII	Hipoglosus	Motorik	☐ Membersihkan mulut dengan lidah bisa ☐ tidak

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.sumbaprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

➤ **Pemeriksaan tanda rangsang meningeal :**

- kaku kuduk : ☐ ada tahanan pada leher ☐ tidak ada tahanan pada leher
- Kernig : ☐ ada rasa nyeri ditekuk pada ischiadikus atau pangkal paha atau tahanan pada waktu dilakukan fleksi < 60 derajat ☐ negatif tidak ada tahanan atau nyeri
- Lasegue : ☐ positif ekstensi sendi lutut tidak mencapai sudut 135 derajat disertai spasme otot paha dan rasa nyeri ☐ negatif tidak ada spasme dan nyeri
- Brudzink I : ☐ saat melakukan pemeriksaan kaku kuduk kedua kaki involunter nilai positif ☐ normal; kaki tidak involunter
- Brudzink II : ☐ saat melakukan kernig kaki yang satunya lagi juga ikut ☐ normal tidak ikut

➤ **Vertebra**

➤ **Extremitas**

Reflek Fisiologis :

Reflek Patologis

Pemeriksaan kekuatan otot

T.ka

T.ki

K. ka

K. ki

➤ **Status Kesadaran**

☐ Glasgow Coma Scale Dewasa ☐ Glasgow Coma Scale Anak: > usia 2 tahun

< usia 2 tahun

Mata	Terbuka spontan	4	Mata	Terbuka spontan	Terbuka spontan	4
	Terbuka saat dipanggil/diperintahkan	3		Terbuka terhadap suara	Terbuka saat dipanggil	3
	Terbuka terhadap rangsang nyeri	2		Terbuka terhadap rangsang nyeri	Terbuka terhadap rangsang nyeri	2
	Tidak merespons	1		Tidak merespons	Tidak merespons	1
Verbal	Orientasi baik	5	Verbal	Orientasi baik	Berceloteh	5
	Disorientasi / bingung	4		Disorientasi / bingung	Menangis, gelisah	4
	Jawaban tidak sesuai	3		Jawaban tidak sesuai	Menangis terhadap rangsang nyeri	3
	Suara yang tidak dapat dimengerti (erangan, teriakan)	2		Suara yang tidak dapat dimengerti (erangan, teriakan)	Merintih, mengerang	2
	Tidak merespons	1		Tidak merespons	Tidak merespons	1
Pergerakan	Mengikuti perintah	6	Pergerakan	Mengikuti perintah	Pergerakan normal	6
	Melokalisasi nyeri	5		Melokalisasi nyeri	Menarik diri (withdraw) terhadap sentuhan	5
	Menarik diri (withdraw) dari rangsang nyeri	4		Menarik diri (withdraw) dari rangsang nyeri	Menarik diri (withdraw) dari rangsang nyeri	4
	Fleksi abnormal anggota gerak terhadap rangsang nyeri	3		Fleksi abnormal anggota gerak terhadap rangsang nyeri	Fleksi abnormal anggota gerak terhadap rangsang nyeri	3
	Ekstensi abnormal anggota gerak terhadap rangsang nyeri	2		Ekstensi abnormal anggota gerak terhadap rangsang nyeri	Ekstensi abnormal anggota gerak terhadap rangsang nyeri	2
	Tidak merespons	1		Tidak merespons	Tidak merespons	1

Total skor: mata + verbal + pergerakan = (Skor 13 – 15 = ringan, Skor 9 – 12 = sedang, Skor 3 – 9 = berat)

Kesadaran :

Tanggal / Jam

DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Sisingang Rambio Kota Sialit - Telp (0755) 20001 Faks (0755) 20003
Website: www.puskesmas-sunberprov.go.id
email: rsud.mohammadnatsir@prov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

Asesmen tambahan

Tanggal masuk ruang rawat : 20 jam : Unit Kerja :

**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				
	2 Pengkajian status fungsional				
	3 Pengkajian Kebutuhan Pendidikan Kesehatan				
	a. Proses Penyakit				
	b. Obat-obatan				
	c. Prosedur, cara perawatan				
	d. Pencegahan faktor resiko				
	e. Lingkungan yang perlu dipersiapkan				
	f. Rencana tindak lanjut				
TAHAP II Fase Diagnostik (dilengkapi sesuai dengan kebutuhan)	4 Pengkajian pemahaman pasien/ keluarga terhadap penjelasan yang diberikan tim kesehatan				
	5 Diskusi tentang proses penyakit				
	a. Pengertian, penyebab, tanda dan gejala				
	b. faktor resiko				
	c. Komplikasi				
	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)				
	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 Diskusi tentang sistem dukungan keluarga, finansial, dan alat/ transportasi yang akan digunakan pasien				



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rimbuto Kota Solok Telp. (0753) 20001 Faks (0753) 20002
Website: www.rsummdmohammadnatsir.go.id
email: rsud.mohammadnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

CATATAN PULANG		PELAKSANAAN			KETERANGAN
		SUDAH DIBERIKAN		BELUM DIBERIKAN	
		TGL	PETUGAS	ALASAN	
1	Resep/ obat-obatan				
2	Surat kontrol				
3	Rujukan rehabilitasi				
4	Surat rujukan/jawaban rujukan				
5	Surat tanda bukti selesai administrasi				
6	Leaflet/ Informasi Kesehatan (bila ada)				

Obat-obatan yang dibawa pulang :

No	NAMA OBAT	DOSIS	JUMLAH	No	NAMA OBAT	DOSIS	JUMLAH
1.				9			
2.				10			
3.				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 :

Nama Penjemput :

Hubungan dengan pasien :

Discharger Planer/ perawat

Solok,
Pasien/ Keluarga

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.sumbaprov.go.id
email: rsud.matsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN RESTRAIN

PENGKAJIAN STATUS MENTAL

Kesadaran : ☐ compos mentis ☐ Apatitis ☐ Delirium ☐ samnolen ☐ stupor ☐ coma
GCS : E..... M..... V.....
Tanda vital: TD :/.....mmHg, Nadi :x/mt RR:.....x/mt Suhu:.....C.
Skala nyeri :
Hasil Observasi :
☐ Pasien gelisah atau delirium dan berontak
☐ Pasien tidak kooperatif
☐ Ketidakmampuan 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 PENGKAJIAN 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

Perawat / bidan yang
melakukan pengkajian

Keluarga yang menyetujui

Tanggal / Jam

DPJP yang melakukan
pengkajian

(.....) (.....) (.....)

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) 20003
Website: www.rsudmatsir.sumbaprov.go.id
email: rsud.matsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Asesmen tambahan : Kelompok khusus
Lanjutkan pengisian rawat inap Setelah dari IGD/ Rawat jalan

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI RAWAT INAP PENYAKIT MENULAR/ INFEKSIUS

Tanggal masuk : 20..... jam:..... Unit Kerja :

ANAMNESIS(diisi oleh dokter)

Pengkajian diperoleh dari : ☐ Pasien Sendiri (Auto anamnesa)

☐ Keluarga, hubungan dengan pasien..... (Alloanamnesa)

KELUHAN UTAMA (diisi oleh dokter)

PEMERIKSAAN MULTI ORGAN (diisi oleh dokter)

Keadaan Umum :

HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG KHUSUS (dicantumkan oleh dokter)

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

Diagnosa sementara :

Diagnosa Diferensial

Penatalaksanaan

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

Kebutuhan Edukasi Khusus ruang isolasi yaitu

☐ Pengertian tanda dan gejala TB, pencegahan dan peraturan ruang isolasi

☐

☐

☐

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

Tanda tangan dan nama jelas

Tanggal / Jam

Perawat yang melakukan pengkajian

Tanggal / Jam

DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

(.....)

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.sumbaprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI IGD/ RAWAT JALAN PENYAKIT MENULAR/ INFEKSIUS

(dilengkapi dalam waktu 2 jam pertama pasien masuk ruang IGD / sesuai perubahan kondisi pasien)
(dilengkapi dalam waktu 2 jam pertama pasien masuk ruang rawat jalan/ Cluster)

Tanggal masuk :20..... jam:..... Unit Kerja : IGD/ KLINIK

Pengkajian diperoleh dari : ☐ Pasien Sendiri (Auto anamnesa)

☐ Keluarga, hubungan dengan pasien..... (Alloanamnesa)

Beri tanda ☒ pada ☐ sesuai tempat masuk pasien.

☐ GAWAT DARURAT (diisi oleh dokter)

Skrining Awal

ANAMNESIS(diisi oleh dokter)

Kesimpulan : (Diisi oleh dokter)

Jenis Penyakit menular atau penyakit infeksi ☐ Rabies ☐ Trakoma ☐ Erisipelas ☐ Skabies
☐ Antraks ☐ Gas-gangren ☐ Penyakit pada kaki dan mulut ☐ TB Paru ☐ HIV-AIDS
☐ HIV/ TB ☐ Varicella ☐ Difteri ☐ Influenza ☐ Variola ☐ Morbili ☐ Meningitis
☐ Demam skarlet ☐ Flu Burung SAR ☐ Ebola ☐ Infeksi Menular Seksual (IMS): Sifilis,
gonorrhoe ☐ Malaria ☐ Demam Dengue ☐ Cacingan ☐ Penyakit kulit ☐ Tetanus
☐ Diare aktif ☐ _____ ☐ _____

Tindak Lanjut : Ditempatkan di ruang isolasi IGD ☐ Tidak ☐ ya, alasan _____

Atau dipindahkan ke ruang Isolasi khusus ☐ rawat Inap _____

☐ Ruang MDR/ TB _____

Diare aktif periksa : ☐ clostridium difficile / ☐ Staphylococcus aureus yang
resisten terhadap terhadap methicillin

Dirujuk Ke RS Lain _____

Tanggal / Jam

Dokter jaga yang melakukan pengkajian

(.....)

☐ RAWAT JALAN (diisi oleh dokter)

Pasien Masuk Rawat jalan setelah dilakukan konsul ke poli spesialis _____

ANAMNESIS(diisi oleh dokter)

Tindak Lanjut Medis:

Kesimpulan :

Ditempatkan di ruang isolasi ☐ Tidak ☐ ya, _____

☐ Ruang MDR/ TB _____

Atau dipindahkan ke ruang Isolasi khusus ☐ rawat Inap _____

Yang dilakukan perawat/ bidan di klinik.....

☐ Perawat melampirkan format skrining pasien rawat jalan dan cek penggunaan masker

☐ Khusus pasien TB/ TB MDR tempatkan di ruang tunggu khusus.

Tanggal / Jam

Perawat yang melakukan pengkajian

(.....)

Tanggal / Jam

DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

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.rsudmohammadnatsir.sumbaprov.go.id
 email: rsud.mohammadnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
 Nama Pasien : L/P
 Tanggal Lahir :
 (Mohon diisi atau stempel jika ada)

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

CATATAN KHUSUS PASIEN PERAWATAN AKHIR KEHIDUPAN (PASIEN TERMINAL
(Diisi oleh dokter dalam waktu 1 x 24 jam)

Berat Badan : _____ Kg	Tinggi Badan : _____ cm	IMT: _____ kg/ m ²
Kewarganegaraan : ☐ WNI ☐ WNA	Suku Bangsa : Sebutkan : _____	
Bahasa yang digunakan ☐ Indonesia ☐ Inggris ☐ Bahasa Daerah ☐ Bahasa asing lainnya	Agama : ☐ Islam ☐ Kristen ☐ Katolik ☐ Hindu ☐ Budha ☐ Kepercayaan	
Status : ☐ Belum Menikah ☐ Sudah menikah ☐ Cerai	Yang merawat : ☐ Suami/ istri ☐ Anak ☐ Tidak ada ☐ lain-lain	
Tanggal : ____ / ____ / ____	Nama lengkap keluarga	Tanda tangan

Perawatan Terintegrasi

Insight	Pasien	Keluarga
Mengetahui diagnosis	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
Mengetahui prognosis	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
Mengetahui tujuan perawatan	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
Keagamaan/ dukungan spritual	Pasien	Keluarga
Kebutuhan dan dukungan spiritual pada pasien	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
Keagamaan/ dukungan spiritual pada keluarga/ lainnya	☐ Keadaan koma	☐ Ya ☐ Tidak
Kecemasan pasien/ kerabat terhadap diri sendiri/ orang lainnya	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
Dukungan dari tim secara keseluruhan	☐ Keadaan koma	☐ Ya ☐ Tidak
Identifikasi tradisi keagamaan	☐ Ya ☐ Tidak Sebutkan, jika ya	☐ Ya ☐ Tidak Sebutkan, jika ya
Identifikasi kebutuhan khusus saat ini, waktu saat sebelum kematian, pada saat dan setelah kematian	☐ Ya ☐ Tidak Sebutkan, jika ya	☐ Ya ☐ Tidak Sebutkan, jika ya

Isu Psikologis

--	--	--	--	--	--	--	--

Asesmen Sistematis Jika diperlukan

General	Ya	Tidak	Keterangan	Kardio/ respiratori	Ya	Tidak	Keterangan
Lelah	☐	☐		Sesak nafas	☐	☐	
Gangguan tidur	☐	☐		Batuk	☐	☐	
Postur dan pola jalan	☐	☐		Sputum	☐	☐	
				Hemoptisis	☐	☐	

Saluran Kemih	Ya	Tidak	Keterangan	Psikologis	Ya	Tidak	Keterangan
Gangguan kemih	☐	☐		Sedih	☐	☐	
Gangguan kandungan kateter	☐	☐		Depresi	☐	☐	
				Cemas	☐	☐	
Kulit	Ya	Tidak	Keterangan	Lainnya	Ya	Tidak	Keterangan
Gatal	☐	☐			☐	☐	
Kemerahan	☐	☐			☐	☐	



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: rsudmnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :

Nama Pasien : L/P

Tanggal Lahir :

Nafsu makan hilang	☐	☐	Sakit kepala	☐	☐
Gangguan oral	☐	☐	Pusing	☐	☐
Penurunan Berat Badan	☐	☐	Pingsan	☐	☐
Disfagia	☐	☐	Kelemahan	☐	☐
Mual	☐	☐	tungkai	☐	☐
Muntah	☐	☐	Penurunan	☐	☐
Konstipasi	☐	☐	kesadaran	☐	☐
Diare	☐	☐	Kebingungan	☐	☐
Hematemesis	☐	☐	Hilang memori	☐	☐
Malena	☐	☐	Halusinasi	☐	☐
	☐	☐	Mimpi buruk	☐	☐

Komunikasi dengan keluarga/ kerabat	Keluarga
Identifikasi bagaimana memberitahu keluarga/ kerabat tentang masa kritis pasien	☐ Setiap saat ☐ Tidak pada malam hari ☐ Pada saat menginap di Rumah Sakit

Asesmen Pasien

Diagnosis	Tanggal: _____	Differential diagnosis	Tanggal _____
Prinsip hidup/ pilihan	Hasil Pemeriksaan diagnosis (Labor, radiologi dll)		
Riwayat obat-obatan			
Rencana tatalaksana Gejala			
Rencana tata Laksana Nutrisi			
Kebutuhan / permintaan khusus Rohaniawan/ Pendororan organ			

Advance care plan (ACP)/ Do Not Resuscitate (DNR)/ Paliative care Program

Nama :	No Rekam Medik
Dokter :	Tanggal
Tingkat Kenyamanan ACP	
Pasien : ☐ Sangat nyaman ☐ Nyaman ☐ Tidak nyaman ☐ Sangat tidak nyaman	

Tanggal / Jam

DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

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.sumbarprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :

--	--	--	--	--	--

Nama Pasien : _____ L/P
Tanggal Lahir : _____
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Asesmen tambahan : Kelompok khusus
Lanjutkan pengisian rawat inap Setelah dari IGD/ Rawat jalan

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI RAWAT INAP SISTEM IMUN TERGANGGU

Tanggal masuk :20..... jam:..... Unit Kerja :

ANAMNESIS(diisi oleh dokter)

Pengkajian diperoleh dari : ☐ Pasien Sendiri (Auto anamnesa)

☐ Keluarga, hubungan dengan pasien..... (Alloanamnesa)

KELUHAN UTAMA (diisi oleh dokter)

PEMERIKSAAN MULTI ORGAN (diisi oleh dokter)

Kadaan Umum :

HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG KHUSUS (dicantumkan oleh dokter)

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

Diagnosa sementara :

Diagnosa Diferensial

Penatalaksanaan

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

Kebutuhan Edukasi Khusus ruang isolasi yaitu

☐ Pengertian tanda dan gejala, pencegahan dan peraturan ruang khusus

☐

☐

☐

Tanda tangan dan nama jelas

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

Tanggal / Jam

Perawat yang melakukan pengkajian

Tanggal / Jam

DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

(.....)

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 Rumbio Kota Solok Telp. (0753) 20003 Faks: (0753) 20003
Website: www.rsudmohammadnatsir.sumbapro.go.id
email: rsudmohammadnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI DI IGD/ RAWAT JALAN SISTEM IMUN TERGANGGU

(dilengkapi dalam waktu 2 jam pertama pasien masuk ruang IGD / sesuai perubahan kondisi pasien)
(dilengkapi dalam waktu 2 jam pertama pasien masuk ruang rawat jalan/ Cluster)

Tanggal masuk :20..... jam:..... Unit Kerja : IGD/ KLINIK

Pengkajian diperoleh dari : ☐ Pasien Sendiri (Auto anamnesa)

☐ Keluarga, hubungan dengan pasien..... (Alloanamnesa)

Beri tanda √ pada ☐ sesuai tempat masuk pasien.

☐ GAWAT DARURAT (diisi oleh dokter)

Skrining Awal

ANAMNESIS(diisi oleh dokter)

Kesimpulan : (Diisi oleh dokter)

Jenis Penyakit gangguan autoimun ☐ Lupus ☐ Rheumatoid arthritis ☐ Multiple sclerosis (MS)

☐ Sindrom Guillain-Barre ☐ Diabetes melitus tipe 1 ☐ Psoriasis

☐ Penyakit Graves ☐ Hashimoto ☐ Myasthenia gravis (MG) ☐ Vaskulitis

☐ HIV/ AIDS ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

Tindak Lanjut : Ditempatkan di ruang _____ alasan _____

Atau dipindahkan ke ruang Isolasi khusus ☐ rawat Inap _____

Dirujuk Ke RS Lain _____

Tanggal / Jam

Dokter jaga yang melakukan pengkajian

(.....)

☐ **RAWAT JALAN (diisi oleh dokter)**

Pasien Masuk Rawat jalan setelah dilakukan konsul ke poli spesialis _____

ANAMNESIS(diisi oleh dokter)

Tindak Lanjut Medis:

Kesimpulan :

Jenis Penyakit gangguan autoimun ☐ Lupus ☐ Rheumatoid arthritis ☐ Multiple sclerosis (MS)

☐ Sindrom Guillain-Barre ☐ Diabetes melitus tipe 1 ☐ Psoriasis

☐ Penyakit Graves ☐ Hashimoto ☐ Myasthenia gravis (MG) ☐ Vaskulitis

☐ HIV/ AIDS ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

Ditempatkan di ruang isolasi ☐ Tidak ☐ ya, _____

Acc dirawat inap dengan alasan : _____

Dirujuk ke RS lain :

Khusus pasien suspect/ dengan HIV/AIDS langsung dikirim klinik VCT

Dirawat di rawat inap di ruang : _____

Tanggal / Jam

Perawat yang melakukan pengkajian

Tanggal / Jam

DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

(.....)

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.rsudmohammadnatsir.sumbareprov.go.id
email: rsud.mohammadnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

ASESMEN WAJIB LAPOR DAN REHABILITASI MEDIS
(Pengkajian Awal Pasien Dengan Kecanduan Obat Terlarang Dan Alkohol)

Tanggal Kedatangan :		Nomor Rekam Medik :		Nama :		Tgl lahir:	
Alamat tempat tinggal :		Telp/HP :		Jenis Kel: 1 (Laki-laki) 2 (Perempuan)			
1	INFORMASI DEMOGRAFIS	1.	Status Perkawinan :	Belum Menikah = 1			
				Menikah = 2			
				Duda / Janda = 3			
2.	Pendidikan terakhir :	Tidak sekolah/Tdk tamat SD = 0					
		Tamat SD = 1					
		Tamat SLTP = 2					
		Tamat SLTA = 3					
3.		Tamat Akademi = 4					
		Tamat PT = 5					
2	STATUS MEDIS	1.	Tanggal asesmen (.....)	Riwayat rawat inap yang tidak terkait masalah narkotika			
				Jenis Penyakit			
				Dirawat tahun			
				Lamanya			
2.	Skala Penilaian Pasien	2.	Riwayat penyakit kronis :	Ya = 1		Tidak = 0	
				Jenis Penyakit :			
				Saat ini sedang menjalani terapi medis ? Ya = 1 Tidak = 0			
				Jenis terapi medis yang dijalani saat ini:			
3.		3.	Jenis terapi medis yang dijalani saat ini:				
4.		4.	Status Kesehatan	Apakah Pernah Di Tes			
				4.1 HIV Ya = 1 Tidak = 0			
				4.2 Hepatitis B Ya = 1 Tidak = 0			
				4.3 Hepatitis C Ya = 1 Tidak = 0			
3	STATUS PEKERJAAN / DUKUNGAN HIDUP	1.	Status pekerjaan	Tidak bekerja = 1			
				Bekerja = 2			
				Mahasiswa / pelajar = 8			
				Ibu rumah tangga = 9			
2.	Bila bekerja, pola pekerjaan :	Purna waktu = 1					
		Paruh waktu = 2					
		Tidak tentu = 99					
3.	Kode Pekerjaan :	(lihat petunjuk)					
4.	Keterampilan teknis yang dimiliki:						
5.	Adakah yang memberi dukungan hidup bagi anda ?	Ya = 1		Tidak = 0 (Lanjut domain 4)			
6.	Bila Ya, siapakah ?						
7.	Dalam bentuk apakah?	Finansial Ya = 1 Tidak = 0					
		Tempat tinggal Ya = 1 Tidak = 0					
		Makan Ya = 1 Tidak = 0					
		Pengobatan / Perawatan: Ya = 1 Tidak = 0					

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



ASESMEN WAJIB LAPOR DAN REHABILITASI MEDIS
(Pengkajian Awal Pasien Dengan Kecanduan Obat Terlarang Dan Alkohol)

4	STATUS PENGGUNAAN NARKOTIKA Tanggal asesmen (.....) Skala Penilaian Pasien 	Jenis Cara Penggunaan 1. Oral 2. Nasal/sublingual/suppositoria 3. Merokok 4. Injeksi Non-IV 5. IV				
		Jenis Napza				
		D.1 Alkohol	☐	☐	☐	☐
		D.2 Heroin	☐	☐	☐	☐
		D.3 Metadon / Buprenorfin	☐	☐	☐	☐
		D.4 Opiat lain / Analgesik	☐	☐	☐	☐
		D.5 Barbiturat	☐	☐	☐	☐
		D.6 Sedatif / Hipnotik	☐	☐	☐	☐
		D.7 Kokain	☐	☐	☐	☐
		D.8 Amfetamin	☐	☐	☐	☐
		D.9 Kanabis	☐	☐	☐	☐
		D.10 Halusinogen	☐	☐	☐	☐
		D.11 Inhalan	☐	☐	☐	☐
		D.12 Lebih dari 1 zat / hari (termasuk alkohol)	☐	☐	☐	☐
		13. Jenis zat utama yang disalahgunakan :				
		14. Pernahkah menjalani terapi rehabilitasi ?	Ya = 1	Tidak = 0		
		15. Bila ya, jenis terapi rehabilitasi yang dijalani ? Keterangan :				
		16. Pernahkah mengalami overdosis ?	Ya = 1	Tidak = 0 (lanjut domain 5)		
17. Bila ya, kapan waktu OD?						
5	STATUS LEGAL Tanggal asesmen (.....) Skala Penilaian Pasien 	18. Cara penanggulangan				
		Perawatan di RS = 1				
		Perawatan di Puskesmas = 2				
		Sendiri = 3				
		Berapa kali kah dalam hidup anda ditangkap dan dituntut dengan hal berikut :				
		1. Mencuri di toko / vandalisme	☐	☐	☐	
		2. Bebas bersyarat / masa percobaan	☐	☐	☐	
		3. Masalah narkoba	☐	☐	☐	
		4. Pemalsuan	☐	☐	☐	
		5. Penyerangan bersenjata	☐	☐	☐	
		6. Pembobolan dan pencurian	☐	☐	☐	
		7. Perampokan	☐	☐	☐	
		8. Penyerangan	☐	☐	☐	
		9. Pembakaran rumah	☐	☐	☐	
		10. Perkosaan	☐	☐	☐	
		11. Pembunuhan	☐	☐	☐	
		12. Pelacuran	☐	☐	☐	
		13. Melecehkan pengadilan	☐	☐	☐	
14. lain-lain ;	☐	☐	☐			
(masukkan jumlah total pengadil'an, tidak hanya vonis hukuman. Jangan masukkan kejahatan anak-anak (sebelum usia 18) kecuali kalau mereka dituntut sebagai orang dewasa).						
15. Berapa kali tuntutan diatas berakibat vonis hukuman?	☐	☐	☐			

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.rsudmnatrir.sumbarpov.go.id
email: rsud.mnatrir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

ASESMEN WAJIB LAPOR DAN REHABILITASI MEDIS (Pengkajian Awal Pasien Dengan Kecanduan Obat Terlarang Dan Alkohol)

6	Riwayat keluarga / Sosial	Dalam situasi seperti apakah anda tinggal 3 tahun belakangan ini?				
	Tanggal asesmen (.....)	1.	Dengan pasangan & anak = 1	Dengan teman = 6		
			Dengan pasangan saja = 2	Sendiri = 7		
			Dengan anak saja = 3	Lingkungan terkontrol = 8		
			Dengan orang tua = 4	Kondisi yang tidak stabil = 9		
			Dengan Keluarga = 5			
	Skala Penilaian Pasien	(Pilih situasi yang paling menggambarkan 3 tahun terakhir. Jika terdapat situasi yang berganti-ganti maka pilihlah situasi yang paling terakhir)				
		2.	Apakah anda hidup dengan seseorang yang mempunyai masalah penyalahgunaan zat sekarang ini? Ya = 1 Tidak = 0			
	7	STATUS PSIKIATRIS	Jika ya, siapakah ia/mereka (centang pada kolom berikut)			
			3.	1	Saudara kandung / tiri	Ya = 1	Tidak = 0
			2	Ayah / Ibu	Ya = 1	Tidak = 0
			3	Pasangan	Ya = 1	Tidak = 0
			4	Om / tante	Ya = 1	Tidak = 0
			5	Teman	Ya = 1	Tidak = 0
			6	Lainnya :	Ya = 1	Tidak = 0
Skala Penilaian Pasien		Tanggal asesmen (.....)	Apakah anda memiliki konflik serius dalam berhubungan dengan : (Ya = 1 Tidak = 0)			
			4.		30 hari terakhir	Sepanjang hidup
				1	Ibu	☐	☐
			2	Ayah	☐	☐
			3	Adik / kakak	☐	☐
			4	Pasangan	☐	☐
			5	Anak - anak	☐	☐
			6	Keluarga lain yang berarti (jelaskan	☐	☐
			7	Teman akrab	☐	☐
			8	Tetangga	☐	☐
	9	Teman sekerja	☐	☐		
Skala Penilaian Pasien	Tanggal asesmen (.....)	Apakah anda pernah mengalami hal-hal berikut ini (yang bukan akibat langsung dari penggunaan Napza) Ya = 1 Tidak = 0				
		1.	Mengalami depresi serius (kesedihan, putus asa, kehilangan minat, susah konsentrasi	☐	☐	
		2.	Mengalami rasa cemas serius / ketegangan, gelisah, merasa khawatir berlebihan?	☐	☐	
		3.	Mengalami halusinasi (melihat / mendengar sesuatu yang tidak ada obyeknya)	☐	☐	
		4.	Mengalami kesulitan mengingat atau fokus pada sesuatu	☐	☐	
		5.	Mengalami kesukaran mengontrol perilaku kasar, termasuk kemarahan atau kekerasan	☐	☐	
		6.	Mengalami pikiran serius untuk bunuh diri ?	☐	☐	
		7.	Berusaha untuk bunuh diri ?	☐	☐	
		8.	Menerima pengobatan dari psikiater ?	☐	☐	

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.sumbaprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

ASESMEN WAJIB LAPOR DAN REHABILITASI MEDIS
(Pengkajian Awal Pasien Dengan Kecanduan Obat Terlarang Dan Alkohol)

		MASALAH YANG DIHADAPI										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
KESIMPULAN	Medis											
	Pekerjaan / Dukungan											
	Napza											
	Legal											
	Keluarga / sosial											
	Psikiatri											
DIAGNOSA KERJA	Klien memenuhi kriteria diagnosis Napza F											
	Diagnosis Lainnya											
RENCANA TERAPI DAN REHABILITASI	Resume Masalah :											
	Rencana Terapi :	1	Asesmen lanjutan / mendalam									
		2	Evaluasi Psikologis									
		3	Program Detoksifikasi									
		4	Wawancara Motivasional									
		5	Intervensi Singkat									
		6	Terapi Rumatan									
		7	Rehabilitasi rawat inap									
		8	Konseling									
		9	Lain-lain									
PETUGAS ASESMEN	Tanda tangan / Nama Jelas											
MENGETAHUI DOKTER	Tanda tangan / Nama Jelas											
MENYETUJUI PASIEN	Tanda tangan / Nama Jelas											

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.rsudmohammadsir.sumbarprov.go.id
email: rsud.mohammadsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

ASESMEN WAJIB LAPOR DAN REHABILITASI MEDIS
(Pengkajian Awal Pasien Dengan Kecanduan Obat Terlarang Dan Alkohol)

PEMERIKSAAN FISIK	1.	Tekanan darah :					
	2.	Nadi :					
	3.	Pernapasan (RR) :					
	4.	Suhu (celcius) :					
	5.	Pemeriksaan Sistemik :					
		Sistem pencernaan	Sistem jantung dan pembuluh darah	Sistem pernapasan	Sistem saraf pusat	THT dan kulit	Keterangan
	6.	Hasil Urinalisis					
		Jenis Zat					
		Benzodiazepin	Ya = 1	Tidak = 0			
		Kanabis	Ya = 1	Tidak = 0			
		Opiat	Ya = 1	Tidak = 0			
		Amfetamin	Ya = 1	Tidak = 0			
		Kokain	Ya = 1	Tidak = 0			
		Barbiturat	Ya = 1	Tidak = 0			
		Alkohol	Ya = 1	Tidak = 0			



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



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

RENCANA ASUHAN TERINTEGRASI atau PLAN OF CARE

Hari/Tanggal/ jam	Hari :.../ /	Hari :.../ /	Hari :.../ /
Diagnosis Kerja			
Masalah Kebutuhan/ prioritas			
Kewaspadaan	☐ Standar ☐ Airborne ☐ Kontak ☐ Droplet	☐ Standar ☐ Airborne ☐ Kontak ☐ Droplet	☐ Standar ☐ Airborne ☐ Kontak ☐ Droplet
Tim Dokter	DPJP _____ TIM : _____ _____ _____	DPJP _____ TIM: _____ _____ _____	DPJP _____ TIM: _____ _____ _____
Pemeriksaan	☐ Laboratorium ☐ _____ ☐ _____ ☐ Radiologi _____	☐ Laboratorium ☐ _____ ☐ _____ ☐ Radiologi _____	☐ Laboratorium ☐ _____ ☐ _____ ☐ Radiologi _____
Prosedur/ Tindakan			
Nutrisi	Diet: _____ Batasan cairan ☐ Tidak ☐ ya	Diet: _____ Batasan cairan ☐ Tidak ☐ ya	Diet: _____ Batasan cairan ☐ Tidak ☐ ya
Aktivitas	☐ Tirah baring total ☐ Tirah baring parsial ☐ Mandiri	☐ Tirah baring total ☐ Tirah baring parsial ☐ Mandiri	☐ Tirah baring total ☐ Tirah baring parsial ☐ Mandiri
Pengobatan	☐ Sesuai IMR ☐ Revisi pengobatan _____ _____	☐ Sesuai IMR ☐ Revisi pengobatan _____ _____	☐ Sesuai IMR ☐ Revisi pengobatan _____ _____
Keperawatan	☐ Observasi asuhan Keperawatan ☐ Prosedur Keperawatan ☐ Kolaborasi dengan medis ☐ Pendidikan Kesehatan	☐ Observasi asuhan Keperawatan ☐ Prosedur Keperawatan ☐ Kolaborasi dengan medis ☐ Pendidikan Kesehatan	☐ Observasi asuhan Keperawatan ☐ Prosedur Keperawatan ☐ Kolaborasi dengan medis ☐ Pendidikan Kesehatan
Tindakan Rehabilitasi Medik	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
Konsultasi			
Sasaran			
Nama & Paraf Dokter			

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.rsudmohammadnatsir.sumbaprov.go.id
email: rsud.mohammadnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

RENCANA ASUHAN TERINTEGRASI atau PLAN OF CARE

Hari/Tanggal/ jam	Hari :.../ /	Hari :.../ /	Hari :.../ /
Diagnosis Kerja			
Masalah Kebutuhan/ prioritas			
Kewaspadaan	☐ Standar ☐ Airborne ☐ Kontak ☐ Droplet	☐ Standar ☐ Airborne ☐ Kontak ☐ Droplet	☐ Standar ☐ Airborne ☐ Kontak ☐ Droplet
Tim Dokter	DPJP _____ TIM : _____ _____ _____	DPJP _____ TIM: _____ _____ _____	DPJP _____ TIM: _____ _____ _____
Pemeriksaan	☐ Laboratorium ☐ _____ ☐ _____ ☐ Radiologi _____	☐ Laboratorium ☐ _____ ☐ _____ ☐ Radiologi _____	☐ Laboratorium ☐ _____ ☐ _____ ☐ Radiologi _____
Prosedur/ Tindakan			
Nutrisi	Diet: _____ Batasan cairan ☐ Tidak ☐ ya	Diet: _____ Batasan cairan ☐ Tidak ☐ ya	Diet: _____ Batasan cairan ☐ Tidak ☐ ya
Aktivitas	☐ Tirah baring total ☐ Tirah baring parsial ☐ Mandiri	☐ Tirah baring total ☐ Tirah baring parsial ☐ Mandiri	☐ Tirah baring total ☐ Tirah baring parsial ☐ Mandiri
Pengobatan	☐ Sesuai IMR ☐ Revisi pengobatan _____ _____	☐ Sesuai IMR ☐ Revisi pengobatan _____ _____	☐ Sesuai IMR ☐ Revisi pengobatan _____ _____
Keperawatan	☐ Observasi asuhan Keperawatan ☐ Prosedur Keperawatan ☐ Kolaborasi dengan medis ☐ Pendidikan Kesehatan	☐ Observasi asuhan Keperawatan ☐ Prosedur Keperawatan ☐ Kolaborasi dengan medis ☐ Pendidikan Kesehatan	☐ Observasi asuhan Keperawatan ☐ Prosedur Keperawatan ☐ Kolaborasi dengan medis ☐ Pendidikan Kesehatan
Tindakan Rehabilitasi Medik	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
Konsultasi			
Sasaran			
Nama & Paraf Dokter			

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.rsudmohammadsatir.sumbatprov.go.id
email: rsudmohammadsatir@sumbatprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

CLINICAL PATHWAY TERINTEGRASI

Nama Pasien	:	Umur/tgl lahir	:	BB	:
Jenis Kelamin	:	Tgl masuk RS	:	TB	:
No. Rekam Medis	:	Tgl keluar RS	:		:
Ruang Perawatan/ Kls	:		:		:
Diagnosis Utama	:	Appendisitis	:	Kode ICD	:
					Rencana Rawat : 4 hari

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI KE					KETERANGAN
		1	2	3	4	5	
1. ASESMEN AWAL	Asesmen Awal IGD						OS masuk lewat IGD
	Asesmen Awal Spesialis (DPJP)						
2. LABORATORIUM	a. Hematologi rutin						
	b. HbSag						
	c. Masa pembekuan dan masa perdarahan						
	d. Tes kehamilan (wanita usia subur)						
	e. Kimia klinik (usia >40th)						
3. RADIOLOGI/IMAGING ELEKTROMEDIK	a. Thoraks foto (usia >40th)						
	b. BNO/ foto polos abdomen						
	c. EKG (usia > 40 th)						
	d. USG Abdomen						
4. KONSULTASI	a. Spesialis Anatesi						
	b. spesialis penyakit dalam(usia >40th)						
	c. Spesialisasi lain yang dirasa perlu						
5. ASESMEN LANJUTAN	Asesmen Ulang DPJP						Visite dokter
	Asesmen kondisi darurat						Dokter jaga
6. INFORMASI & EDUKASI	Penjelasan Diagnosis						oleh DPJP
	Rencana Terapi						
	Risiko						
	Komplikasi/KTD						DPJP & perawat
	Prognosa						DPJP
	Edukasi & latihan						oleh perawat
7. RENCANA PEMULANGAN	Identifikasi kebutuhan edukasi dan latihan selama perawatan						oleh DPJP & Perawat
	Identifikasi Kebutuhan di rumah						oleh DPJP, Perawat
8. ASUHAN KEPERAWATAN	Asesmen Keperawatan						setiap pergantian shift
	Masalah keperawatan						
	a. Nyeri						
	b. Hipertermi						
	c. Ansietas						
	d. Mual						
	e. Resiko intoleransi aktivitas						
	Intervensi/Tindakan Keperawatan						
	1. Manajemen nyeri: relaksasi, distraksi						
	2. Bantu pemenuhan Activity Daily Living						
	3. Manajemen mual						
	4. Persiapan operasi: edukasi pra operasi, persiapan fisik: mandi, penyiapan organ, enema, ganti pakaian pelepasan perhiasan, persetujuan tindakan						
	5. Kolaborasi pemasangan infus						
	6. Kolaborasi pemberian obat						
7. Perawatan luka							

Beri tanda (✓) : Bila sudah dilakukan



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



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

CLINICAL PATHWAY TERINTEGRASI

Nama Pasien	:		Umur/tgl lahir	:		BB	:	
Jenis Kelamin	:		Tgl masuk RS	:		TB	:	
No. Rekam Medis	:		Tgl keluar RS	:			:	
Ruang Perawatan/ Kls	:			:			:	
Diagnosis Utama	:	Dengue Haemorrhagic Fever	Kode ICD	:		Rencana Rawat	:	7 hari

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI KE							KETERANGAN
		1	2	3	4	5	6	7	
1. ASESMEN AWAL	Asesmen Awal IGD/Klinik RJ								OS masuk lewat IGD atau Klinik R
	Asesmen Awal Spesialis (DPJP)								
2. LABORATORIUM	a. Hematologi rutin (Hb,Ht, leuko,trombo)								
	b. Hematologi rutin(Ht,Trombo)								
	c. Serologi dengue								
3. RADIOLOGI/IMAGING ELEKTROMEDIK	Thoraks foto								
4. ASESMEN LANJUTAN	Asesmen Ulang DPJP								Visite dokter
	Asesmen kondisi darurat								Dokter jaga
5. INFORMASI & EDUKASI	Penjelasan Diagnosis								oleh DPJP
	Rencana Terapi								
	Risiko								DPJP & perawat
	Komplikasi/KTD								
	Prognosa								DPJP
	Edukasi & latihan								oleh perawat
7. RENCANA PEMULANGAN	Identifikasi kebutuhan edukasi dan latihan selama perawatan								oleh DPJP & Perawat
	Identifikasi Kebutuhan di rumah								oleh DPJP, Perawat
8. ASUHAN KEPERAWATAN	Asesmen Keperawatan								setiap pergantian shift
	Masalah keperawatan								
	a. Hipertermi								
	b. Resiko kekurangan volume cairan								
	Intervensi/Tindakan Keperawatan								
	a. Monitor tanda-tanda vital								
	b. Kompres pasien dalam lipat paha dan axila								
	c. Kaji tanda dan gejala dehidrasi								
	d. Tingkatkan intake cairan dan nutrisi								
	Observasi								
	a. Tanda-tanda vital								
	c. Tanda syok hipovolemik								
d. Tanda-tanda perdarahan									
9. TATA LAKSANA MEDIS									
Non medikamentosa	a. Istirahat								
	b. Diet ML/ MB, anjuran banyak minum								
Medikamentosa									
Cairan Infus	a. Kristaloid								
	b. koloid								
Obat Oral	a. Antipiretik								
	b. Simtomatis sesuai indikasi								
Obat Oral	a. Antipiretik								Obat Pulang
	b. Simtomatis sesuai indikasi								



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.sumbatprov.go.id
email: rsud.matsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

CLINICAL PATHWAY TERINTEGRASI

Nama Pasien :	Umur/tgl lahir :	BB :
Jenis Kelamin :	Tgl masuk RS :	TB :
No. Rekam Medis :	Tgl keluar RS :	
Ruang Perawatan/ Kls :	Kode ICD :	Rencana Rawat : 5 hari
Diagnosis Utama : Hipertensi		

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI KE					KETERANGAN
		1	2	3	4	5	
1. ASESMEN AWAL	Asesmen Awal IGD/Klinik RJ						OS masuk lewat IGD atau Klinik RJ
	Asesmen Awal Spesialis (DPJP)						
2. LABORATORIUM	a. Hematologi rutin (Hb,Ht, leuko,trombo)						
	b. Kimia klinik (Gula darah random, ureum, creatinin)						
	c. elektrolit						
	d. Profil lipid						
	e. Urinalisa rutin dan feces						
3. RADIOLOGI/IMAGING ELEKTROMEDIK	a. EKG						
	b. RO thorak						
4. KONSULTASI	a. Spesialis mata						
	b. Spesialis syaraf						
	c. Ahli gizi						
5. ASESMEN LANJUTAN	Asesmen Ulang DPJP						Visite dokter
	Asesmen kondisi darurat						Dokter jaga
6. INFORMASI & EDUKASI	Penjelasan Diagnosis						oleh DPJP
	Rencana Terapi						
	Risiko						
	Komplikasi/KTD						DPJP & perawat
	Prognosa						DPJP
	Edukasi & latihan						oleh DPJP & perawat
7. RENCANA PEMULANGAN	Identifikasi kebutuhan edukasi dan latihan selama perawatan						oleh DPJP & Perawat
	Identifikasi Kebutuhan di rumah						oleh DPJP, Perawat, Gizi setiap pergantian shift
8. ASUHAN KEPERAWATAN	Asesmen Keperawatan						
	Masalah keperawatan						
	a. Curah jantung						
	b. Nyeri						
	Intervensi/Tindakan Keperawatan						
	a. Pantau tanda-tanda vital						
	b. Kaji respon pasien terhadap aktivitas						
	c. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan faktor presipitasi						
	d. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri						
	Observasi						
	a. Tanda-tanda vital						
b. Skala nyeri							
c. Reaksi non verbal dari ketidaknyamanan							
9. TATA LAKSANA MEDIS							
• Non medikamentosa	a. Diet rendah garam						
	b. Diet rendah kolesterol pada keadaan tertentu						
• Medikamentosa							
- Oksigen							
- Cairan Infus	Kristaloid						
- Obat Oral	a. ACE Inhibitor/ ARB (catopril, cinopril, ramipril)						
	b. CCB (Amlodipin,						
	c. Diuretik (HCT						
	d. Simtomatis sesuai indikasi						



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



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

CLINICAL PATHWAY TERINTEGRASI

Nama Pasien :	Umur/tgl lahir :	BB :
Jenis Kelamin :	Tgl masuk RS :	TB :
No. Rekam Medis :	Tgl keluar RS :	
Ruang Perawatan/ Kls :		
Diagnosis Utama : SEKSIO SESARIA	Kode ICD :	Rencana Rawat : 4 hari

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI KE				KETERANGAN
		1	2	3	4	
1. ASESMEN AWAL	Asesmen Awal IGD Asesmen Awal Spesialis (DPJP)	☒				OS masuk lewat IGD
2. LABORATORIUM	a. Hematologi rutin b. Golongan darah (ABO dan Rh type, uji silang (crossmatched) c. Penipisan virus HIV dan HBSAg d. Kimia klinik e. Analisa urine	☒				
3. RADIOLOGI/IMAGING ELEKTROMEDIK	USG					
4. KONSULTASI	Spesialis Anastesi	☒				
5. ASESMEN LANJUTAN	Asesmen Ulang DPJP Asesmen kondisi darurat		☒			Visite dokter Dokter jaga
6. INFORMASI & EDUKASI	Penjelasan Diagnosis Rencana Terapi Risiko tindakan Komplikasi/KTD Prognosa Edukasi & latihan	☒				oleh DPJP DPJP & Bidan DPJP oleh Bidan
7. RENCANA PEMULANGAN	• Identifikasi kebutuhan edukasi dan latihan selama perawatan • Identifikasi Kebutuhan di rumah	☒				oleh DPJP & Bidan oleh DPJP, Bidan
8. ASUHAN KEBIDANAN	Asesmen Kebidanan Masalah kebidanan a. Cemas b. Nyeri akut d. Resiko perlambatan pemulihan luka e. Resiko infeksi Intervensi/Tindakan Kebidanan a. Menurunkan kecemasan edukasi, persiapan fisik: mandi, ganti pakaian, pelepasan perhiasan, persetujuan tindakan c. Melakukan perawatan post partum sectio caesaria d. Melakukan manajemen nyeri e. Melakukan perawatan luka f. Memfasilitasi/ membantu latihan mobilitasi dini g. Memberikan terapi relaksasi i. Membantu memenuhi perawatan diri Observasi a. Tanda-tanda vital b. DJJ dan gerakan janin c. Kadar Hb dan Ht d. Fetus dengan doppler	☒	☒	☒	☒	setiap pergantian shift
9. TATA LAKSANA MEDIS						
• Medikamentosa						
• Injeksi	a. Ceftriaxone 2x1gr b. Gentamicin 2x80mg c. Oksitocin d. Methil ergometrin	☒	☒	☒	☒	

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

RM.RI 04.1.5/Rev 01. 2019/RM.36.4



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



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Tanggal Masuk : Ruangan : DPJP :
Diagnosa Medis : MPP :

FORM A. ASESSMEN AWAL MANAJEMEN PELAYANAN PASIEN (MPP)

1. Skrining awal dan assesmen untuk manajemen pelayanan pasien

- | | | | | |
|--|--------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|
| A. Usia >65 tahun yang total care | ☐ | ya | ☐ | tidak |
| B. Pasien resiko tinggi/ multi diagnosis | ☐ | ya | ☐ | tidak |
| C. Potensi komplain tinggi | ☐ | ya | ☐ | tidak |
| D. Keluarga yang menunggu | ☐ | ada | ☐ | tidak ada |
| E. Readmisi | ☐ | ya | ☐ | tidak |
| F. Biaya tinggi | ☐ | ya | ☐ | tidak |
| G. Masalah finansial | ☐ | asuransi
bermasalah | ☐ | tidak ada
asuransi |
| H. Rencana Pemulangan beresiko | ☐ | ya | ☐ | tidak |

2. Identifikasi masalah dan kesempatan

- ☐ pasien dan keluarga belum mengerti / pemahaman yang kurang memadai tentang penyakit dan tata laksana yang akan dilakukan
- ☐ tingkat asuhan yang tidak sesuai panduan, norma yang digunakan
- ☐ ketidakpatuhan pasien
- ☐ kurangnya dukungan keluarga
- ☐ tingkat keparahan /komplikasi meningkat (penurunan determinasi pasien)
- ☐ pemulangan : tempat tinggal jauh/ butuh rehabilitasi/ home care
- ☐ masalah pembiayaan yang kompleks
- ☐ masalah finansial

3. Perencanaan Manajemen Pelayanan Pasien

- ☐ MPP berkolaborasi dengan PPA
- ☐ MPP menyarankan kepada PPA untuk penatalaksanaan sesuai dengan standar dan BPJS
- ☐ MPP memberikan edukasi dan advokasi kepada keluarga untuk dapat percaya diri dalam pengambilan keputusan.

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



FORM. B CATATAN IMPLEMENTASI MANAJEMEN PELAYANAN PASIEN

Tgl/ jam	CATATAN
	Pelaksanaan Perencanaan Manajemen Pelayanan Pasien
	Perencanaan Manajemen Pelayanan Pasien
	☐ MPP Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai rencana pelayanan yang akan dilakukan PPA, termasuk rencana nutrisi, farmasi, rehabilitasi sesuai format
	☐ MPP berkolaborasi dengan PPA
	☐ MPP menyarankan kepada PPA untuk melaksanakan penatalaksanaan sesuai standar dan BPJS
	☐ MPP memberikan edukasi dan advokasi kepada keluarga untuk dapat percaya diri dalam pengambilan keputusan
	☐ MPP memastikan bahwa sumber pembiayaan selama perawatan sudah tercover BPJS/ pihak pembayar
	Monitoring
	☐ MPP berkolaborasi dengan PPA dalam pencatatan perjalanan dan perkembangan pasien selama perawatan
	☐ MPP memverifikasi respon pasien dan keluarga kemungkinan adanya perubahan dan perencanaan asuhan pasien
	☐ MPP berkolaborasi dengan PPA jika ada perubahan dengan rencana pelayanan
	Fasilitasi, Koordinasi, dan Kolaborasi
	☐ MPP berkolaborasi dengan PPA dan unit lain seperti asuransi/ pihak pembayar
	☐ MPP secara aktif mengembangkan pelayanan yang berfokus pada pasien dan membantu asuhan terintegrasi dengan PPA
	☐ MPP menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang fasilitas yang akan diberikan selama perawatan di rumah sakit
	☐ MPP berkolaborasi dengan PPA terkait privasi pasien
	☐ MPP membantu PPA dalam mengatasi perbedaan pelayanan antar disiplin ilmu
	☐ MPP berkolaborasi dengan PPA tentang pemulangan pasien dijelaskan pada pasien dan keluarga
	Advokasi
	☐ MPP berkoordinasi dengan PPA dan staf lain tentang kebutuhan pasien dan kemampuan pasien selama pelayanan
	☐ MPP menjelaskan kepada pasien dan keluarga terkait pembiayaan dan pengobatan untuk selanjutnya saat kontrol
	Hasil Pelayanan
	☐ MPP mengevaluasi dan mendokumentasikan hasil yang disampaikan oleh PPA kepada pasien dan keluarga
	☐ MPP mencatat keberhasilan semua hal yang sudah dilakukan selama memberikan pelayanan kepada pasien
	☐ MPP menilai, mencatat, dan melaporkan apakah pasien puas terhadap pelayanan
	☐ MPP mengevaluasi kepuasan pasien dan keluarga
	Terminasi
	☐ MPP menyampaikan kepada pasien dan keluarga bahwa asuhan yang diberikan selama pelayanan sesuai dengan prosedur rumah sakit
	Solok, MPP



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.sumbaprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
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)

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:

- Medis (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

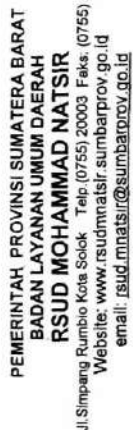
- PPA lain :Apoteker : minimal 1x sehari, jika ada perubahan penting kondisi pasien

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



No Rekam Medis
Nama Pasien
Tanggal Lahir
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

LP

OBSERVASI TERINTEGRASI

[illegible]



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Sook Tel: (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmohammadnatsir.sumbatprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbatprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi/ atau stempel jika ada)

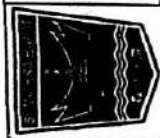
L/P

ASESMEN AWAL DAN ULANG CPOT (Critical Pain Observation Tools)

Indikator	Kategori	Nilai dan Waktu (Tanggal / bulan / tahun / pukul)											
		.../.../... PKL.....	.../.../... PKL.....	.../.../... PKL.....	.../.../... PKL.....	.../.../... PKL.....	.../.../... PKL.....	.../.../... PKL.....	.../.../... PKL.....	.../.../... PKL.....	.../.../... PKL.....	.../.../... PKL.....	.../.../... PKL.....
Ekspresi Wajah (Facial)	Rileks / tenang , netral : Tidak ada ketegangan otot	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Tegang : Merengut, menurunkan alis, ketegangan otot sekitar mata atau ada perubahan lain (mis; mata terbuka, mengeluarkan air mata saat tindakan)	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Merangis : semua gerakan wajah pada skor 1 ditambah kelopak mata menutup rapat sekali (pasien mungkin membuka mulut atau mengigit ETT)	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
Gerakan tubuh	Tidak bergerak sama sekali atau posisi normal	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Perlindungan / protection : gerakan lambat, berhati-hati, menyentuh atau mengusap / memijat / menggosok lokasi yang nyeri. Mencari perhatian dgn gerakan	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Gelisah / agitas : Menarik tube atau selang, berusaha untuk duduk, menggerakkan anggota tubuh/ memukul-mukul, menyerang petugas, mencoba keluar/ turun dari tempat tidur	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
Penyesuaian dengan ventilator (pasien terintubasi)	Toleransi terhadap ventilator baik : Alarm tidak teraktivasi, bernapas (Ventilasi) dengan mudah	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Batuk tetapi dapat ditoleransi : batuk, alarm mungkin teraktivasi tetapi berhenti secara spontan	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Fighting dengan ventilator : tidak sinkron dengan ventilator :ventilasi terhambat , alarm sering teraktivasi	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
Vokalisasi (pasien tidak terintubasi)	Atau												
	Nada bicara normal atau tidak ada suara	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Mengeluh, merintih, mengerang	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Menangis, menjerit, terisak-isak	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
	Rileks : Tidak ada tahanan terhadap gerakan pasif	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
Ketegangan otot. Evaluasi fleksi dan ekstensi ekstremitas atas pada saat pasien diubah posisi	Tegang, Kaku : Terdapat tahanan terhadap gerakan pasif	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Sangat tegang atau kaku : terdapat tahanan yang kuat terhadap gerakan pasif atau tidak dapat diselesaikan	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
	Jumlah nilai												
0 : Tidak Nyeri	1-3 : Nyeri Ringan												
4-6 : Nyeri Sedang	7-10 : Nyeri Berat												
	Perawat yang melakukan asesmen												

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

Hal dari



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

☐☐☐☐☐☐

No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

ASESMEN AWAL DAN ULANG NYERI (FLACCS) (Untuk anak usia 1 sampai 3 tahun))

Kategori	Parameter	Waktu (Tanggal / bulan / tahun / pukul)									
		Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang
Wajah	Rileks, ada kontak mata atau senyum	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Sesekali meringis atau mengerutkan kening	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Sering cemberut, mata tertutup, mulut terbuka	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
	Posisi normal atau santai	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
Kaki	Tidak nyaman, gelisah, tegang	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Menegang atau kaki disusun	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
	Aktivitas normal, bergerak dengan mudah	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Menggelat, menggeser, maju mundur, tegang	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
Aktivitas	Melengkung, kaku	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
	Tidak menangis (terjaga atau tertidur	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Erangan atau renekan, keluhan sesekali	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Menangis terus, terlakan atau isak tangis, sering mengeluh	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
Kenyamanan	Tenang atau santai	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Nyaman ketika disentuh, dipeluk sesekali	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Sulit nyaman walaupun sudah di sentuh, dipeluk, dan diajak bicara	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
	Total										
	Tindakan	☐ Obat	☐ Obat	☐ Obat	☐ Obat	☐ Obat	☐ Obat	☐ Obat	☐ Obat	☐ Obat	☐ Obat
	Nama perawat										
	Nilai FLACCS	☐ 0 : Tidak Nyeri	☐ 1-3 : Nyeri Ringan	☐ 4-6 : Nyeri Sedang	☐ 7-10 : Nyeri Berat						



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.sumbareprov.go.id
email: rsudmatsir@sumbarprov.go.id



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

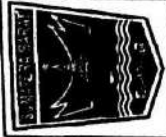
ASESMEN AWAL DAN ULANG NYERI

Neonatal Infants Pain Scale (NIPS) untuk usia anak kurang dari 1 tahun

Kategori	Parameter	Waktu (Tanggal / bulan / tahun / pukul)									
		Skor awal	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang
Ekspresi Wajah	Santai	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Merlingis	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Tidak menangis	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Merengek	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Menangis kuat	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
Pola Bernapas	Santai	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Perubahan bernapas	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
Lengan	Santai	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Fleksi / ekstensi	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
Kaki	Santai	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Fleksi / ekstensi	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
Keadaan Rangsangan	Tertidur / bangun	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Rewel	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
Denyut Jantung	>10% dari baseline	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	>11-20% dari baseline	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	>20% dari baseline	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
Saturasi Oksigen	Tidak diperlukan oksigen tambahan	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Diperlukan tambahan oksigen	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
Total Nilai											
Pengelolaan nyeri dengan tindakan		☐ obat	☐ obat	☐ obat	☐ obat	☐ obat	☐ obat	☐ obat	☐ obat	☐ obat	☐ obat
Nama perawat											
Nilai NIPS : ☐ 0 : Tidak nyeri ☐ 1-2 : Nyeri Ringan ☐ 3-4 : Nyeri Sedang ☐ 4 : Nyeri Berat											

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

Hal dari



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



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

ASESMEN AWAL DAN ULANG NYERI

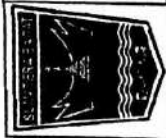
Neonatus Infant Pain Scale (NIPS) (Untuk bayi aterm dan preterm usia 0-1 bulan)

Kategori	Parameter	Waktu (Tanggal / bulan / tahun / pukul)									
		Skor awal	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang
Ekspresi Wajah	Otot wajah rileks, ekspresi tenang	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Otot wajah tegang, alis berkerut, rahang dan dagu mengunci	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Tenang . tidak menangis	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
Tangisan	Mengering sebentar sebentar menangis	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Terus menerus menangis, menangis kencang, melengking	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
	Note menangis dalam dapat dimasukkan dalam skor ini, jika bayi berintubasi dengan dasar penilaiannya pergerakan mulut dan wajah										
Pola Nafas	Rileks, nafas reguler	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Pola nafas berubah : tidak teratur, lebih cepat dari biasanya, tersedak, menahan nafas	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Rileks, otot tangan tidak kaku, kadang fleksi ekstensi yang kaku, meluruskan tangan tapi dengan cepat melakukan fleksi/ ekstensi yang kaku										0
Tangan	Rileks, otot-otot tidak kaku, kadang kaki bergerak tidak beraturan	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Fleksi/ ekstensi yang kaku, meluruskan kai tapi dengan cepat melakukan fleksi/ ekstensi yang kaku	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Tidur pulas atau cepat bangun, alert dan tenang	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
Kesadaran	Rewel, gelisah dan meronta-ronta	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Nilai total 1-7										
	Nama perawat bidan melakukan pengkajian & paraf										

Catatan : 1. Skor > 3 mengindikasikan bahwa bayi mengalami nyeri
2. Observasi dilakukan setiap shift pada saat pengukuran tanda vital, pasien pertama kali dirawat dan pasien dengan pasca tindakan
3. Bila skor > 3 observasi diulang setiap 4 Jam.

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

Hal dari



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.sumbarpov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

PENGKAJIAN ULANG DAN PENGELOLAAN NYERI

Wong Baker Face dan Numeric Rating Scale (NRS) dewasa dan anak > 3 tahun

Skor Nyeri	Pasaro-Mc Caffery Opioid-Induced Sedation Scale (POSS)				Intervensi Non-Farmakologi				Pengkajian Ulang				
	Wong Baker Face Numeric Rating Scale (NRS)				Intervensi farmakologi				Intervensi non farmakologi				
Tgl / Jam				Nama Obat				Nama				Waktu kaji Ulang	
0 : Tidak ada nyeri				1 : Dingin				1. 15 Menit setelah intervensi obat injeksi					
1-3 : Nyeri Ringan				2 : Panas				2. 1 jam setelah intervensi obat oral/ lainnya					
4-6 : Nyeri Sedang				3 : Sering mengantuk, bisa dibangunkan, mudah tertidur saat sedang bicara				3. 1 x/shift bila skor nyeri 1-3					
7-10 : Nyeri Berat				2 : Agak mengantuk, mudah dibangunkan				4. Setiap 3 jam bila skor nyeri 4-6					
				1 : Bangun dan sadar				5. Setiap 1 jam bila skor nyeri 7-10					
				0 : Tidur, mudah dibangunkan				6. Dihentikan bila skor nyeri 0					



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.sumbaprov.go.id
email: rsud.matsir@sumbaprov.go.id

No Rekam Medis :

Nama Pasien :

Tanggal Lahir :

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

ASESMEN AWAL DAN ASESMEN ULANG RESIKO JATUH GERIATRI (USIA ≥ 60 TAHUN)

Ontario Modified Stratify-Sydney Scoring

Skor Resiko jatuh		Pengkajian resiko jatuh dilakukan pada waktu:		Tindakan yang dilakukan											
0-5 : Risiko Rendah (RR)	6-16 : Risiko Sedang (RS)	≥ 16 : Risiko tinggi (RT)	1. Saat pasien masuk RS / Initial asesmen (IA)	2. Saat kondisi pasien berubah atau ada suatu perubahan dalam terapi medik yang dapat menimbulkan resiko jatuh/ Change or Condition (CC)	3. Saat pasien dipindahkan ke unit lain/ on Ward Transfer (WT)	4. Setelah kejadian jatuh/ Post Fall (PF)	Keterangan Nilai	Skor awal Tgl.....	Skor ulang Tgl.....	Skor ulang Tgl.....	Skor ulang Tgl.....	Skor ulang Tgl.....	Skor ulang Tgl.....	Skor ulang Tgl.....	
Riwayat Jatuh	Apakah pasien datang ke rumah sakit karena jatuh?						Salah satu jawaban Ya = 6	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
Status Mental	Jika tidak, apakah pasien mengalami jatuh dalam 2 bulan terakhir?							☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
	Apakah pasien Delirium? (tidak dapat membuat keputusan, pola pikir tidak terorganisir, gangguan daya ingat)						Salah satu jawaban Ya = 14	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
	Apakah pasien disorientasi? (salah menyebutkan waktu, tempat, atau orang)							☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
Penglihatan	Apakah pasien mengalami Agitasi? (ketakutan, gelisah, dan cemas)							☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
	Apakah pasien memakai kaca mata?							☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
	Apakah pasien mengeluh adanya penglihatan buram?							☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
Kebiasaan berkemih	Apakah pasien mempunyai glukoma, katarak, atau degenerasi makula?						Ya = 2	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
Transfer dari TT ke kursi dan dari kursi kembali TT	Apakah terdapat perubahan perilaku berkemih? (frekuensi, urgensi, inkontinensia nocturnal)							☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
	Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)						Jumlahkan nilai transfer & mobilias	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	Memerlukan sedikit bantuan (1 orang) dalam pengawasan						• Jika nilai total 0-3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
Mobilitas	Tidak dapat duduk dengan seimbang (perlu bantuan total)						berl skor =0	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)						• Jika nilai total 4-6	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	Berjalan dengan bantuan 1 orang (verbal / fisik)						berl skor =7	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
Menggunakan kursi roda							☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
Imobilisasi							☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
Nama Perawat dan Total Skor															



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MUHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok, Telp (0755) 20003, Faks (0755) 20003
Website: www.rsudmuhammatsir.sumbaprov.go.id
Email: rsud.muhammatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

U/P

INTERVENSI DAN MONITORING EVALUASI RESIKO JATUH GERIATRI (USIA ≥ 60 TAHUN)

Ontario Modified Stratify-Sydney Scoring

Tindakan pencegahan umum (semua pasien)	Kategori risiko tinggi : lakukan tindakan pencegahan umum dan hal-hal berikut ini.
- o Orientasi kamar rawat inap kepada pasien - o Tempat tidur posisi rendah, roda terkunci pegangan di kedua sisi tempat tidur terpasang baik - o Ruangan rapi - o Barang pribadi dalam jangkauan (telepon, lampu panglingan, air minum, kaca mata, pispot) - o Pencegayaan adekuat - o Alat bantu dalam jangkauan (walker, cane, crutch) - o Optimalisasi penggunaan kacamata dan alat bantu dengar - o Pantau efek obat-obatan - o Sediakan dukungan emosional dan psikologis - o Edukasi pasien dan keluarga mengenai pencegahan jatuh	☐ Pasangkan label penanda risiko jatuh dengan posisi dapat terlihat oleh petugas ☐ Beri penanda berupa gelang berwarna kuning yang dipakainya di pergelangan tangan pasien ☐ Tawarkan bantuan ke kamar mandi/penggunaan pispot setiap 2 jam (saat pasien bangun) dan secara periodik (saat malam hari) ☐ Kunjungi dan amat pasien setiap 2 jam oleh petugas medis ☐ Nilai kebutuhan akan: • Fisioterapi dan terapi okupasi • Alarm tempat tidur • Tempat tidur rendah (khusus) • Usahakan lokasi kamar tidur berdekatan dengan pos perawat (nurse station)
Pencegahan kategori risiko tinggi: Tindakan pencegahan umum ditambah :	Manajemen setelah kejadian jatuh
- o Tawarkan bantuan ke kamar mandi setiap 2 jam sekali (saat pasien bangun) - o Gunakan 2-3 sisi pegangan tempat tidur - o Lampu panglingan berada dalam jangkauan, perintahkan pasien untuk mendemonstrasikan penggunaan lampu panglingan - o Jangan ragu untuk meminta bantuan - o Barang-barang pribadi berada dalam jangkauan - o Adakan konferensi multidisiplin mingguan dengan partisipasi tim keperawatan - o Rujuk ke departemen yang sesuai untuk asesmen yang lebih spesifik, misalnya fisioterapi - o Anjurkan pasien menggunakan sisi tubuh yang lebih kuat saat hendak turun dari tempat tidur	☐ Nilai apakah terdapat cedera akibat jatuh (abrasi, kontusio, laserasi, fraktur, cedera kepala) ☐ Nilai tanda vital ☐ Nilai adanya keterbatasan gerak ☐ Pantau pasien dengan ketat ☐ Catat dalam status pasien (rekam medis) ☐ Laporkan kejadian jatuh kepada perawat yang bertugas dan lengkapi lampiran insiden ☐ Modifikasi rencana keperawatan interdisiplin sesuai dengan kondisi pasien Edukasi pasien/keluarga ☐ Informasikan pasien dan keluarga dalam semua aktivitas sebelum memulai penggunaan alat bantu ☐ Ajari pasien untuk menggunakan pegangan dinding ☐ Informasikan pasien mengenai dosis dan frekuensi konsumsi obat-obatan, efek samping, serta interaksinya dengan makanan/obat-obatan lain.

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



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



No Rekam Medis : ☐☐☐☐☐
Nama Pasien : ☐
Tanggal Lahir : ☐
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

INTERVENSI DAN MONITORING EVALUASI RESIKO JATUH HUMPTY DUMPTY (Usia ≤ 14 tahun)

Skor Resiko Jatuh	Pengkajian resiko jatuh dilakukan pada waktu:	Tindakan yang dilakukan
7-11 : Risiko Rendah (RR) ≥ 12 : Risiko tinggi (RT)	1. Saat pasien masuk RS / Initial assesmen (IA) 2. Saat kondisi pasien berubah atau ada suatu perubahan dalam terapi medik yang dapat menimbulkan resiko jatuh/ Change or Condition (CC) 3. Saat pasien dipindahkan ke unit lain/ on Ward Transfer (WT) 4. Setelah kejadian jatuh/ Post Fall (PF)	1. Resiko Tinggi (RT) : (intervensi setiap snift dan dinilai ulang setiap 2 hr) 2. Resiko rendah (RR) : (intervensi setiap pagi dan dinilai ulang setiap 3 hari)
Tindakan pencegahan umum (semua pasien)		
- Orientasi kamar rawat inap kepada pasien - Tempat tidur posisi rendah, roda terkunci pegangan di kedua sisi tempat tidur terpasang baik - Ruangan rapi - Barang pribadi dalam jangkauan (telepon, lampu panggilan, air minum, kaca mata, pispot) - Pencabayaan adekuat - Alat bantu dalam jangkauan (walker, cane, crutch) - Optimalisasi penggunaan kacamata dan alat bantu dengar - Pantau efek obat-obatan - Sediakan dukungan emosional dan psikolog - Edukasi pasien dan keluarga mengenai pencegahan jatuh	Kategori risiko tinggi : lakukan tindakan pencegahan umum dan hal-hal berikut ini. - Pasangkan label penanda resiko jatuh dengan posisi dapat terlihat oleh petugas - Beri penanda berupa gelang berwarna kuning yang dipakaikan di pergelangan tangan pasien - Tawarkan bantuan ke kamar mandi/penggunaan pispot setiap 2 jam (saat pasien bangun) dan secara periodik (saat malam hari) - Kunjungi dan amati pasien setiap 2 jam oleh petugas medis - Nilai kebutuhan akan: - Fisioterapi dan terapi okupasi - Alarm tempat tidur - Tempat tidur rendah (khusus) - Usahkan lokasi kamar tidur berdekatan dengan pos perawat (nurse station)	
Pencegahan kategori risiko tinggi: Tindakan pencegahan umum ditambah :		
- Tawarkan bantuan ke kamar mandi setiap 2 jam sekali (saat pasien bangun) - Gunakan 2-3 sisi pegangan tempat tidur - Lampu panggilan berada dalam jangkauan, perintahkan pasien untuk mendemonstrasikan penggunaan lampu panggilan - Jangan ragu untuk meminta bantuan - Barang-barang pribadi berada dalam jangkauan - Adakan konferensi multidisiplin mingguan dengan partisipasi tim perawatan - Rujuk ke departemen yang sesuai untuk asesmen yang lebih spesifik, misalnya fisioterapi - Anjurkan pasien menggunakan sisi tubuh yang lebih kuat saat hendak turun dari tempat tidur	Manajemen setelah kejadian jatuh - Nilai apakah terdapat cedera akibat jatuh (abrasio, kontusio, laserasi, fraktur, cedera kepala) - Nilai tanda vital - Nilai adanya keterbatasan gerak - Pantau pasien dengan ketat - Catat dalam status pasien (rekam medis) - Laporkan kejadian jatuh kepada perawat yang bertugas dan lengkapi laporan insiden - Modifikasi rencana keperawatan interdisiplin sesuai dengan kondisi pasien Edukasi pasien/keluarga - Informasikan pasien & keluarga, semua aktivitas sebelum memulai penggunaan alat bantu - Ajar pasien untuk menggunakan pegangan dinding - Informasikan pasien mengenai dosis dan frekuensi konsumsi obat-obatan, efek samping, serta interaksinya dengan makanan/obat-obatan lain.	

Hal dari.....

RM.RI.06.6/ Rev.01.2019/RM.33



KSLD
M. NATSIR

No Rekam Medis	:	
Nama Pasien	:	
Tanggal Lahir	:	
(Mohon diisi atau stempel jika ada)		

L/P

**ASESMEN AWAL DAN ULANG RESIKO JATUH
HUMPTY DUMPTY (Usia 5-14 tahun)**

[illegible]



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MUHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Sook. Telp. (0755) 20003. Faks. (0755) 20003
Website: www.rsudmuhannatsir.sumbareprov.go.id
email: rsudmuhannatsir@sumbarprov.go.id



--	--	--	--	--	--

No Rekam Medis
Nama Pasien
Tanggal Lahir
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

UP

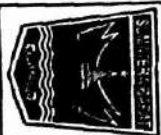
ASESMEN AWAL DAN ASESMEN ULANG RESIKO JATUH MORSE FALL SCALE (Usia ≥ 14 tahun sampai 60 tahun)

Skor Resiko Jatuh		Pengkajian resiko jatuh dilakukan pada waktu:		Tindakan yang dilakukan	
< 25 : Resiko Rendah (RR)	(RR)	1. Saat pasien masuk RS / initial asesmen (IA)		1. Resiko Tinggi (RT) : Merah (intervensi setiap shift dan dinilai ulang setiap 2 hr	
25-44 : Resiko Sedang (RS)	(RS)	2. Saat kondisi pasien berubah atau ada suatu perubahan dalam terapi		2. Resiko sedang (RS) : Kuning (intervensi setiap pagi	
> 45 : Resiko tinggi (RT)	(RT)	3. Saat pasien dipindahkan ke unit lain/ on Ward Transfer (WT)		3. Resiko rendah (RR) : Hijau (intervensi setiap pagi	
		4. Setelah kejadian jatuh/ Post Fall (PF)		& dinilai ulang setiap 3 hari)	

AKTOR RESIKO	SKALA	SKOR	Skor Awal Tgl	Skor ulang Tgl	Skor ulang Tgl	Skor ulang Tgl	Skor ulang Tgl	Skor ulang Tgl	Skor ulang Tgl	Skor ulang Tgl	Skor ulang Tgl	Skor ulang Tgl
RIWAYAT JATUH	Tidak	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ya	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
DIAGNOSA SEKUNDER	Tidak	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ya	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
ALAT BANTU YANG DIGUNAKAN	Bed rest	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Kruk, walker	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Berpegangan pada perabot	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
INTRAVENA LINE	Tidak	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ya	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	Normal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GAYA BERJALAN	Lemah	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	Terganggu	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	Orientasi baik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KESADARAN	Keterbatasan daya ingat	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	TOTAL SKOR	150										
Nama Perawat dan paraf												

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

Hal dari



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



No Rekam Medis : ☐☐☐☐☐☐☐☐
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

ASESMEN AWAL DAN ASESMEN ULANG RESIKO JATUH MORSE FALL SCALE (Usia $\geq$ 14 tahun sampai 60 tahun)

Skor Resiko Jatuh	Pengkajian resiko jatuh dilakukan pada waktu:	Tindakan yang dilakukan
< 25 : Risiko Rendah (RR)	1. Saat pasien masuk RS / Initial asesmen (I/A)	1. Resiko Tinggi (RT) : Merah (intervensi setiap shift dan dinilai ulang setiap 2 hr
25-44 : Risiko Sedang (RS)	2. Saat kondisi pasien berubah atau ada suatu perubahan dalam terapi medik yang dapat menimbulkan resiko jatuh/ Change of Condition (CC)	2. Resiko sedang (RS): Kuning (Intervensi setiap pagi dinilai ulang setiap 3 hari)
> 45 : Resiko tinggi (RT)	3. Saat pasien dipindahkan ke unit lain/ on Ward Transfer (WT)	3. Resiko rendah (RR) : Hijau (Intervensi setiap pagi & dinilai ulang setiap 3 hari)
4. Setelah kejadian jatuh/ Post Fall (PF)		

AKTOR RESIKO	SKALA	SKOR	Skor											
			Awal Tgl	Skor ulang Tgl	Skor ulang Tgl	Skor ulang Tgl	Skor ulang Tgl	Skor ulang Tgl	Skor ulang Tgl	Skor ulang Tgl	Skor ulang Tgl	Skor ulang Tgl	Skor ulang Tgl	Skor ulang Tgl
RIWAYAT JATUH	Tidak	0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Ya	25	☐ 25	☐ 25	☐ 25	☐ 25	☐ 25	☐ 25	☐ 25	☐ 25	☐ 25	☐ 25	☐ 25	☐ 25
	Tidak	0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
DIAGNOSA SEKUNDER	Ya	15	☐ 15	☐ 15	☐ 15	☐ 15	☐ 15	☐ 15	☐ 15	☐ 15	☐ 15	☐ 15	☐ 15	☐ 15
	Bed rest	0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Kruk, walker	15	☐ 15	☐ 15	☐ 15	☐ 15	☐ 15	☐ 15	☐ 15	☐ 15	☐ 15	☐ 15	☐ 15	☐ 15
ALAT BANTU YANG DIGUNAKAN	Berpegangan pada perabot	30	☐ 30	☐ 30	☐ 30	☐ 30	☐ 30	☐ 30	☐ 30	☐ 30	☐ 30	☐ 30	☐ 30	☐ 30
	Tidak	0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Ya	20	☐ 20	☐ 20	☐ 20	☐ 20	☐ 20	☐ 20	☐ 20	☐ 20	☐ 20	☐ 20	☐ 20	☐ 20
INTRA VENA LINE	Normal	0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Lemah	10	☐ 10	☐ 10	☐ 10	☐ 10	☐ 10	☐ 10	☐ 10	☐ 10	☐ 10	☐ 10	☐ 10	☐ 10
	Terganggu	20	☐ 20	☐ 20	☐ 20	☐ 20	☐ 20	☐ 20	☐ 20	☐ 20	☐ 20	☐ 20	☐ 20	☐ 20
GAYA BERJALAN	Orientasi baik	0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Keterbatasan daya ingat	15	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5
	TOTAL SKOR	150												
Nama Perawat dan paraf														

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

Hal dari



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kotak Solok Telp. (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmohammadnatsir.sumbatprov.go.id
email: rsud.mohammadnatsir@sumbatprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

ASESMEN AWAL DAN ULANG RESIKO JATUH PSIKIATRI (SKALA EDMONSON)

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

Hal dari

KESEIMBANGAN	Dengan alat bantu (kursi roda, walker, dll)	8																		
	Vertigo/ kelemahan	10																		
7 NUTRISI	Goyah/ membutuhkan bantuan dan menyadari kemampuannya	8																		
	Goyah tapi lupa keterbatasan	15																		
	Mengonsumsi sedikit makanan atau minuman dalam 24 jam terakhir	12																		
	Tidak ada keluhan dengan nafsu makan	0																		
8 GANGGUAN POLA TIDUR	Tidak ada gangguan tidur	8																		
	Ada keluhan gangguan tidur yang dilaporkan oleh pasien, keluarga atau petugas	12																		
	Tidak ada riwayat jatuh	8																		
9 RIWAYAT JATUH	Ada riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	12																		
	TOTAL SKOR																			
Nama dan tanda tangan perawat																				

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	1. Saat pasien masuk RS / Initial assesmen (IA) 2. Saat kondisi pasien pasien berubah atau ada suatu perubahan dalam terapi medik yang dapat menimbulkan resiko jatuh/ <i>Change or Condition (CC)</i> 3. Saat pasien dipindahkan ke unit lain/ <i>on Ward Transfer (WT)</i> 4. Setelah kejadian jatuh/ <i>Post Fall (PF)</i>	1. Resiko Tinggi (RT) : (Intervensi setiap shift dan dinilai ulang setiap 2 hr 2. Resiko rendah (RF) (Intervensi setiap pagi dan dinilai ulang setiap 3 hari)
Tindakan pencegahan umum (semua pasien)		
- o Orientasi kamar rawat inap kepada pasien - o Tempatkan tidur posisi rendah, roda terkunci pegangan di kedua sisi tempat tidur terpasang baik - o Ruangan rapi - o Barang pribadi dalam jangkauan (telepon, lampu panggilan, air minum, kaca mata, pisipol) - o Pencegahan adekuat - o Alat bantu dalam jangkauan (walker, cane, crutch) - o Optimalisasi penggunaan kacamata dan alat bantu dengar - o Pantau efek obat-obatan - o Sediakan dukungan emosional dan psikologis - o Edukasi pasien dan keluarga mengenai pencegahan jatuh		
Kategori risiko tinggi : lakukan tindakan pencegahan umum dan hal-hal berikut ini.		
☐ Pasangkan label penanda resiko jatuh dengan posisi dapat terlihat oleh petugas ☐ Benar penanda berupa gelang berwarna kuning yang dipakainya di pergelangan tangan pasien ☐ Tawarkan bantuan ke kamar mandi/penggunaan pisipol setiap 2 jam (saat pasien bangun) dan secara periodik (saat malam hari) ☐ Kunjungi dan amati pasien setiap 2 jam oleh petugas medis ☐ Nilai kebutuhan akan: • Fisioterapi dan terapi okupasi • Alarm tempat tidur • Tempat tidur rendah (khusus) • Usahakan lokasi kamar tidur berdekatan dengan pos perawat (<i>nurse station</i>)		



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



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

PENGKAJIAN KULIT AWAL DAN ULANG MENGUKUR RESIKO DEKUBITUS

(Skala Cuhbin-Jackson) Untuk pasien ICU, HD

KATEGORI SKALA	4	3	2	1	SKOR
1. Usia (tahun)	< 40 Tahun	40-54 Tahun	55-69 Tahun	> 70 tahun	
2. Berat Badan	rata-rata berat badan	Obesitas	Kurus	Terdapat edema	
3. Kondisi Kulit	Rata-rata badan	Kulit berwarna kemerahan	Terdapat abrasi, lesi atau bullae pada kulit	Terdapat nekrosis pada kulit	
4. Kondisi mental	Sadar penuh/ composmentis	Agitasi / gelisah / bingung	Apatis / dibius tapi responsif	Koma/ Tidak responsif	
5. Mobilitas	Ambulasi mandiri sepenuhnya	Mampu berjalan dengan sedikit bantuan	sangat terbatas/ dibantu kursi roda	Imobilisasi/ bedrest	
6. Hemodinamika	Stabil tanpa dukungan inotropik (MBP $\geq$ 65 mm Hg tanpa dukungan inotropik)	stabil dengan dukungan inotropik (MBP $\geq$ 65 mmHg dengan dukungan inotropik)	Tidak stabil dengan dukungan inotropik (55 mmHg < MBP < 65 mmHg dengan dukungan inotropik)	Kritis dengan dukungan inotropik (MBP $\leq$ 55 mmHg dengan dukungan inotropik)	
7. Pernafasan	Spontan	Nafas bantu CPAP/T-piece	Nafas dibantu dengan ventilasi mekanik	Tidak mampu bernafas tanpa alat bantu nafas	
8. Nutrisi	Resep makanan biasa atau diet MK	Resep nutrisi enteral atau diet cair	hanya nutrisi parenteral total (TPN)	Hanya cairan intravena saja	
9. Kontinensia	Tidak ada / tidak menggunakan kateter	Urin	Feses	Urin dan feses	
10. Kebersihan	Mandiri dan kompeten dalam kebersihan diri	mampu menjaga kebersihan diri	Membutuhkan banyak bantuan dalam menjaga kebersihan diri	Sepenuhnya tergantung	

Total Skor
Ket.Skor
Skor : Resiko sangat tinggi (skor <25)
Beresiko tinggi (Skor 25-30)
Resiko sedang (Skor 30-35)
Tidak resiko (Skor 35-40)
IMT
Laki-laki
< 17 kurus
17-23 normal
23- 27 kegemukan
> 27 obesitas
Perempuan
< 18 kurus
18-25 normal
23- 27 kegemukan
> 27 obesitas

PENGKAJIAN KULIT DAN DUKUNGAN PERAWATAN KULIT

Tanggal																	Keterangan				Nekrosis dermis dan subcutan		
Shift dinas																	0	Tidak ada kelainan			3	tampak tendon, tulang dan ruang sendi	
No	PENGKAJIAN KULIT																1	Eritema	4				
1																	2	Abrasi, melepuh					
2																	NUTRISI						
3																	No	Tanggal			Albumin	Total Protein	
4																	1						
5																	2						
6																	3						
7																	4						
8																	5						
9																	6						
																	7						
No	DUKUNGAN PERAWATAN KULIT YANG DIGUNAKAN																8						
1																	Keterangan nilai					Albumin : 3,5 - 5,0 g/dl	
2																	Normal ;					Total Protein : 6,6 - 8,7 gr/dl	



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



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

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			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐		Dokter spesialis DPJP	
2			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐		Dokter umum penerima limbah tugas	
3			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐		Perawat/ Bidan	
4			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐		Apoteker	
5			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐		Ahli Gizi	
6			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐		Phisioterapis	
7			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐			
8			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐			

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

Hal dari.....

RM.RI 06.10 dan RM.RJ 04/Rev. 01. 2019/ RM.31.1 dan RM.RJ 11



No Rekam Medis :

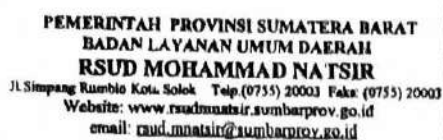
--	--	--	--	--	--

 L/P
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

FORMULIR EDUKASI HARIAN

Tanggal/ Jam	UraianPenjelasan/ Isi Edukasi	PemberiPenjelasan Nama	Paraf	Pasien/ Keluarga Nama	Paraf

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



No Rekam Medis :

--	--	--	--	--	--

Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

[illegible]



No Rekam Medis: [RM R107.1 $\frac{1}{d}$ RM Am K
Nama Pasien :
Tanggal Lahir : RM R107.5 (-)
(Mohon diisi atau stempel)

SALINAN RESEP

[illegible]

Rekatkan salinan resep mulai dari baris terbawah keatas

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Sisingang Rambai Kota Solok Telp. (0753) 20003
Web: www.rsudmohammadnatsirprov.go.id
email: rsudmohammadnatsir@sumbarprov.go.id



DAFTAR PEMBERIAN OBAT

No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

LUP

Nama DPJP :

Ruangan :

ALERGI OBAT : () Tidak () Ya

PERHATIKAN 6 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)																							
	R/	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL																								
1	R/	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL	paraf Prwt/Bdn 1																							
					paraf Prwt/Bdn 2																							
2	R/	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL	jam																							
					paraf Prwt/Bdn 1																							
					paraf Prwt/Bdn 2																							
3	R/	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL	jam																							
					paraf Prwt/Bdn 1																							
					paraf Prwt/Bdn 2																							
4	R/	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL	jam																							
					paraf Prwt/Bdn 1																							
					paraf Prwt/Bdn 2																							
5	R/	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL	jam																							
					paraf Prwt/Bdn 1																							
					paraf Prwt/Bdn 2																							
6	R/	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL	jam																							
					paraf Prwt/Bdn 1																							
					paraf Prwt/Bdn 2																							
7	R/	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL	jam																							
					paraf Prwt/Bdn 1																							
					paraf Prwt/Bdn 2																							
8	R/	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL	jam																							
					paraf Prwt/Bdn 1																							
					paraf Prwt/Bdn 2																							
9	R/	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL	jam																							
					paraf Prwt/Bdn 1																							
					paraf Prwt/Bdn 2																							
10	R/	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL	jam																							
					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

STANDARISASI WAKTU PEMBERIAN OBAT

IXI 06-07 PAGI 2XI : 06-07 / 10-11 18-19 / 22-23

IXI 16-17 (SORE) 3XI : 06-07 14-15

IXI 21-22 (MALAM) 4XI : 06-07 12-13

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

5X1 : 06-07 10-11 14-15 19-20 23-24

6X1 : 05-06 09-10 13-14 17-18 21-22 01-02

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.09



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



No Rekam Medis
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

FORMULIR TRANSFER PASIEN INTERNAL

Nomor RM :
Nama : Jenis Kelamin : L / P
Tanggal Lahir : Pendidikan :
(Mohon Diisi)

Tanggal Masuk :	Tanggal Keluar :	Asal Ruang Rawat :	Ruang Rawat Selanjutnya :
Jam Masuk :	Jam Pindah :		

Dari Dokter IGD/Jaga Ruang :	Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) :
------------------------------	--

Diagnosis Utama :	Perlu mendapat perhatian : ☐ Alergi, sebutkan ☐ MRSA (Metisilin Resistant Staphylococcus Aureus)
-------------------	--

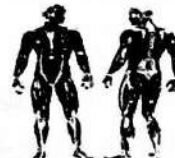
Diagnosis Tambahan : 1. 2. 3.	Alasan pemindahan pasien : ☐ Kondisi pasien : memburuk/stabil/tidak ada perubahan ☐ Fasilitas : kurang memadai/membutuhkan peralatan yang lebih baik ☐ Tenaga : membutuhkan tenaga yang lebih ahli/jumlah tenaga kurang ☐ Lain-lain Sebutkan
---	--

Metode pemindahan pasien : ☐ Kursi roda ☐ Brankar ☐ Tempat tidur	Petugas pendamping : 1. 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)



Terimakasih 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) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmatsir.sumberprov.go.id
email: rsud.matsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medika:
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

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 :

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

Diet

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

Rencana

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

Terapi saat Pindah :

Nama Obat	Jumlah	Dosis	Frekuensi	Cara Pemberian

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,

(.....)

Solok : Tgl..... Jam:
Dokter/ perawat/ petugas yang mengantar

(.....)

Solok : Tgl..... Jam:
Dokter/ perawat yang menerima, Jam :

(.....)



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



No Rekam Medika
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

SERAH TERIMA ANTAR RUANGAN

SITUATION	DPJP :	Pendidikan :
	Diagnosa medis :	Asal Ruangan :
	Tgl Masuk RS :	Ke ruangan :
	Agama :	Tgl pindah/jam :
BACKGROUND	Keluhan saat masuk :	
	Riwayat alergi :	
ASSESMENT	TTV : Tensi.....mmHg Nadi ;....., Suhu :..... Pernafasan :	
	Penggunaan O2 ;lt/mt via Saturasi :%	
	Nyeri : ☐ Ada, skala.....(Numeric/wong baker) : ☐ tidak ada	
	Resiko jatuh :	
	Program terapi : 1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	5.	
	IVFD :	
	Alat Medik yang terpasang :.	
	1. IV line no..... Tanggal pasang.....	
	2. NGT no..... Tanggal pasang.....	
	3. Foley kateter no Tanggal terpasang.....	
	4. Lain-lain.....	
Tindakan Medis yang sudah dilakukan :		
1.....		
2.....		
3.....		
Pemeriksaan penunjang yang sudah dilakukan:		
1.Laboratorium DPJP sudah terinfo ☐ ya ☐ tidak		
2.Radiologi DPJP sudah terinfo ☐ ya ☐ tidak		

Perawat yang menyerahkan

Solok,..... jamWIB

Perawat yang menerima

(.....)

(.....)

Nama dan tanda tangan

Nama dan tanda tangan

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADANLAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota SolokTelp (0755) 20826-20827Fax: (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id



No Rekam Medis:
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

PEMBERIAN INFORMASI TRANSFER/RUJUK

DPJP :	TGL.MASUK :
KLS RAWATAN :	TGL.KELUAR :

Dokter yang merawat :

Pemberi Informasi :

N O	Jenis Informasi	Isi Informasi	Tanda (V)
1	Diagnosa Pasien		
2	Terapi dan tindakan yang diperlukan		
3	Alasan dan tujuan dirujuk		
4	Resiko yang dapat timbul apabila tidak dilakukan rujukan		
5	Tranfortasi dan pendamping selama rujukan		
6	Resiko atau penyulit yang dapat timbul selama rujukan		
7	Lain-lain...		

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jelas

Dan memberikan kesempatan untuk bertanya atau berdiskusi

Dokter

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda/paraf dikolom kanannya (kolom tanda) dan telah memahaminya

Penerima
info

PERSETUJUAN / PENOLAKAN RUJUKAN

Yang bertandatangan dibawah ini;.....Umur.....dengan ini menyatakan SETUJU/
TIDAK SETUJU untuk dilakukan rujukan terhadap pasien a/n.....

Yang membuat pernyataan

Solok,.....

(.....)

(.....)

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.rsudmohammadsir.sumbaprov.go.id
email: rsud.mohammadsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Med
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

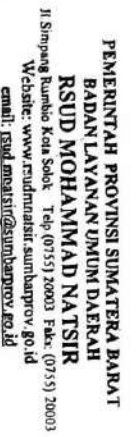
L/P

TRANSFER/ RUJUK KE RUMAH SAKIT LAIN

RINGKASAN PASIEN YANG DILAKUKAN TRANSFER/ RUJUK KE RUMAH SAKIT LAIN

Dari Ruangan:		Ke Rumah Sakit	
Staf yang kontak : Nama : Tanggal : Jam :		Staf yang menerima kontak Nama : No. Telp : Jam :	
Ambulance yang berangkat jam:		Tiba di tempat tujuan jam:	
Alasan merujuk : ☐ Kritikal ☐ Non Kritikal : o Tidak ada tempat di ICU o Permintaan pasien dan keluarga o Ruang rawat inap penuh o Lain lain.....			
Diagnosa Medis :			
Dokter yang merujuk :			
Catatan Klinis :			
1.	Alergi ☐ Tidak ☐ Ya		
2.	Pengobatan 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.		
3.	Riwayat Penyakit		
4.	Intake oral terakhir kapan		
5.	Tindakan yang dilakukan : o Tidak ada o Ada :		
Kondisi pasien saat ini :			
1.	Kesadaran : GCS: E.....M.....V..... PUPIL : OD .....mm OS.....mm Reflek Cahaya/..... TD :/..... mmHg Nadi: .....x/menit Suhu: .....C Pernafasan : x/menit SpO2:%		
2.	Pasien memakai alat : ☐ Tidak ☐ Ya : ☐ infus ☐ Cateter ☐ O2 ☐ NGT ☐ Bidai ☐ ETT ☐ Pump ☐ CVC ☐ Lain lain.....		
3.	Monitoring di perjalanan: GCS: E.....M.....V..... PUPIL : OD .....mm OS.....mm Reflek Cahaya/..... TD :/..... mmHg Nadi: .....x/menit Suhu: .....C Pernafasan : x/menit SpO2: ...%		
Perawatan pasien lanjutan yang dibutuhkan :			
Pendidikan lanjutan pasien /keluarga yang dibutuhkan :			
Kejadian klinis selama dilakukan transfer : ☐ Tidak Ada ☐ Ada			
Tanggal dan jam serah terima :			
Staf yang melakukan rujukan : (.....) Nama dan Tanda Tangan		Staf yang menerima Pasien: (.....) Nama dan Tanda Tangan beserta stempel	

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



RSUD
M. NATSIR

No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

 Γ/D

MONITORING DI PERJALANAN PASIEN YANG DIRUJUK

RUANGAN :

[illegible]

Terimakasih atas kejasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



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



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

INDIKASI PASIEN MASUK DAN KELUAR ICU

Diisi oleh DPJP

KRITERIA MASUK ICU		Diagnosa :	
No	Kriteria fisiologis	Ya (✓)	Tidak (✓)
1	Mebutuhkan ventilator		
2	Kesadaran dengan GCS ≤ 8		
3	Sudah diintubasi		
4	RR < 8 x/mnt atau > 35 x/mnt (adanya gangguan ventilasi : hypoxia dan hypercapnia)		
5	HR , < 40 x/mnt atau > 150 x/mnt (tidak stabil dengan gambaran EKG mengancam nyawa)		
6	PaO ₂ < 50 -60 mmHg ³		
7	SpO ₂ < 90 % (dengan udara ruangan)		
8	PaCO ₂ ≥ 50 mmHg ³		
9	Ph $< 7,1$ atau $> 7,4$		
Kesimpulan			
Kriteria fisiologis untuk masuk perawatan <i>intensive</i> di ICU memenuhi 2 atau lebih kriteria diatas		Solok, Nama DPJP & TTD	

Diisi oleh DPJP

KRITERIA KELUAR ICU		Diagnosa :	
No	Kriteria fisiologis	Ya (✓)	Tidak (✓)
1	Tidak membutuhkan ventilator		
2	Kesadaran GCS > 8 atau ≤ 15 (tidak diintubasi) dengan kondisi hemodynamic stabil		
3	Tidak membutuhkan perawatan dan pengawasan yang ketat (<i>inotropic, vasoactive agent, insulin drip, dan koreksi elektrolit</i>)		
4	Tidak membutuhkan perawatan perioperative pasien operasi risiko tinggi		
5	MAP ≥ 60 mmHg		
6	Kondisi <i>metabolik/ laboratorium acceptable</i> untuk pindah ke ruang rawat biasa		
Kesimpulan			
Berdasarkan kondisi pasien diatas maka memenuhi indikasi untuk keluar ICU ke ruang..... Alat transport yang diperlukan; brankard (),kursi roda () Pendamping selama transfer: dokter (), perawat ()		Solok, Nama DPJP & TTD	

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.rsudmohammadnatsir.sumbatprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

PENGKAJIAN AWAL TERINTEGRASI PASIEN MASUK RUANG INTENSIF

(Harus dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat intensif)

Dari Ruang : OK / IGD / Rawat inap

Kelas : III/II/I/VIP (mohon dilingkari)

Tanggal Pengkajian Jam

Pengkajian diperoleh dari : ☐ Pasien Sendiri (Auto anamnesa) ☐ Keluarga (Alloanamnesa)

ANAMNESIS(diisi oleh dokter)

Anamnesa

Penyakit sebelum masuk ICU:

Ko morbid :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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



Sistem musculoskeletal

Inspeksi
Palpasi
Ekstremitas

Hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan :

Assesment :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Indikasi masuk ICU :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Rencana pengelolaan :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Prognosa :

SKRINING GIZI berdasarkan Malnutrition Screening Tool / MST (diisi oleh perawat)

(Lingkari skor sesuai dengan jawaban, total skor adalah jumlah skor yang 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
	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
	b. Ya	1
	Total skor	+
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 kebidanan, pasien anak dan lain-lain (sebutkan).....	
	☐ Ya ☐ 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



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



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

PENGKAJIAN AWAL DAN ULANG NYERI (diisi oleh perawat) Diambil format sesuai kebutuhan

- Asesmen awal dan ulang nyeri CPOT RM.RI 06.1/Rev.01.2019/RM 29.2
- Asesmen awal dan ulang nyeri (FLACCS) (Untuk anak usia 1 sampai 3 tahun) RM.RI 06.2/Rev.01.2019/RM 29.1
- Intervensi dan pengkajian ulang nyeri Wong Baker Faces & Numeric RM.RI 06.4/Rev.01.2019/RM29

PENGKAJIAN AWAL DAN ULANG RESIKO JATUH Diambil format sesuai kebutuhan

- Format Asesmen awal dan ulang resiko jatuh geriatric Usia ≥ 60 tahun
Ontario Modified Stratify-Sydney Scoring RM.RI 06.5/Rev.01.2019/RM 33.1
- Asesmen awal dan ulang resiko jatuh humpty dumpty RM.RI 06.6/Rev.01.2019/RM 33
- Format Asesmen awal dan ulang resiko jatuh (Morse Fall Scale) RM.RI 06.7/Rev.01.2019/RM 33.2

Informasi dan edukasi pasien dan keluarga terintegrasi dan perkembangan lanjutannya

RM.RI 06.10 dan RM.RJ 04/Rev. 01. 2019/ RM.31.1 dan RM.RJ 1

PENGKAJIAN AWAL DAN ULANG KULIT (diisi oleh perawat)

Diambil format Format Skala Cubbin-Jackson untuk mengukur Resiko dekubitus (pressure injury)
RM.RI 06.9/Rev.00.2019/-

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
☐ 0-4 Ketergantungan total, dilaporkan ke dokter ☐ ya, jam..... ☐ Tidak

PENGKAJIAN PSIKOLOGIS, SOSIAL, EKONOMI, SPIRITUAL (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
☐ 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;

Hubungan Nomor Telepon:

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)

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 topik pembelajaran pada kotak yang tersedia)

- | | |
|--|---|
| ☐ Hak untuk berpartisipasi pada proses pelayanan | ☐ Prosedur pemeriksaan penunjang |
| ☐ Proses pemberian informed consent | ☐ Kondisi kes. Diagnosis pasti dan penatalaksanaannya |
| ☐ Penggunaan alat medis yang aman | ☐ Manajemen nyeri ☐ Teknik Rehabilitasi |
| ☐ Penggunaan obat secara efektif, aman, efek samping serta interaksinya | ☐ Diet dan nutrisi |
| ☐ Rujukan edukasi ☐ Proses penyakit ☐ Obat-obatan | ☐ Prosedur (contoh : cara perawatan luka) |
| ☐ Pencegahan faktor resiko | ☐ Lingkungan yang perlu disiapkan pasca |
| ☐ Cara batuk efektif ☐ cara melakukan latihan ROM aktif/ | ☐ cara melakukan teknik relaksasi |
| ☐ Cara menggunakan alat kesehatan ☐ Cara mengurangi / mengatasi nyeri | |
| ☐ Kebutuhan privasi tambahan : | ☐ Lain-lainnya..... |

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

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



No Rekam Medis :

Nama Pasien : L/P

Tanggal Lahir :

EDUKASI

Tgl/ jam Edukasi	Materi Edukasi Sesuai kebutuhan	Kode Leaflet	Lama Edukasi (mt)	Hasil verifikasi	Tgl Reeducasi/ Redemonstrasi	TTD dan	Nama jelas
						Pemberi Edukasi	Pasien/ kelg
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi		
					☐ Sudah mengerti ☐ Re Edukasi ☐ Re Demonstrasi		

DAFTAR MASALAH / DIAGNOSIS MEDIK (diisi oleh dokter)

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 cedera ☐ Gangguan eliminasi urin ☐ Kekurangan volume cairan ☐ Kelebihan volume cairan
☐ Resiko ketidakseimbangan elektrolit ☐ Diare ☐ Konstipasi ☐ Inkontinensia defekasi
☐ Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan ☐ Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan
☐ Resiko ketidakseimbangan kadar glukosa darah ☐ Gangguan menelan ☐ Kurang pengetahuan tentang diet ☐ Keletihan ☐ Gangguan pola tidur ☐ Insomnia ☐ Deprivasi tidur
☐ Kesiapan meningkat tidur ☐ Ancietas ☐

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).

Gunakan Discharge planning terintegrasi RM.RI Kh 04.2/Rev.01.2019/RM 06.5;15.5;16.3;21.1

Tambahan apabila ada perubahan perencanaan pasien pulang

Tanggal/ jam	Profesi	Catatan	Nama dan paraf

Tanggal/ Jam :

Tanggal/ Jam :

Nama dan tanda tangan
Perawat yang melakukan Pengkajian

Nama dan tanda tangan
DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

(.....)

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

LEMBAR OBSERVASI HARIAN ICU / NICU

Hal....dari....

RM.RI 12 3/Rev.01.2022/-



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



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

KRITERIA PASIEN MASUK RUANG INTENSIF NEONATUS

Diisi oleh DPJP

Ruang perawatan terdiri dari:

Special Care Nursery (SCN) 2

- ☐ Bayi yang membutuhkan perawatan khusus namun tidak ada kecurigaan atau bukti infeksi

Special Care Nursery (SCN) 1

Bayi risiko sedang, yaitu:

- ☐ BBLR > 1000 gram tanpa komplikasi
- ☐ BBL > 4000 gram
- ☐ Nilai APGAR 5 menit: 4-7
- ☐ Infeksi lokal/ sistemik ringan-sedang
- ☐ Kelainan bawaan ringan-sedang
- ☐ Bayi dengan gangguan napas ringan-sedang
- ☐ Penyulit/ komplikasi lain tanpa memerlukan perawatan intensif
- ☐ Bayi pasca-perawatan NICU yang telah stabil

Neonatal Intensive Care Unit (NICU)

Bayi yang dalam keadaan kritis dan memerlukan observasi ketat dan tindakan invasif, yaitu:

- ☐ BBLASR
- ☐ Nilai APGAR 5/10 menit ≤ 3
- ☐ Gangguan nafas berat
- ☐ Infeksi berat dengan *multiorgan failure*
- ☐ Bayi yang membutuhkan ventilasi mekanik

Kesimpulan

Berdasarkan kondisi pasien diatas maka memenuhi indikasi untuk masuk
Ruang :

Solok,

Nama DPJP & TTD

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



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH

RSUD MOHAMMAD NATSIR

Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20826-20827 Fax: (0755) 20003

Website : www.rsudmatsir.sumbatprov.go.id

E-mail : rsud.matsir@sumbarprov.co.id



No Rekam Medis :

Nama Pasien :

Tanggal Lahir :

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

DPJP :

PPJP :

Tanggal masuk Isolasi :

Jam masuk Isolasi :

FORMULIR MONITORING INTENSIF PSIKIATRI 24 JAM HARI RAWATAN KE.....

Jam : (0-4 jam)

Jam : (4-8 jam)

Jam : (8-12 jam)

S:
.....
.....
.....

S:
.....
.....
.....

S:
.....
.....
.....

O: PANCC EC

O: PANCC EC

O: PANCC EC

Resiko PK R S B

Resiko PK R S B

Resiko PK R S B

Resiko RBD R S B

Resiko RBD R S B

Resiko RBD R S B

Resiko Lari R S B

Resiko Lari R S B

Resiko Lari R S B

Perilaku

Perilaku

Perilaku

Pikiran

Pikiran

Pikiran

Perasaan

Perasaan

Perasaan

EWS M K H

EWS M K H

EWS M K H

Fiksasi Ya Tidak

Fiksasi Ya Tidak

Fiksasi Ya Tidak

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

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

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

A:

A:

A:

P:

P:

P:

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

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

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

Paraf dan Nama Perawat

Paraf dan Nama Perawat

Paraf dan Nama Perawat

(.....)

(.....)

(.....)

Jam : (12-16 jam)

Jam : (16-20 jam)

Jam : (20-24 jam)

S:
.....
.....
.....

S:
.....
.....
.....

S:
.....
.....
.....

O: PANCC EC

O: PANCC EC

O: PANCC EC

Resiko PK R S B

Resiko PK R S B

Resiko PK R S B

Resiko RBD R S B

Resiko RBD R S B

Resiko RBD R S B

Resiko Lari R S B

Resiko Lari R S B

Resiko Lari R S B

Perilaku

Perilaku

Perilaku

Pikiran

Pikiran

Pikiran

Perasaan

Perasaan

Perasaan

EWS M K H

EWS M K H

EWS M K H

Fiksasi Ya Tidak

Fiksasi Ya Tidak

Fiksasi Ya Tidak

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

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

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

A:

A:

A:

P:

P:

P:

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

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

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

Paraf dan Nama Perawat

Paraf dan Nama Perawat

Paraf dan Nama Perawat

(.....)

(.....)

(.....)



No Rekam Medis:
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

INDIKASI PASIEN MASUK DAN KELUAR CVCU

DIISI OLEH DPJP

NO	KRITERIA MASUK CVCU	DIAGNOSA	
		YA (✓)	TIDAK (✓)
1	Semua pasien dengan kecurigaan infark miokard akut (IMA) dengan elevasi segmen ST 24-48 jam dari timbul gejala, khususnya yang sesuai untuk tindakan terapi trombolitik dan tindakan intervensi angioplasty		
2	Semua pasien IMA dengan onset kurang dari atau lebih dari 24-48 jam dengan komplikasi atau pasien resiko tinggi yang tidak stabil (gagal jantung yang membutuhkan terapi intravena atau pengamatan trombolitik atau bantuan balon intra aortic, disritmia jantung yang serius, gangguan hantaran, pacu jantung sementara)		
3	Pasien dengan SKA tidak stabil dengan resiko menengah tinggi (nyeri dada berulang, gagal jantung, depresi segmen ST yang bermakna, perubahan ST segmen yang dinamik, troponin yang meningkat)		
4	Pasien pasca <i>percutaneous coronary intervention</i> (PCI) yang tidak stabil dan membutuhkan perhatian khusus		
5	Pasien dengan aritmia jantung yang mengancam jiwa, yang dapat disebabkan oleh penyakit jantung iskemik, kardiomiopati, penyakit jantung rematik, gangguan elektrolit, efek dan keracunan obat		
6	Pasien dengan edema paru akut yang tidak respon dengan terapi awal dan bergantung pada kondisi sebelumnya		
7	Pasien yang memerlukan pengamatan hemodinamik akibat penyakit jantung untuk menilai terapi yang diberikan dan kestabilan hemodinamik		
8	Pasien dengan emboli paru akut		
9	Kegawatan penyakit jantung katup (malfungsi katup prostetik)		
10	Kegawatan jantung bawaan pada pasien dewasa		
11	Kegawatan vaskuler (diseksi aorta dengan atau tanpa aneurisma aorta, acute limb ischemia)		
12	Kegawatan kardiovaskular lainnya (endocarditis, miokarditis, tamponade jantung)		
13	Kegawatan kardiovaskular dengan kriteria fisiologi sebagai berikut a. Kondisi syok oleh karena hal apapun dengan tekanan darah sistolik < 90 mmHg atau 30 mmHg dibawah <i>baseline</i> atau membutuhkan support inotropik dan atau vasopresor untuk mencapai tekanan darah sistolik >90 mmHg yang dapat disertai satu penanda perfusi yang kurang baik seperti: i. Gangguan kesadaran ii. Ekstremitas dingin iii. Produksi urine < 0,5 mL/kgBB/jam iv. Nilai laktat serum ≥ 2 mmol/L b. Laju nadi ≥ 130 x/menit c. Pasien dengan ancaman gagal nafas dengan kriteria sebagai berikut: 1. Tampak sesak dengan laju respirasi ≥ 30 kali/menit 2. Saturasi oksigen yang di ukur dari pulse oxymetry < 95% walaupun telah mendapatkan terapi oksigen dan terapi awal gagal jantung akut 3. Hasil analisa gas darah (AGD) menunjukkan adanya gagal nafas dengan $PaO_2 \leq 60$ mmHg dan atau $PaCO_2 \geq 60$ mmHg		
14	Penurunan kesadaran dengan <i>Glasgow Coma Scale</i> < 8 yang diperkirakan oleh karena suatu sebab metabolik atau hemodinamik yang dapat dikoreksi pada pasien kardiovaskular		

Solok, 20

TTD DPJP

()



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADANLAYANAN UMUM DAERAH

RSUD MOHAMMAD NATSIR

Jl Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20826-20827 Fax: (0755) 20003

Website : www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id

E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id



No Rekam Medis:

Nama Pasien :

Tanggal Lahir :

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

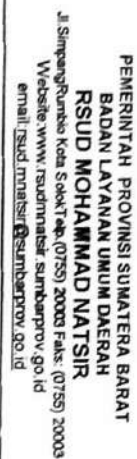
DIISI OLEH DPJP

KRITERIA KELUAR CVCU		DIAGNOSA	
NO	KRITERIA FISILOGIS	YA (✓)	TIDAK (✓)
1	Unstable Angina Pectoris dengan kondisi stabil selama lebih dari 24 jam		
2	Infark Miokard dengan kondisi stabil selama 48 – 72 jam		
3	Pasien yang sudah tidak membutuhkan fasilitas CVCU lagi		
4	Hemodinamik Stabil dengan : A.1 (satu) inotropik dengan dosis medium B. 1 (satu) inotropik dosis medium dengan vasokonstriktor dosis kecil		
5	Sudah tidak terjadi gangguan irama jantung yang mengancam jiwa		

Solok, 20

TTD DPJP

()



No Rekam Medis							
Nama Pasien							
Tanggal Lahir							

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

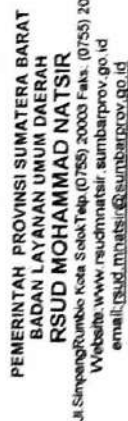
17

PEDIATRIC EARLY WARNING

GRAFIK OBSERVASI UNTUK PASIEN ANAK

[illegible][illegible]

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

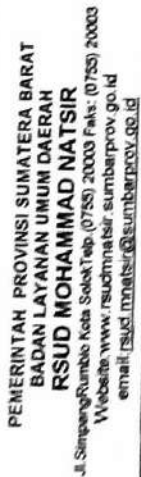


No Rekam Medis
Nama Pasien
Tanggal Lahir
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

2/7

[illegible]

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



No Rekam Medis
Nama Pasien
Tanggal Lahir

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

2/7

[illegible]

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

RM,RI 12.7/Rev.00.2019/-



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.sumbareprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :

--	--	--	--	--	--

Nama Pasien :

--	--	--	--	--	--

Tanggal Lahir :

--	--	--	--	--	--

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

NEWBORN EARLY WARNING

GRAFIK OBSERVASI UNTUK BAYI BARU LAHIR

Tanggal																									
Waktu																									

S U H U	39.0																								
	38.0																								
	37.0																								
	36.0																								
	35.0																								

P E R N A F A S A N	85																								
	80																								
	75																								
	70																								
	65																								
	60																								
	55																								
	50																								
	45																								
	40																								
	35																								
	30																								
25																									
20																									

GRUNTING																										
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

No Rekam Medis

Nama Pasien :

Tanggal Lahir

(Mohondiisiataustempeljikaada)

A horizontal row of six squares representing lattice sites. The first square is labeled L/P below it.

[illegible]

F	200
R	190
E	180
K	170
U	160
E	150
N	140
S	130
I	120
J	110
A	100
N	90
T	80
U	70
N	60
G	

[illegible][illegible][illegible]

RESPON	Semua observasi dalam warna putih	Lanjutkan observasi setiap 3 jam
	Hasil observasi salah satu ada dalam warna kuning/merah	Hubungi DPJP, ulangi observasi setiap 30 menit
	Hasil observasi ada dalam 2 warna atau 1 warna merah	Review segera oleh DPJP

PARAF & NAMA PERAWAT	DM	DP	DS	DM
----------------------	----	----	----	----

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. (0753) 20003 Faks. (0753) 20003
Website: www.rsudmohammadsurabaya.go.id
email: rsud.mohammadsurabaya.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

MONITORING PASIEN DEWASA

DPJP	
Berat Badan	
Alergi	/ tidak ada
Golongan Darah	A / B / AB / O / Rh ⁺ / Belum diketahui
Biohazard	HBSAg / HIV / TBC / HCV / tidak ada

Tanggal				
Jam				
Nadi •	Suhu (°C)	Respirasi (x/mnt)	Nadi (x/mnt)	TD (mmHg)
Sistolik ^v	41	≥ 30	250	250
			240	240
Diastolik [^]	40	28	230	230
			220	220
Suhu Δ	39	26	210	210
			200	200
Respirasi x	38	24	190	190
			180	180
	37	22	170	170
			160	160
	36	20	150	150
			140	140
	35	18	130	130
			120	120
	34	16	110	110
			100	100
		14	90	90
			80	80
		12	70	70
			60	60
		10	50	50
			40	40
		8	30	30
			20	20
		≤ 8	10	10
			0	0
Saturasi O ₂ (%)				
Terapi Oksigen (liter permenit)				
Status Kesadaran (A, V, P, U, AG, ACS)				
Kategori NEWSS				
Skala Nyeri				

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



Tanggal Lahir
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

A diagram of a 1D lattice consisting of six adjacent squares. A right-pointing arrow is positioned below the lattice, labeled L/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 Solek Telp. (0755) 20003 Faks. (0755) 20003
Website: www.rsudmnnatsir.sumbatprov.go.id
email: rsud.mnnatsir@sumbatprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

MATERNAL EARLY WARNING

TANGGAL :		Early Pregnancy	
Frekuensi Observasi:		A/N	☐
JAM :		P/N	☐
PERNAPASAN	>30		
	21-30		
	10-20		
	<10		
% O ₂ Saturasi	91-100%		
	≤90%		
Terapi oksigen	lpm		
SUHU	39		
	38		
	37		
	36		
	35		
	150		
	140		
	130		
	120		
	110		
	100		
	90		
	80		
	70		
	60		
	50		
40			

NADI	190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50
TEKANAN DARAH SISTOLIK	
TEKANAN DARAH DIASTOLIK	
KEHAMILAN PERAMA PERKAWINAN	TIDAK YA
AIR KETUBAN	JERINIR Pink/merah/hijau Berbau Tidak Berbau Coklat Merah Normal Tegang
A/N PV Bleed	
A/N Fundus Uteri	
Lochea	Normal Trickle Heavy or Foul Contracted High Fundus Relaxed/Atonic
P/N Uterine Tone	



No Rekam Medis:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pasien :

Tanggal Lahir :

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

SURAT PERSETUJUAN UMUM

DPJP :	TGL.MASUK :
KLS :	TGL.KELUAR :
RAWATAN :	

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

Nama :	Pekerjaa :
Alamat :	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** :

- 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.
- 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



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 (mengijinkan/ tidak mengijinkan *) 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.

Solok, jam WIB

Pihak Pasien
Pasien/ Keluarga

Saksi dari keluarga

Pihak Rumah Sakit sebagai saksi :

Petugas Admission

Petugas IGD/ Ruangan

)*Coret yang tidak perlu

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 Fax. (0755) 20903
Website : www.rsudmnatsir.sumbapro.go.id
email : rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



RSUD
M. NATSIR

No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

ASESMEN AWAL GAWAT DARURAT TERINTEGRASI

(Petunjuk : beri tanda ☒ pada ☐ untuk data yang sesuai)

Datang ke IGD : Tanggal : Jam datang : Wib Jam Penanganan : Wib Respon time : Menit

1. Psikososial, Kultural, Spiritual, dan Ekonomi (diisi oleh perawat)

Alamat : Kewarganegaraan : ☐ WNI ☐ WNA
Agama : ☐ Islam ☐ Kristen ☐ lain-lain..... Nilai-nilai budaya :
Status perkawinan : ☐ Kawin ☐ Tidak Kawin Bahasa sehari-hari : ☐ Minang ☐ Indonesia
Pendidikan : ☐ SD ☐ SMP ☐ SMA No.Telp :
Penanggung jawab biaya : ☐ BPJS ☐ Umum ☐ PJKa ☐ Inhealth ☐ PLN ☐ Jampersal ☐ Asuransi lain.....
Rujukan : ☐ Tidak ☐ Ya, Ket: ☐ RS ☐ Pusk ☐ Dr ☐ Bidan ☐ Lain-lain
Status Psikososial : Komunikasi ☐ Baik ☐ Marah ☐ Cemas ☐ Panik
Gangguan Perilaku ☐ Tidak terganggu ☐ Ada gangguan : ☐ Tidak membahayakan ☐ Membahayakan diri sendiri / org lain
(Bila ada, lakukan pengkajian restrain)

2. Triase (diisi oleh dokter)

Keluhan Utama / Riwayat :
Kesehatan Pasien :
Tanda-tanda Vital : GCS : E...M...V..... ☐ CM : (14-15) ☐ Apatis : (12-13) ☐ Samnolen (10-11) ☐ Stupor : (8-9) ☐ Koma : (4-7)
Pupil : ☐ Isokor ☐ Anisokor ☐ Midriasis ☐ pinpoint ☐ Reflek pupil = /
TD : / mmHg Nadi : x/mnt (reguler/irreguler) Suhu : °C ☐ CRT > 2 dtk
Airway : ☐ Bersih ☐ Sekret ☐ Sumbatan Partial ☐ Sumbatan Total ☐ Cedera Cervical
Pernafasan : ☐ RR : x/mnt ☐ Sa O2 % ☐ Sianosis

SKALA DAN KATEGORI TRIASE

KATEGORI GAWAT DARURAT

SKALA TRIASE	KETERANGAN	RESPON TIME	KATEGORI	GAWAT DARURAT
☐ Skala 1	Resusitasi	Segera	☐ MERAH	Gawat darurat
☐ Skala 2	Emergency/Gawat Darurat	10 menit	☐ KUNING	Darurat tidak gawat
☐ Skala 3	Urgent/ darurat	30 menit	☐ KUNING	
☐ Skala 4	Semi darurat	60 menit	☐ KUNING	Tdk gawat & tdk darurat
☐ Skala 5	Tidak Darurat	120 menit	☐ HITAM	Death on arrival

Riwayat Penyakit Dahulu : Pernah dirawat ☐ Tidak ☐ Ya Kapan terakhir di rawat :
Dimana : Diagnosis : Pengobatan :

3. Alergi (diisi oleh perawat) ☐ Tidak ☐ Ya Jelaskan : (Bila ada, lakukan pemasangan gelang " merah ")

4. Skrining Nyeri (diisi oleh perawat)

(NIPS)	(FLACC PAIN SCALE)*	COMFORT SCALE	CPOT
☐ -0 < 1 bulan	☐ 1 bulan - 3 tahun	☐ Geriatri	(Critical care Pain Observation Tool)
☐ 0 (tidak nyeri) ☐ 3-4 (sedang)	☐ 0 (tidak nyeri) ☐ 4-6 (sedang)	☐ 9-18 (nyeri terkontrol) ☐ 27-35 (sedang)	☐ 0 (tidak nyeri) ☐ 4-6 (sedang)
☐ 1-2 (ringan) ☐ > 4 (berat)	☐ 1-3 (ringan) ☐ 7-10 (berat)	☐ 19-26 (ringan) ☐ > 35 (berat)	☐ 1-3 (ringan) ☐ 7-10 (berat)

* catatan : Bila pasien tidak sadar dan tidak menggunakan ventilator maka gunakan format penilaian nyeri dengan skala FLACC.

(WONG BAKER'S FACES COMBINED NUMERIC SCALE) untuk usia lebih dari 3 tahun/ dewasa/ usia lanjut

Manajemen nyeri : ☐ Tidak nyeri ☐ Nyeri akut ☐ Nyeri kronis
Apakah nyeri menghalangi tidur? ☐ ya ☐ tdk
Apakah nyeri menghalangi aktivitas? ☐ ya ☐ tdk
Durasi : Karakteristik :
Lokasi :

Tanggal	Jam	Skor Nyeri	Tensi	Nadi	RR	Farmakologi	Non Farmakologi	Nama & Paraf

Pedoman untuk melakukan skoring format asesmen awal dan ulang nyeri RM 29

5. Skrining Status Fungsional (diisi oleh perawat) penilaian Barthel index

Aktifitas sehari-hari ☐ Mandiri (skor 20) ☐ Perlu bantuan : ☐ ringan = 12-19 ☐ sedang = 9-11 ☐ berat = 5-8

6. Skrining resiko cedera/ jatuh (diisi oleh perawat) (skala Morse) : ☐ Resiko tinggi > 45 ☐ resiko sedang 25-44 ☐ resiko rendah 24

< 14 tahun (Humpty Dumpty) : ☐ Resiko tinggi (> 12) ☐ resiko rendah (7-11)

Bila skor resiko tinggi / sedang pasang gelang "kuning"

7. Pengkajian nutrisi (diisi oleh perawat) : BB.....Kg TB.....CM Status gizi : ☐ buruk ☐ baik ☐ obesitas

ANALISA MASALAH KEPERAWATAN

No	Masalah Keperawatan	Rencana Tindakan	Nama & Paraf
1	Ketidakefektifan bersihan Jalur nafas (00031)	Managemen jalan nafas	
2	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (00201)	Peningkatan perfusi serebral	
3	Nyeri akut (00132)	Managemen nyeri	
4			
5			



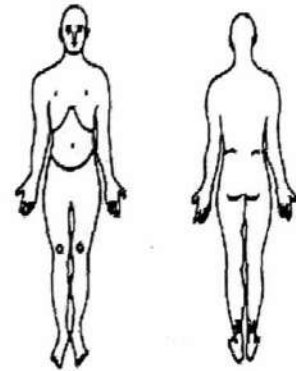
PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp. (0755) 20003 Fax. (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbapro.go.id
email : rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

ASESMEN AWAL GAWAT DARURAT TERINTEGRASI (SAMBUNGAN)

Pemeriksaan fisik umum/khusus, diagnosis, penatalaksanaan medis, pemeriksaan penunjang (diisi oleh dokter)



KONDISI PASIEN SAAT PINDAH / PULANG DARI IGD

Tanggal :/...../..... Jam :Wib
TTV : GCS : E...M...V.... ☐ CM : (14-15) ☐ Apatis : (12-13) ☐ Samnolen (10-11) ☐ Stupor : (8-9) ☐ Koma : (4-7)
Pupil : ☐ Isokor ☐ Anisokor ☐ Midriasis ☐ pinpoint ☐ Reflek pupil = + / -
TD :/.....mmHg Nadi :x/mnt (reguler/irreguler) Suhu :°C ☐ CRT > 2 dtk
Airway : ☐ Bersih ☐ Sekret ☐ Sumbatan Partial ☐ Sumbatan Total ☐ Cedera Cervical
Pernafasan : ☐ RR :x/mnt ☐ Sa O₂% ☐ Sianosis

☐ Dikonsulkan ke : (DPJP) ☐ Di rawat di ruang :

☐ Tindakan Lanjutan di : ☐ Kamar Operasi ☐ HD ☐ ICU ☐ HCU.....Ruang :

☐ Di Rujuk ke Rumah Sakit : Atas dasar ☐ tempat penuh ☐ Fasilitas lebih baik ☐ Permintaan pasien/ klg

☐ Dipulangkan Jam :Wib ☐ Meninggal Jam :Wib ☐ DOA

☐ Transfortasi pulang ☐ Kendaraan Pribadi ☐ Ambulance ☐ Mobil Jenazah

☐ Pengkajian kebutuhan informasi dan edukasi (diisi oleh perawat) :

- ☐ Minum obat teratur ☐ Jaga kebersihan luka ☐ Informasi gelang identitas
☐ Diet ☐ Pulang Atas Permintaan ☐ Kontrol Lanjutan ke..... ☐ Prognosa / Kondisi Kes Pasien
☐ Lain-lain :

Nama / Ttd
Keluarga

Tingkat /Derajat

Solok,Jam:.....

Transfer pasien

- ☐ Derajat 0
☐ Derajat 1
☐ Derajat 2
☐ Derajat 3

Nama / Ttd Perawat

Nama / Ttd Dokter Jaga

(.....)

(.....)



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rimbuto Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks. (0755) 20003
Website: www.rsudmohammadnatsir.sumbareprov.go.id
email: rsud_mohammadnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir:
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

PENGKAJIAN PRA BEDAH

DPJP :	TANGGAL MASUK :
KELAS RAWATAN :	TANGGAL KELUAR:
TANGGAL : JAM: WIB	
PENGKAJIAN PRA BEDAH (Diisi oleh Operator)	
Tempat Pengkajian : ☐ Instalasi Gawat Darurat/ Kamar Bersalin ☐ Unit Rawat Inap : Ruang Perawatan / NICU / PICU / HCU ☐ Poliklinik	
Riwayat Penyakit : ☐ Hipertensi ☐ Diabetes ☐ Hepatitis ☐ Peny. Lainnya	
Riwayat Operasi : Jenis Operasi _____ Dimana _____ Kapan _____	
Riwayat Alergi : Tidak Ada ☐ Tidak Diketahui ☐ Ada, Sebutkan _____	
Data Subjektif (Anamnesis)	
Data Objektif (Pemeriksaan Fisik)	
Diagnosis Pre Operasi :	
RENCANA TATA LAKSANA	
Rencana Operasi / Tindakan	
Sifat Prosedur	☐ Elektif, Hari/ Tanggal : _____ / _____ ☐ Cito
Perkiraan Lama Tindakan	☐ _____ menit/ jam
Anestesia	☐ Lokal ☐ Konsul Pendampingan Anestesi ☐ Konsul Pembiusan
Puasa	☐ Tidak Perlu ☐ Sesuai Rencana Anestesi ☐ Mulai Jam
Konsultasi Bagian Terkait	☐ Tidak Perlu ☐ Ya,
Peralatan Khusus Yang Digunakan	☐ Tidak Ada ☐ Laparoscopi ☐ Mikroskop ☐ Lain - Lain :
Pengosongan Kandung Kemih	☐ Ya ☐ Tidak
Infus	☐ Tidak Perlu ☐ Di Kamar Operasi/ Tindakan ☐ IVFD
Persiapan Darah	☐ Tidak Perlu ☐ Whole Blood _____ ml ☐ Pakced Red Cells _____ ml ☐ TC ☐ Komponen Lain :
Rencana Post Operasi/ Tindakan	☐ Ruang Rawat Intensif (ICU/NICU/ PICU/ HCU) ☐ Ruang Perawatan Biasa ☐ Pulang
Catatan	
Solok, 20....	
(.....)	
Nama dan tanda tangan Operator	
Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas	



No Rekam Medis:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pasien :

P/L

Tanggal Lahir :

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

LEMBAR KONSULTASI ANESTESI

Kepada :

Yth. Sejawat Anestesi

Dengan ini kami konsultasikan pasien dengan identitas tersebut diatas ;

Diagnosa :

Rencana tindakan :

Mohon konsultasi anestesi

Tanggal, _____, 20__ Jam : _____ WIB

Dokter DPJP

(_____
Nama lengkap dan tanda tangan

JAWABAN KONSULTASI

Kepada :

Yth. Ts

Telah saya lakukan pemeriksaan pasien tersebut dengan hasil ;

Tanggal, _____, 20__ Jam : _____ WIB

Dokter Anestesi

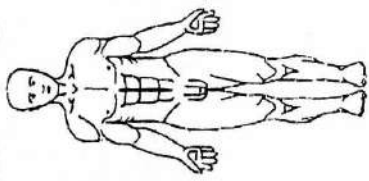
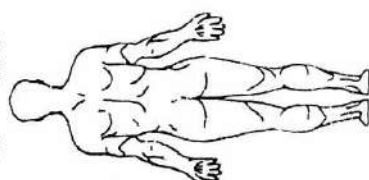
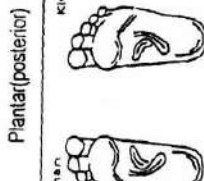
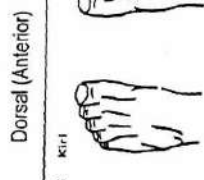
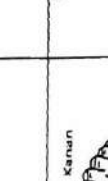
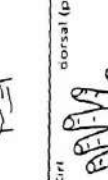
(_____
Nama Lengkap dan Tanda Tangan



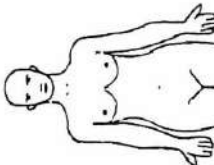
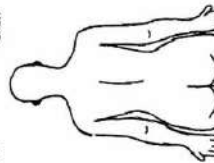
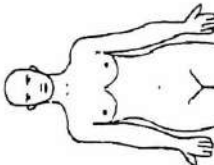
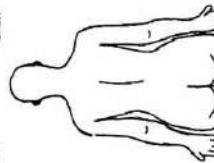
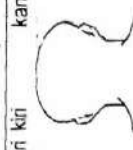
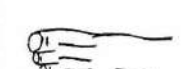
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

179

PENANDAAN LOKASI OPERASI

Ruangan : Tanggal : Jam :	Diagnosa Pre Operasi : Rencana Tindakan Operasi : Jenis Operasi : cito / elektif
*Diisi oleh Operator sebelum melakukan tindakan operasi. *Beri tanda (O) pada gambar sesuai dengan penandaan lokasi operasi pada tubuh pasien	
PENANDAAN LOKASI OPERASI PRIA	
Kanan  Kiri 	kanan  kiri 
Kanan  Kiri 	kanan  kiri 
Plantar(posterior)   	palmar (anterior)   
Kanan  Kiri  Kanan 	dorsal (posterior)   

PENANDAAN LOKASI OPERASI WANITA

PENANDAAN LOKASI OPERASI WANITA			
Kanan  Kiri 	Kiri  Kanan 	Kiri  Kanan 	Kiri  Kanan 
Kanan  Kiri 	Kanan  Kiri 	Kiri  Kanan 	Kiri  Kanan 

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



No Rekam Medis: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Nama Pasien : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

P/L

Tanggal Lahir : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

PENGKAJIAN PRA-ANESTESI

Tanggal masuk ruangan OK : 20 Pukul : WIB

Ruangan Asal Rawat :

ANAMNESIS (diisi oleh dokter anastesi)

☐ Elektif	☐ Emergency
Tanggal/Jam Pemeriksaan :	
Diagnosa	.....
Rencana Tindakan	.....
Tanggal Tindakan	.....
Operator	.....
Dokter Anastesi	.....

RIWAYAT OPERASI DAN ANESTESI :

☐ Tidak ada

☐ Ada, operasi :
Anastesi :

PENYAKIT YANG PERNAH DIDERITA :

Asma :
☐ Tidak, ☐ Ya, Bila ya, serangan terakhir.....
Pengobatan :

Diabetes :
☐ Tidak, ☐ Ya, Bila ya, serangan terakhir.....
Pengobatan :

Hipertensi :
☐ Tidak, ☐ Ya, Bila ya, serangan terakhir.....
Pengobatan :

Gastritis :
☐ Tidak, ☐ Ya, Bila ya, serangan terakhir.....
Pengobatan :

Angina :
☐ Tidak, ☐ Ya, Bila ya, serangan terakhir.....
Pengobatan :

Kejang :
☐ Tidak, ☐ Ya, Bila ya, serangan terakhir.....
Pengobatan :

Lain-lain :

KAJIAN SISTEM :

Jantung	.....
Paru-paru	.....
Abdomen	.....
Ekstremitas	.....
Lain-lain	.....

HASIL KONSULTASI BAGIAN LAIN:

PENYULIT ANESTESI LAINNYA :

KESIMPULAN PRA ANESTESI :

Persediaan darah bila diperlukan :
☐ Tidak ☐ Ya, bila ya :

INSTRUKSI PRA ANESTESI :

Puasa Mulai : Jam
Premedikasi :
Transportasi ke kamar bedah :
Rencana Operasi : Jam Tanggal
Lain-lain :

Informed consent anastesi : ☐ Tidak, ☐ Ya

TANDA-TANDA VITAL SEBELUM TINDAKAN :

TD	 mm/Hg	Nadi	 x/menit
BB	 kg	RR	 x/menit
TB	 cm	Suhu	 C

Kesadaran : GCS : E: V: M:

OBAT YANG SEDANG DIKONSUMSI :

☐ Tidak Ada

☐ Ada :

Jalan Nafas : ☐ Bebas ☐ Tidak

Mallampati : Buka Mulut : Jari TMJ :

Gigi Palsu : ☐ Ada ☐ Tidak

Gigi Goyang : ☐ Ya ☐ Tidak

Trauma : ☐ Ada ☐ Tidak

Leher : ☐ Mobile ☐ Terbatas

KEBIASAAN:

- Merokok/ tidak merokok, jika ya, sebanyak.....

- Terakhir merokok.....

- Minum teh/kopi/alkohol, jika ya, sebanyak.....

- Olah raga teratur, sebanyak.....

RIWAYAT ALERGI :

- Obat :

- Makanan :

- Udara :

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Laboratorium	Hb:..... Ht:..... Bt:..... Ct:..... PT:..... APTT:..... Fungsi Ginjal: Ureum:..... Creatinin:..... Fungsi Hati : SGOT:..... SGPT :..... Albumin:..... Globulin :..... Bilirubin : Direct..... Indirect..... Elektrolit : NA:..... K:..... Cl:..... Ca..... Mg:.....
EKG	.....
Rontgen	.....
Lain-lain	.....

ASA CLASSIFICATION :

ASA 1	Pasien normal yang sehat
ASA 2	Pasien dengan penyakit sistemik ringan
ASA 3	Pasien dengan penyakit sistemik berat
ASA 4	Pasien dengan penyakit sistemik berat yang mengancam nyawa
ASA 5	Pasien yang tidak dapat hidup/bertahan dalam 24 jam dengan/tanpa operasi
ASA 6	Pasien mati batang otak yang organ tubuhnya dapat diambil
E	Emergency

RENCANA ANESTESI :

GA : TIVA / LMA / ETT / ETT DL

REGIONAL: SPINAL / EPIDURAL / KAUDAL / BLOK PERIFER

SEDASI / LAIN:

Setuju / Tidak Setuju Dilakukan Anestesi / Sedasi :

RENCANA TINDAK LANJUT POST OPERATIF :

Rencana penanganan nyeri :

Perawatan pasca Anestesi : ICU / Rawat Inap

Lainnya :

Pemeriksa

(.....)
Nama dan tanda tangan Dokter Anastesi



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



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir:
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

INFORMED CONCENT ANESTESI LOKAL

PERSETUJUAN TINDAKAN PEMBIUSAN (ANESTESI LOKAL)

PEMBERIAN INFORMASI

Dokter pelaksana			
Pemberian Informasi			
Penerimaan Informasi*			
No.	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (✓)
1.	Diagnosa (WD & DD)		
2.	Dasar diagnosis	Anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang	
3.	Tindakan Kedokteran*	Anestesi dengan anestesi permukaan, infiltrasi.	
4.	Indikasi Tindakan	Untuk operasi pada perawatan atau pencabutan gigi, ganglion, lipoma, fibroma, sirkumsisi dan lain - lain.	
5.	Tata Cara	Infiltrasi : desinfeksi area, suntikan di area.	
6.	Tujuan	Menghilangkan rasa sakit pada sebagian tubuh dan pasien tetap dalam kondisi sadar.	
7.	Risiko	Nyeri, bengkak.	
8.	Komplikasi	Depresi atau stimulasi pada sistem saraf pusat, infeksi dan jantung.	
9.	Prognosis	Tergantung kondisi pasien	
10.	Alternatif dan Risiko		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar, jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan atau berdiskusi.			Tanda Tangan Dokter
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda atau paraf di kolom kanannya dan telah memahaminya.			Tanda Tangan Penerima Informasi

*) Bilapasientidakkompetenatautidakmaumenerimainformasi,makcpenerimainformasiadalah wali atau keluargaterdekat.

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :

dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan terhadap saya/.....

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya , termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul .

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukan lah ilmu pasti , maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan , melainkan sangat tergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa

Solok ,....., 20... Jam : WIB

Yang Menyatakan*
Pasien/ Keluarga

Saksi dari Pihak Keluarga

(.....)
Nama Lengkap dan Tanda Tangan

Dokter

(.....)
Nama Lengkap dan Tanda Tangan

Saksi dari Pihak Rumah Sakit

(.....)
Nama Lengkap dan Tanda Tangan

(.....)
Nama Lengkap dan Tanda Tangan

*) Coret yang tidak perlu

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) 20903
Website: www.rsudmohammadsir.sumbarpov.go.id
email: rsud.mohammadsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :

Nama Pasien :

Tanggal Lahir:

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

INFORMED CONCENT ANESTESI

PERSETUJUAN TINDAKAN PEMBIUSAN (ANESTESI REGIONAL, UMUM/ SEDASI)

PEMBERIAN INFORMASI

Dokter pelaksana		
Pemberian Informasi		
Penerimaan Informasi*		
No.	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI
1.	Diagnosa (WD & DD)	
2.	Dasar diagnosis	Anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang.
3.	Tindakan Kedokteran*	☐ Anestesi Regional ☐ Spinal/ Epidural ☐ Kaudal ☐ Blok ☐ Anestesi Umum
4.	Indikasi Tindakan	
5.	Tata Cara	1. Anestesi Regional a. Anestesi Spinal/ Epidural Penyuntikan jarum pada sela – sela tulang belakang, setelah obat Anestesi Lokal disuntikkan akan terasa kesemutan, kebas pada area yang dibius kemudian terasa berat dan pada akhirnya tidak dapat digerakkan. Pada Anestesi Epidural dapat dipasang catheter untuk menambahkan obat Anestesi Lokal bila diperlukan. b. Anestesi Kaudal Penyuntikan jarum di daerah kaudal, di ringga epidural setelah itu diberikan obat Anestesi Lokal. c. Anestesi Blok Syaraf Perifer Pemberian Anestesi Lokal disekitar syaraf yang bisa dipandu dengan USG atau Nerve Stimulator. 2. Anestesi Umum Tindakan Anestesi Umum dilakukan dengan cara memberikan obat bius melalui pembuluh darah dan/ atau dihirup melalui hidung/ mulut. Lama kerja obat disesuaikan dengan kebutuhan operasi. Setelah pasien tidak sadar, sesuai kebutuhan operasi, dapat dilakukan pemasangan pipa nafas untuk mengalirkan gas – gas pemafasan dan gas bius.
6.	Tujuan	1. Supaya pasien tidak merasa sakit saat operasi; 2. Supaya pasien tidak sadar selama operasi (anestesi umum/ sedasi); 3. Supaya otot – otot menjadi rileks jika dibutuhkan.
7.	Risiko	Anestesi Regional : Tekanan darah turun, blok spinal tinggi/ total, mual, muntah, penurunan panas tubuh Anestesi Umum : ETT salah masuk kekarongkongan, oedemalaring, obstruksi jalan nafas (odemalaring, pangkal lidah jatuh), henti jantung perawatan ke Perawatan Intensif.
8.	Komplikasi	Anestesi Regional : Nyeri punggung, retensi urine, sakit kepala, spinal hematoma, meningitis, kauda equine sindrom, kerusakan syaraf. Anestesi Umum : Mual, muntah, menggigil, hipotermiamalignan, batuk, aspirasi, kejang pita suara, spasme laring, alergi.
9.	Prognosis	Tergantung kondisi pasien
10.	Alternatif dan Risiko	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar, jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan atau berdiskusi.		Tanda Tangan Dokter
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda atau paraf di kolom kanannya dan telah memahaminya.		Tanda Tangan Penerima Informasi

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

PERSETUJUAN TINDAKAN PEMBIUSAN (ANESTESI REGIONAL, UMUM/ SEDASI)

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :

dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan terhadap saya/.....

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya , termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul .

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukan lah ilmu pasti , maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan , melainkan sangat tergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa

Solok , _____, 20__ Jam : ____ WIB

Yang Menyatakan*
Pasien/ Keluarga

Saksi dari Pihak Keluarga

(_____)
Nama Lengkap dan Tanda Tangan

(_____)
Nama Lengkap dan Tanda Tangan

Dokter

Saksi dari Pihak Rumah Sakit

(_____)
Nama Lengkap dan Tanda Tangan

(_____)
Nama Lengkap dan Tanda Tangan

*) Coret yang tidak perlu

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



FORMULIR EDUKASI TINDAKAN ANESTESI DAN SEDASI

ANESTESIA UMUM

Anestesia Umum adalah teknik anestesi dimana pasien mengalami perubahan tingkat kesadaran seperti tidur dalam, penurunan respon terhadap rangsang dan respon nyeri, amnesia dan relaksasi otot yang bersifat sementara dan kembali pulih setelah prosedur anestesi diakhiri. Obat Anestesia Umum berupa obat yang disuntikkan ke dalam pembuluh darah atau zat anestesi yang dihirup menggunakan alat khusus. Lama kerja obat disesuaikan dengan lama operasi. Sesuai dengan kebutuhan operasi dan kondisi pasien, teknik ini akan mempengaruhi kemampuan untuk mempertahankan patensi jalan napas, terjadi depresi fungsi napas spontan atau depresi fungsi otot sehingga pasien sering memerlukan pemasangan alat pernapasan untuk mempertahankan patensi jalan napas dan pemberian napas bantu, dan pada lingkaran tertentu terjadi depresi fungsi jantung dan pembuluh darah yang akan dipantau dan diantisipasi oleh dokter anestesi.

1. KELEBIHAN ANESTESIA UMUM

- Dari awal pemberian obat anestesi pasien sudah tidak sadar
- Rasa nyeri berkurang
- Adanya efek amnesia
- Fungsi berkemih tidak terpengaruh
- Teknik dan lama anestesi akan disesuaikan dengan kondisi pasien
- Jenis dan lama operasi

2. KEKURANGAN TEKNIK ANESTESIA UMUM:

- Pasca bedah pasien harus sadar penuh sebelum diperbolehkan minum dan makan
- Obat anestesi tertentu dapat memiliki efek ke seluruh tubuh (secara umum obat anestesi yang beredar aman terhadap janin)

3. KOMPLIKASI ANESTESIA UMUM

- Secara umum, komplikasi fatal akibat langsung tindakan anestesi sangat jarang. Kemungkinan 1: 250.000 dari tindakan anestesi.
- Efek samping yang sering terjadi namun berdampak ringan terhadap fungsi tubuh adalah mual/muntah, menggigil, pusing, mengantuk, nyeri tenggorok (akibat pemasangan pipa napas) yang dapat diatasi dengan obat-obatan.
- Risiko aspirasi, yaitu masuknya isi lambung ke jalan napas/paru, pada pasien yang tidak puasa/tidak cukup puasa
- Kesulitan dalam pemasangan alat atau pipa napas yang tidak terduga sebelumnya, sehingga dapat menyebabkan lecet pada bibir, rongga mulut, gigi patah / goyang
- Alergi / hipersensitif terhadap obat (sangat jarang), mulai derajat ringan hingga berat.

Komplikasi yang tidak dapat diprediksi dan tidak dapat dicegah sebelumnya, walaupun sangat jarang namun berakibat fatal seperti emboli (masuknya udara atau benda asing ke dalam aliran darah)



ANESTESIA SPINAL / EPIDURAL

Anestesi spinal dan epidural adalah anestesi yang hanya meliputi daerah perut ke bawah (perut sampai ujung kalu) dengan pasien tetap sadar tanpa merasakan nyeri. Bila pasien menginginkan untuk tidur maka dokter dapat memberi obat penenang melalui suntikan. Obat bius yang dipakai obat bius lokal dan bisa ditambah dengan obat lain yang bisa menambah kekuatan obat maupun menambah lama kerja obat bius lokal. Untuk anestesi spinal, obat bius tersebut disuntikkan dengan jarum yang sangat kecil di celah tulang belakang di daerah pinggang

Untuk anestesi epidural, dapat dilakukan di daerah punggung dan pinggang. Penyuntikan didahului dengan pemberian obat bius lokal dan melalui jarum epidural yang disuntikkan di celah tulang belakang akan dimasukkan selang kecil ke arah pinggir tulang belakang, yang berfungsi untuk menyalurkan obat di sekitar saraf yang ada di pinggir tulang belakang

Pada kedua teknik di atas, penyuntikan dilakukan pada pasien dalam keadaan posisi duduk membungkuk atau miring ke salah satu sisi dengan kedua tungkai dilipat ke arah perut dan kepala menunduk. Pada waktu penyuntikan obat, akan terasa hangat di tubuh. Setelah obat masuk ke tulang belakang, pada awalnya akan merasakan kesemutan pada tungkai, lama kelamaan akan terasa berat pada kedua tungkai dan pada akhirnya kedua tungkai tidak dapat digerakkan, seolah-olah tungkai hilang. Pada awalnya, di bagian perut pasien masih bisa merasakan sentuhan, gosokan dan tarikan tapi lama kelamaan akan tidak merasakan apa-apa lagi. Hilang rasa ini bisa berlangsung hingga 3 jam sesuai jenis obat anestetik lokal yang digunakan. Tingkat kegagalan spinal/epidural sekitar 1-17% sehingga kadang diperlukan teknik anestesi alternatif

1. KELEBIHAN TEKNIK ANESTESIA SPINAL / EPIDURAL

- Jumlah obat yang diberikan sedikit
- obat bius tidak masuk ke dalam aliran darah tali pusat sehingga menjadi pilihan untuk operasi sesar. Obat bius tidak mempengaruhi organ lain di dalam tubuh.
- Bisa ditambahkan obat penghilang rasa sakit yang bisa bertahan 24 jam pasca operasi atau lebih.
- Bisa tidak mual muntah pasca bedah bisa langsung minum tanpa harus menunggu fatus (buang angin)
- Lebih aman untuk pasien yang tidak puasa / operasi darurat

2. KELEMAHAN TEKNIK ANESTESIA SPINAL / EPIDURAL

- Penurunan tekanan darah.
- Pasca operasi harus berbaring, tidak boleh duduk / bangun selama 4 jam.
- Kedua tungkai tidak dapat digerakkan sementara, terutama pada tindakan anestesi spinal
- Terjadi gangguan fungsi berkemih sementara terutama pada tindakan spinal.

3. KOMPLIKASI TEKNIK ANESTESIA SPINAL / EPIDURAL

- Efek samping pasca bedah yang sering adalah mual/muntah, gatal-gatal terutama di daerah wajah. Semua bisa diatasi dengan obat-obatan
- Efek samping yang jarang adalah sakit kepala di bagian depan atau belakang kepala pada hari ke 2 terutama pada waktu mengangkat kepala dan menghilang 5 sampai 7 hari. Bisa diatasi dengan dilakukan tindakan khusus berupa pemberian darah pasien pada tempat penyuntikan semula
- Alergi hipersensitif terhadap obat (sangat jarang), mulai derajat ringan sampai dengan berat fatal
- Gangguan pernapasan mulai dari ringan (terasa pernapasan agak berat) sampai berat termasuk henti napas (jarang)
- Kelumpuhan atau kesemutan / baal di tungkai yang memanjang, bersifat sementara dan bisa sembuh kembali
- Untuk epidural bisa terjadi kejang bila obat masuk ke dalam pembuluh darah (jarang terjadi) dan dapat ditangani sesuai prosedur



BLOK SARAF TEPI (PERIFER)

Blok saraf tepadalah teknik anestesi yang hanya melibatkan sebagian tubuh yang akan dioperasi saja Teknik ini dilakukan dengan menyuntikkan obat bius lokal di sekitar saraf yang mensarafi bagian tubuh yang akan dioperasi. Pada saat mencari lokasi saraf yang akan disuntik mungkin akan merasakan sedikit nyeri. Kadang bila saraf sudah terkena maka akan terasa seorert kesetrum di bagian yang akan di operasi. Demikian juga pada saat penyuntikkan obat bius lokal akan terasa sedikit nyeri, tapi lama-kelamaan bagian tubuh yang akan dioperasi akan terasa kesemutan dan akhirnya terasa berat sampai dengan tidak bisa digerakkan. Efek bius berlangsung antara 2-4 jam tergantung jenis obat yang dipakai

1. KOMPLIKASI BLOK SARAF TEPI:

- Rasa kesemutan dan atau gangguan gerak yang cerkepanjangan tetapi bersifat sementara.
- Tetusuknya iapisan paru, pada blok perifer daerah dada (jarang)
- Anestesi yang tidak kompliit.
- Reaksi alergi atau hipersensitif yang ringan hingga berat (sangat jarang).
- Risiko kejang sekitar 0.2-1 per 1000 (jarang) bila obat masuk ke dalam pembuluh darah yang dapat ditangani sesuai prosedur tanpa gejala sisa
- Koordinasi gerakan otot pada daerah yang dibius akan terganggu sementara.
- Cedera pembuluh darah sekitar 5.7% sampai 6.6 terutama pada area okstremitas bawah
- Cedera saraf (Neuropati) sekitar 0.5-1 %, umumnya bersifat sementara yang membaik setelah beberapa hari (arang) Dengan kateter saraf perifer terdapat efek tamping berupa infamasi lokal 0-13.7%, infeksi lokal 0-3.2%, batas 0-0.9% (arang)

PROSEDUR SEDASI

Sedasi adalah teknik penyuntikan obat sedasi atau obat disosiasi dengan atau tanpa kombinasi pemberian obat analgesia yang merubah tingkat kesadaran sehingga membolehkan pasien untuk menjalani prosedur yang berpotensi mengakibatkan nyeri atau ketidaknyamanan namun fungsi jantung dan pernapasan tetap terjaga

1. KELEBIHAN TEKNIK SEDASI:

- Obat diberikan secara bertahap
- Selama tindakan pasien dalam keadaan mengantuk dan tidur
- Obat yang diberikan dapat memiliki efek amnesia

2. KELEMAHAN TEKNIK SEDASI:

- Pasca sedasi pasien harus sadar penuh sebelum bisa diberi minum
- Sampai 24 jam pasca sedasi pasien tidak diperbolehkan mengendarai mobil, mengoperasikan mesin dan menandatangani dokumen penting yang bersifat legal

3. KOMPLIKASI SEDASI:

- Oleh karena tindakan sedasi merupakan rangkaian proses dinamik dan dapat berubah, maka sedasi ringan ataupun moderat bisa bergeser menjadi sedasi dalam
- Efek samping pasca sedasi dapat berupa : mual, muntah, menggigil, pusing, mengantuk yang bisa diatasi dengan obat-obatan
- Alergi hipersensitif terhadap obat (sangat jarang), mulai derajat ringan hingga berat/fatal
- Beresiko pasien yang tidak puasa, bisa terjadi aspirasi yaitu masuknya isi lambung ke jalan nafas/paru.
- Pada sedasi dalam terdapat kemungkinan pemasangan alat atau pipa pernafasan



MAC(MONITOR ANESTESIA CARE) PROSEDUR PEMANTAUAN ANESTESIA

Prosedur pemantauan anestesia merupakan teknik dimana dokter anestesia mendampingi dan melakukan pemantauan tanda vital selama tindakan yang dilakukan oleh dokter lain, bila diperlukan dengan menimbang risiko dan keuntungannya dokter anestesia akan memberikan obat pemberi rasa kantuk, pengurang rasa nyeri atau obat lain sesuai indikasi

1. KOMPLIKASI PROSEDUR PEMANTAUAN OLEH ANESTESIA.

- Oleh karena tindakan MAC merupakan rangkaian proses dinamik dan dapat berubah, maka pemberian sedasi pada prosedur MAC dapat berubah dari sedasi ringan hingga sedasi sedang atau dalam
- Efek samping dapat berupa mual muntah, menggigil, pusing, mengantuk, yang bisa diatasi dengan obat-obatan
- Alergi/hipersensitif terhadap obat (sangat jarang), mulai derajat ringan hingga berat/fatal
- Beresiko pada pasien yang tidak puasa, bisa terjadi aspirasi yaitu masuknya isi lambung ke jalan nafas/paru
- Pada pemberian sedasi dalam terdapat kemungkinan pemasangan alat atau pipa pemafasan

ANESTESI LOKAL

Anestesi Topikal adalah teknik pembiusan yang hanya melibatkan bagian tubuh tertentu saja (misalnya mata, gusi). Teknik pembiusan dilakukan dengan memberikan obat bius tetes / spray jelly pada bagian tubuh yang akan dibius. Efek bius berlangsung kira-kira 15-30 menit tergantung jenis obat yang dipakai

PENGELOLAAN NYERI PASCA TINDAKAN

Pasien pasca tindakan atau anestesia akan mendapatkan manajemen nyeri disesuaikan dengan tingkatan nyeri yang dialami pasien. Pasien akan dievaluasi tingkatan nyeri berdasarkan skala 0 (tidak ada nyeri) hingga 10 (nyeri berat). Tingkatan nyeri dibagi dalam 3 kategori:

- Skala 0-3 nyeri ringan
- Skala 4-6 nyeri sedang
- Skala 7-10 nyeri berat

Untuk tiap tingkatan nyeri akan diberikan manajemen yang berbeda. Modalitas penatalaksanaan nyeri dapat diberikan melalui oral, suntikan, spinal, maupun epidural

Nyeri ringan

Dapat diberikan parasetamol (10-15 mg/kgBB tiap 4-6 jam) diminumkan atau melalui suntikan. Atau rejimen lain sesuai prosedur SPO tata laksana nyeri

Nyeri sedang

Dapat diberikan kombinasi beberapa macam obat, termasuk parasetamol dan obat anti inflamasi non steroid melalui suntikan. Atau modalitas dan rejimen lain sesuai prosedur SPO tata laksana nyeri

Nyeri berat

Dapat diberikan obat-obatan golongan narkotik kombinasi obat atau modalitas dan rejimen lain sesuai prosedur SPO tata laksana nyeri

1. KOMPLIKASI PENGELOLAAN NYERI PASCA TINDAKAN:

- Mual/muntah, gatal-gatal terutama di daerah wajah. Semua bisa dikurangi dengan obat-obatan
- Alergi / hipersensitif terhadap obat (sangat jarang), mulai derajat ringan hingga berat
- Gangguan fungsi pemasangan (jarang) dan dapat diatasi dengan tindakan



No Rekam Medis:
Nama Pasien :
P/L :
Tanggal Lahir :

DAFTAR SERAH TERIMA PASIEN KAMAR OPERASI

Tanggal masuk ruangan OK :20..... Pukul : WIB Ruangan Asal Rawat :

Diagnosa :	Tindakan operasi :
Dokter Operator :	
Jenis Kelamin : Laki laki / Perempuan*	
Jam diterima petugas OK :	Jam diserahkan kepada petugas bangsal :

*coret yang tidak perlu

PRA OPERASI	RUANG RAWATAN *diisi oleh perawat ruangan	KAMAR OPERASI *diisi oleh perawat ok	PASCA OPERASI	KAMAR OPERASI *diisi oleh penata anestesi	RUANG RAWATAN *diisi oleh perawat ruangan
Data RM / Status pasien			Data RM / Status pasien		
Informed consent tindakan bedah dan anestesi			Informed consent tindakan bedah dan anestesi		
DATA PENDUKUNG			DATA PENDUKUNG		
Laboratorium			Laboratorium		
Rongent			Rongent		
EKG			EKG		
PERSIAPAN PASIEN			PESAN DAN KEADAAN PASIEN SAAT SERAH TERIMA PASIEN		
Puasa			Kesadaran pasien CM Samnolen		
Premidikasi / obat masuk			Pasisi tidur Supinasi tanpa bantal (GA) Supinasi dgn bantal (SP) SIM		
Tidak pakai perhiasan, kaca mata			Pemakaian oxygen		
Tidak pakai protese /gigi palsu					
Pencukuran daerah operasi			Material yang di serahkan		
Terpasang infus (IN), Dower catheter (DC) NGT			Pemeriksaan yang di pesankan pasca operasi (lab.Hb, AGD, PA, tranfusi, Rongent)		
PERSIAPAN ALAT/ OBAT			Alat infasif yang terpasang		
Darah tranfusi WB, PRC			- Drinase		
Cairan kristaloid (RL, NaCl)			- NGT		
Infus set			- ET		
Tranfusi set			- Infus		
Poli catheter FR.....			- Dower cateter		
NGT FR.....			-		
Urine bag			LAPORAN-LAPORAN		
Obat			- Blangko Laporan Operasi		
			- Blangko Laporan Anestesi		
			- Pemakaian obat/ alat/ inplan		
			- Blangko Tindakan		
			- Blangko Pemeriksaan PA		

PRA OPERASI

Petugas OK yang menerima

Petugas Ruangan yang menyerahkan

(.....)
Nama dan tanda tangan

(.....)
Nama dan tanda tangan

Penata Anestesi yang menyerahkan

Petugas Ruangan yang menerima

(.....)
Nama dan tanda tangan

(.....)
Nama dan tanda tangan



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Sumpang Rumbia Kota Sobak Telp. (0755) 20003 Faks. (0755) 20003
Website: www.rsudmohammadnatsir.sumbapro.go.id
email: rsudmohammadnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

CHEK LIST KESELAMATAN OPERASI

SIGN IN (Sebelum Pemberian Anestesi)	TIME OUT (Sebelum Insisi Kulit)	SIGN OUT (Sebelum Area Operasi Ditutup)
Jam : Dengan Penata dan Dokter Anestesi *diisi oleh penata anestesi Pastikan data persiapan operasi kepada pasien Identitas : ☐ Gelang ☐ RM Ceklist persiapan operasi : ☐ Isi Lengkapi ☐ Anestesi Informed Consent : ☐ Operasi ☐ Transfusi Pastikan Marker di Lokasi Operasi ☐ Ada Lokasi : ☐ Jumlah : ☐ Tidak Perlu dilakukan Pastikan mesin Anestesi berfungsi baik & obat anestesi lengkap (slap pakai) : ☐ Sudah, dg jenis anestesi : Umum/ Lokal pendampingan/ Blok / Spinal / Kombinasi spinal epidural / lokal ☐ Belum Pastikan Pulse oxymeter : Ada, terpasang & berfungsi baik ☐ Sudah ☐ Belum Pastikan apakah pasien mempunyai alergi : ☐ Ya, Golongan : ☐ Tidak Ada kesulitan jalan nafas & resiko aspirasi : ☐ Ya : ☐ Tidak Ada resiko perdarahan > 500 ml(Hb:.....) Ya, (Dua IV line/CVC & persiapan cairan/ persiapan Darah : cc ☐ Tidak Verifikasi : (Penata Anestesi) (Dokter Anestesi)	Jam : Dengan Perawat, Dokter anestesi dan Dokter Bedah *diisi oleh perawat sirkuler Lakukan konfirmasi semua anggota tim bedah dan anestesi dan telah memperkenalkan diri name dan perannya. ☐ Sudah, Dokter : Orang Perawat : Orang ☐ Belum Pastikan konfirmasi: nama pasien, jenis kelamin, umur pasien Lokasi insisi operasi : Prosedur Operasi : Pastikan pemberian antibiotik profilaksis dalam 60 menit terakhir sebelum insisi ☐ Ya ☐ Tidak diperlukan Nama : Dosis : Jam : Antisipasi Kejadian kritis: Terhadap Anil Bedah - Langkah apa yang dilakukan jika terjadi kondisi kritis dan kejadian tidak diharapkan ? - Berapa lama Operasi berlangsung ? menit/ Jam - Apa antisipasi bila terjadi perdarahan ? Terhadap Anil Anestesi - Apakah ada hal khusus yang perlu diperhatikan terhadap pasien ? - Jika diperlukan CVC, Kapan akan dipasang ? Terhadap Tim Perawat - Apakah peralatan sudah steril?, adakah alat-alat yang perlu diperhatikan khusus atau dalam masalah? - Kelengkapan jumlah alat operasi: Instrumen: ☐ Lengkapi ☐ Tidak Lengkapi - Kassa: Kecil : Segi-4 : Drumkass : Tampon : - Jarum: ☐ Atraumatic : Lepas : ☐ Tidak - Implan: ☐ Ya, Barcode : ☐ Tidak Apakah hasil MRI, CTScan, Rontgen diperhatikan ? ☐ Ya ☐ Tidak Verifikasi : (Dokter Bedah) (Dokter Anestesi) (Perawat Sirkuler)	Jam : Dengan Perawat, Dokter anestesi dan Dokter Bedah *diisi oleh perawat sirkuler Pastikan nama tindakan operasi sudah dicatat (simulasi ns) Ada perubahan / perubahan tindakan operasi yang direncanakan. Ada : ☐ ☐ Informed consent Tidak : ☐ ☐ Informed consent Pastikan Kelengkapan Jumlah: Kassa ☐ Lengkapi ☐ Tidak Lengkapi Instrumen ☐ Lengkapi ☐ Tidak Lengkapi Jarum ☐ Lengkapi ☐ Tidak Lengkapi Penghitungan Kassa: Jenis Kassa : Kotor : Bersih : Segi-4 : Drumkass : Tampon : Cotton Buds : Apakah Implan ada dan terpasang dengan benar ☐ Ya ☐ Tidak Dipasang Pastikan specimen pasien (baca label specimen termasuk nama pasien dengan jelas) : ☐ Ada ☐ Tidak Ada Ruangan : PA : Kultur : Sitologi : OK : Unit : Masalah / Kerusakan Instrumen / Alat selama Proses Operasi Untuk ahli bedah, ahli anestesi dan perawat Apakah ada perhatian khusus untuk keselamatan dan keselamatan pasien selanjutnya? Hal yang harus diperhatikan : Tanggal Tindakan : Verifikasi : (Dokter Bedah) (Dokter Anestesi) (Perawat Sirkuler)



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADANLAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20826-20827 Fax: (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbaprov.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id



No Rekam Medis:
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

LAPORAN ANESTESI

Tindakan : _____	Asisten operator : _____
Asisten : _____	Perawat Instrumen : _____
Dokter Anestesi : _____	Perawat sirkuler : _____
Operator : _____	Penata Anestesi : _____

Jam : _____ Wib	Berat Badan : _____ Tinggi badan : _____
Kesadaran : _____	Nadi : _____ Suhu : _____
Tekanan Darah : _____	Pernapasan : _____

Dengan udara bebas O ₂	Liter per menit Via
ASA I 2 3 4 5 E	

Puasa mulai pukul : _____	Tanggal : _____
Premedikasi : _____	route : Oral / Intramuscular / intravena Jam : _____

Checklist persiapan anestesi : ☐ Persetujuan anestesi ☐ Obat - obat anestesi ☐ Tatalaksana jalan napas
☐ Alat monitoring ☐ Obat - obat emergency ☐ Mesin anestesi

Jam : _____ Wib	Jalur	Ukuran	Sisi	Letak	☐ Penghangat darah
☐ Nibp ☐ CVC	☐ IV #1	G	Kiri/kanan		☐ Infusion pump
☐ Ekg ☐ ETCO ₂	☐ IV #2	G	Kiri/kanan		☐ Syring Pump
☐ SpO ₂ ☐ Prekordial	☐ IV #3	G	Kiri/kanan		☐ Kateter Foley no : _____
☐ Temp ☐ Lain - lain	☐ CVC	G	Kiri/kanan		☐ NGT no : _____

Posisi pasien selama operasi		Lengan	
☐ Supine ☐ Semi flower	☐ Duduk	☐ Sudut < 90°	☐ Bantalan aksilar
☐ Lithotomi ☐ Lateral decubitus kiri	☐ Lateral decubitus kanan	Mata	Badan
☐ Prone ☐ Jack-knife	☐ Reverse Trendelenberg	☐ Lubrikasi	☐ Bantalan punggung
☐ Trendelenberg		☐ Bantalan tambahan	☐ Bantalan tungkai
☐ Lain - lain			

Masalah saat evaluasi Pra Induksi ☐ Ada ☐ Tidak Ada	Terapi/tindakan yang sudah dilakukan	Respon terhadap terapi/tindakan tersebut :
Jika ada :	Perubahan rencana anestesi ☐ Ada ☐ Tidak Ada	Resume / Diagnosa Pra Anestesi :
Antisipasi masalah :	Sebutkan Jika ada :	Rencana Anestesi :

Induksi Jam : _____ Wib	ETT	Metode	Konfirmasi
☐ Inhalasi ☐ Intravena ☐ Preoksigenisasi ☐ Rapid sequence induction ☐ Penekanan krikoid	Tipe : _____ Ukuran : _____ Kedalaman : _____ Cuffed ☐ Iya ☐ Tidak Pack ☐ Iya ☐ Tidak Pengulangan : _____	☐ Direct Laryngoscope ☐ Mandarin/stylet ☐ Fiberoptik ☐ Tube changer stylet (sliding) ☐ Teknik blind ☐ Video assisted laryngoscope ☐ Teknik awake ☐ Sudah terintubasi	☐ ETCO ₂ ☐ Suara nafas vesikuler bilateral ☐ Pipa sudah dipleset ☐ Suiit ventilasi ☐ Sulit intubasi ☐ Lain - lain
Jalan napas : ☐ Sungkup muka ☐ Oral ☐ LMA ☐ Nasal ☐ Trakeostomi	Ukuran : _____		

Teknik : ☐ Spinal ☐ Saddle Block ☐ Epidural ☐ Kaudal ☐ Intravena ☐ Blok Perifer
Lokasi tusukan : _____ Analgesis setinggi segmen : _____ Jenis jarum/ukuran : _____
Anestesi local : _____ Konsentrasi : _____ Jumlah : _____
Obat tambahan : 1. _____ 2. _____ Dosis : _____ Vasokontaktor : ☐ Adrenalin ☐ Non Adrenalin
Waktu mulai : _____ Komplikasi : _____
Hasil : ☐ Berhasil ☐ Gagal ☐ Parsial Blok



No Rekam Medis:
Nama Pasien : P/L
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

LAPORAN ANESTESI

Premedikasi		Medikasi			
		1	6	11	16
		2	7	12	17
		3	8	13	18
		4	9	14	19
		5	10	15	20

Pemberian: SK/ I. M/ I. V/ P. Oral
Waktu : Jam Wb
Efek :

Jam:
O2 :
N2O :
Air:

Infus
Hipnosis
Relaksan
Analgetika
Lain-lain

	R	N	TD
36			220
32			200
28			180
26			160
20	180	140	
16	160	120	
12	140	100	
6	120	80	
-	100	60	
-	80	40	
-	60	20	
-	40	0	

V.S= Ventilasi Spontan
V.B= Ventilasi Bantu
V.K= Ventilasi Kendali
X anest-X o-ppo-o
--N--R--A-- sist V diast--A

Perdarahan :ml

Jenis Anest/Analg : Jumlah Medikasi : Jumlah Cairan/Transfusi :

Lama Operasi :

Operasi Sectio Caesarian
Lahir bayi :
☐ Mati ☐ Hidup
☐ Laki-laki ☐ Perempuan
APGAR SCORE 1' : 2' : 3' :
Berat badan :
Panjang Badan :

Catatan :

Solok 20....

(.....)
Nama dan tanda tangan dokter anestesi



No Rekam Medis:

--	--	--	--	--	--

Nama Pasien

Tanggal Lahir

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

PENGKAJIAN PRA-INDUKSI

Rencana Tindakan Dokter Operator :	Tanggal / Jam : Dokter : Anestesi : Perawat : Anestesi :
Makan Terakhir : WIB Minum Terakhir : WIB	
Masalah saat evaluasi Pra Induksi ☐ Ada ☐ Tidak Ada Sebutkan Jika ada :	Respon terhadap terapi/tindakan tersebut :
Terapi/tindakan yang sudah dilakukan	Antisipasi masalah:
Perubahan rencana anestesi ☐ Ada ☐ Tidak Ada Sebutkan Jika ada :	
Tanda vital: HR: X/menit TD mmhg RR x/m VAS:	
Status Jalan Nafas :	Peralatan khusus tata laksana jalan nafas :
Resume / Diagnosa Pra Anestesi :	
Rencana Anestesi :	
Dokter Anestesi (.....) Nama dan Tanda Tangan	



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.sumbaprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir:
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

LAPORAN OPERASI

Tanggal masuk ruangan OK :20..... Pukul : WIB Ruangan Asal Rawat :

Laporan diisi oleh dokter "setelah selesai operasi, sebelum pasien pindah ke ruang rawatan"

Diagnosa Pra bedah :		Diagnosa Pasca Bedah :	
JenisPembedahan :		Jam Mulai :	Jam Berakhir :
Dokter Operator	Asisten	Perawat Instrumen :	
DokterAnestesi	JenisAnestesi	Jam Mulai	Jam Berakhir
JenisOperasi ☐ Emergency ☐ Elektif		Klasifikasitindakanoperasi : ☐ Kecil ☐ Besar ☐ Sedang ☐ Khusus	
Pendarahan .....cc		Jumlah darah yang masuk melalui Transfusi : cc (isi jika ada)	

LAPORAN PEMBEDAHAN

No. Pendaftaran Implan yang dipasang (Jika ada):

COMPLIKASI TINDAKAN

Deskripsi Jaringan/ Organ yang diangkat

Dikirim ke Patologi Anatomi ☐ Ya

☐ Tidak

INSTRUKSI/ TERAPI POST OPERASI

Solok, 20.....

(.....)

Nama dan Tanda Tangan Operator

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.sumbareprov.go.id
email: rsudmatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

ASKEP PERIOPERATIF

Diagnosa medis :
Jenis tindakan operasi :
Jenis Anestesi :
Jam mulai operasi :
Jam selesai operasi :
Jenis kelamin :
Ruang perawatan :
Hari/Tanggal :
Dokter Operator :
Dokter Anestesi :
Asisten /Instrumen :
Circulating Nurse :
Penata anestesi :

PRE OPERASI			IMPLEMENTASI	EVALUASI
PENGKAJIAN	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
1. Pernafasan o RR : x/m o SpO2 : % 2. Blood Capillary Refill Time o < 2 detik o > 2 detik TD : mmHg HR : x/m Gula Darah : mg/dl Suhu : C Pendarahan : ☐ Ya ☐ Tidak 3. Brain Kesadaran : o Compos Mentis o Delirium o Stupor o Apathies o Sannolen o Koma Skala Nyeri : () () () () () () 4. Bladder o Memakai Kateter o Urin output cc 5. Bowel BB : Kg TB : CM o Puasa , Jam o Mual o Perut Distensi o Muntah 6. Bone Integritas Kulit : Patah Tulang : ☐ Ya ☐ Tidak	1. Cemas 2. Gangguan Pertukaran Gas 3. Gangguan mobilitas fisik 4. Gangguan integritas kulit 5. Gangguan komunikasi Verbal 6. Inefektif pola nafas 7. Inefektif koping individu 8. Defisit pengetahuan 9. Potensial Infeksi 10. Ketidakterdayaan 11. 12.	o Lakukan interaksi sosial o Cek kelengkapan dokumen pre-op o Observasi tanda tanda vital o Beri informasi yang faktual mengenai diagnosis dan lakukan back and neck rub (menggosok punggung dan leher pasien) dengan komunikasi terapeutik o Jelaskan semua prosedur yang akan dilakukan o Jelaskan patofisiologi dari penyakitnya dengan sederhana yang mudah di terima dan Gambarkan gejala / tanda yang biasa muncul o Dampingi pasien selama di kamar operasi dan ciptakan trust/ kepercayaan yang nyaman o Fasilitasi suasana lingkungan yang tenang dan aman o Identifikasi tingkat pengetahuan. o Beri informasi yang benar dengan komunikasi terapeutik o Alur posisi pasien sesuai rencana tindakan pembedahan o Lakukan SIGN IN	S: o Memperkenalkan diri sebagai tim kamar operasi o Serah terima pasien dan rekam medis dengan perawat ruangan o Mengobservasi tanda tanda vital o Memberikan informasi yang faktual mengenai diagnosis dan lakukan back and neck rub (menggosok punggung dan leher pasien) dengan komunikasi terapeutik O: o Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan o Menjelaskan patofisiologi dan penyakitnya dengan sederhana yang mudah di terima dan Gambarkan gejala / tanda yang biasa muncul o Mendampingi pasien selama di kamar operasi dan menciptakan trust/ kepercayaan yang nyaman A: o Memfasilitasi suasana lingkungan yang tenang dan aman o Mengidentifikasi tingkat pengetahuan o Memberi informasi yang benar dengan komunikasi terapeutik P: o Mengatur posisi pasien sesuai rencana tindakan pembedahan o Melakukan SIGN IN	

PENGKAJIAN		DIAGNOSA KEPERAWATAN	INTRA OPERASI	PERENCANAAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Sign In Jam : WIB Time Out Jam : WIB Anestesi di mulai : WIB Selesai : WIB Operasi dimulai : WIB Selesai : WIB 1. Pemafasan o RR : x/m o SpO2 : % 2. Blood Capillary Refill Time ☐ < 2 detik ☐ Hangat ☐ > 2 detik ☐ Dingin TD : mmHg Gula Darah : mg/dl HR : x/m Suhu : C Pendarahan : ☐ Ya ☐ Tidak 3. Brain Kesadaran : o Compos Mentis o Delirium o Stupor o Apamies o Samnolen o Koma Skala Nyeri : () () () () () () () () 4. Bladder o Memakai Kateter o Urin output cc o Lainnya 5. Bowel BB : Kg TB : CM o Puasa, Jam o Perut Distensi o Mual o Muntah 6. Bone Integritas Kulit : Patah Tulang : ☐ Ya ☐ Tidak Pasang Implan : ☐ Ya ☐ Tidak	1. Resiko infeksi 2. Resiko cidera 3. Resiko hipotermia 4. Cemas 5. Gangguan integritas kulit 6. Pola nafas tidak efektif 7. Resiko terbakar oleh electro cutter 8. Defisit volume cairan 9. Resiko perdarahan 10. Nyeri akut 11. 12.	o Siapkan ruangan operasi o Observasi vital sign secara periodik o Monitor hidrasi (kelembaban Mukosa) o Siapkan selimut hangat o Persiapkan pasien di meja operasi o Siapkan instrument dan linen o Atur posisi pasien sesuai tindakan operasi o Lakukan TIME OUT o Monitor ventilasi o Kolaborasi pemberian cairan kristaloid /koloid o Monitor KU pasien dan Vital Sign o Monitor jumlah perdarahan o Awasi bila terjadi anemia o Kolaborasi pemberian antikoagulasi o Batasi jumlah personil di kamar operasi o Kendalikan sterilitas kamar operasi dan peralatan o Lakukan cuci tangan bedah, pemakaian jas operasi, pemakaian sarung tangan toileting, pemasangan duk operasi sesuai prosedur o Terapkan prosedur prinsip sepsis aseptik o LAKUKAN SIGN OUT o Lakukan penutupan luka sesuai prosedur o Kolaborasi pemberian antibiotik o Bersihkan Tubuh pasien dari cairan penyebab infeksi (darah, pus, dan cairan lainnya) o Lakukan pengkajian nyeri o Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan o Lakukan management nyeri o Pantauan Vital Sign o Regulasi suhu dengan mempertahankan suhu tubuh rentang normal (air warmer)	o Siapkan ruangan operasi o Observasi vital sign secara periodik o Monitor hidrasi (kelembaban Mukosa) o Siapkan selimut hangat o Persiapkan pasien di meja operasi o Siapkan instrument dan linen o Atur posisi pasien sesuai tindakan operasi o Lakukan TIME OUT o Monitor ventilasi o Kolaborasi pemberian cairan kristaloid /koloid o Monitor KU pasien dan Vital Sign o Monitor jumlah perdarahan o Mengawasi bila terjadi anemia o Berkolaborasi pemberian antikoagulasi o Membatasi jumlah personil di kamar operasi o Mengendalikan sterilitas kamar operasi dan peralatan o Melakukan cuci tangan bedah, pemakaian jas operasi, pemakaian sarung tangan toileting, pemasangan duk operasi sesuai prosedur o Menetapkan prosedur prinsip sepsis aseptik o MELAKUKAN SIGN OUT o Melakukan penutupan luka sesuai prosedur o Berkolaborasi pemberian antibiotik o Membersihkan Tubuh pasien dari cairan penyebab infeksi (darah, pus, dan cairan infeksius lainnya) o Melakukan pengkajian nyeri o Mengobservasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan o Melakukan management nyeri o Memantau Vital Sign o Mengatur suhu dengan mempertahankan suhu tubuh rentang normal (air warmer)			

POST OPERASI

PENGKAJIAN	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1. Pernafasan - RR : x/m - SpO2 : % 2. Blood Capillary Refill Time Skin < 2 detik ☐ Hangat > 2 detik ☐ Dingin TD : mmHg Gula Darah : mg/dl HR : x/m Suhu : C Pendarahan : ☐ Ya ☐ Tidak 3. Brain Kesadaran : - Compos Mentis - Delirium - Stupor - Apathies - Sammolen - Koma Gcs : Eye : Verbal : Motorik : Skala Nyeri : 4. Bladder - Memakai kateter - Urin output : cc 5. Bowel BB : Kg TB : CM - Puasa, Jam - Perut Distensi - Muntah 6. Bone Integritas Kulit : Patah Tulang : ☐ Ya ☐ Tidak	1. Cemas 2. Gangguan pertukaran gas 3. Gangguan mobilitas fisik 4. Gangguan integritas kulit 5. Gangguan komunikasi verbal 6. Potensial infeksi 7. Pola nafas inefektif 8. Resiko cidera b/d tingkat kesadaran 9. Resiko defisit volume cairan 10. Resiko aspirasi b/d reflek menelan belum optimal 11. Mual dan muntah b/d komplikasi anestesi 12. 13.	Monitor tingkat kesadaran dan reflek menelan Monitor status paru dan bebaskan air way Lakukan suctioning bila diperlukan Posisikan head up (30 - 45) derajat atau SIM posisi pada operasi jalan nafas. Monitor ventilasi (jalan dan suara nafas) Lakukan ventilasi manajemen dengan head ekstensi / jawtust positioning. Pasang alat bantu nafas : mouth airway / gudel, ET, LMA Vital sign dan saturasi kontrol secara periodik Kolaborasi dalam pemberian oksigen Lakukan pengkajian mual muntah Kolaborasi pemberian antiemetik Posisikan kepala pasien miring untuk mencegah aspirasi Memberikan kenyamanan selama muntah Sediakan lingkungan yang nyaman, aman Posisikan tidur sesuai instruksi medis/ anestesi Berikan selimut hangat Memasang side rail tempat tidur Kaji tingkat kesadaran Dampingi selama pasien belum sadar penuh Berikan terapi oksigen Lindungi arah gerakan dan jangan lawan gerakan pasien . Rangsang pasien untuk meningkatkan kesadaran ke Compos Mentis Serah terima dengan perawat ruangan	Memonitor tingkat kesadaran dan reflek menelan Memonitor status paru dan bebaskan air way Melakukan suctioning bila diperlukan Memposisikan head up (30 - 45) derajat atau SIM posisi pada operasi jalan nafas. Memonitor ventilasi (jalan dan suara nafas) Melakukan ventilasi manajemen dengan head ekstensi / jawtust positioning. Pasang alat bantu nafas : mouth airway / gudel, ET, LMA Mengontrol Vital sign dan saturasi secara periodik Berkolaborasi dalam pemberian oksigen Melakukan pengkajian mual muntah Berkolaborasi pemberian antiemetik Memposisikan kepala pasien miring untuk mencegah aspirasi Memberikan kenyamanan selama muntah Sediakan lingkungan yang nyaman, aman Memposisikan pasien sesuai instruksi medis/ anestesi Memberikan selimut hangat Memasang side rail tempat tidur Mengkaji tingkat kesadaran Mendampingi selama pasien belum sadar penuh Memberikan terapi oksigen Melindungi arah gerakan dan jangan lawan gerakan pasien . Merangsang pasien untuk meningkatkan kesadaran ke Compos iMentis Serah terima dengan perawat ruangan	

CATATAN SELAMA OPERASI

- Pemasangan implan intra op :
- Penghitungan kasa :
- Penghitungan instrumen :
-
-
-

Solok 20	
Perawat Sirkuler	Perawat asisten operator
(.....) Tanda tangan dan nama jelas	(.....) Tanda tangan dan nama jelas
(.....) Tanda tangan dan nama jelas	

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



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADANLAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20826-20827 Fax: (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id



No Rekam Medis:
Nama Pasien : P/L
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

MONITORING DI RUANG PEMULIHAN PASCA ANESTESI DAN BEDAH

Komplikasi Anestesi	Waktu Tiba di Ruang Pulih	
1	Tanggal : Jam	
2	Alergi :	
3	Keadaan Awal Saat Tiba di Ruang Pemulihan	
4	Kesadaran : ☐ Sadar Penuh ☐ Respon terhadap verbal	Respon terhadap nyeri
	Pernapasan : ☐ Spontan ☐ Assisted	RR x/menit
	☐ Cepat - dangkal	☐ Lambat - dalam
Komplikasi Bedah	TD : N : Temp : Warna Kulit :	
1	Skala Nyeri	
2		
3		
4		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	Tidak Nyeri Nyeri Ringan Nyeri Sedang Nyeri Hebat	

PEMANTAUAN DI RUANG PEMULIHAN

JAM													
N	TD												
	220												
	200												
	180												
	160												
180	140												
160	120												
140	100												
120	80												
100	60												
80	40												
60	20												
40	0												
SpO2													
Temp													
Medikasi													
Infus													
Produksi Urin													
Perdarahan													

KRITERIA PASIEN KELUAR DARI RUANG PEMULIHAN

Modifikasi Skor Aldrete	15'	30'	45'	60'	90'	120'
Tingkat Kesadaran						
2 : sadar penuh, orientasi baik terhadap ruang dan waktu						
1 : Respon terhadap verbal						
0 : Tidak memberi respon						
Aktifitas						
2 : Dapat menggerakkan 4 ekstremitas sesuai perintah						
1 : Menggerakkan 2 ekstremitas secara spontan						
0 : Tidak bergerak sama sekali						
Pernapasan						
2 : Bernapas baik dan refleks batuk adekuat						
1 : kesulitan bernapas atau bernapas cepat						
0 : Tidak bernapas						
Sirkulasi						
2 : Tekanan darah $\pm$ 20 % dari nilai pra - anestesi						
1 : Tekanan darah $\pm$ 20 - 50 % dari nilai pra - anestesi						
0 : Tekanan darah $\pm$ dari nilai pra - anestesi						
Saturasi Oksigen						
2 : SpO2 > 92 % pada udara ruangan						
1 : Perlu oksigen untuk mempertahankan SpO2 > 90 %						
0 : SpO2 < 90 % dengan oksigen						
Total Skor						



MONITORING DI RUANG PEMULIHAN PASCA ANESTESI DAN BEDAH

Skor Steward	15'	30'	45'	60'	90'	120'
Pergerakan						
2 : Gerak bertujuan						
1 : Gerak tidak bertujuan						
0 : Tidak bergerak						
Pernapasan						
2 : Batuk dan menengis						
1 : Jalan napas perlu dipertahankan						
0 : Perlu dibantu						
Kesadaran						
2 : Menengis						
1 : Respon terhadap rangsangan						
0 : Tidak memberi respon						
Total Skor						
Skor Bromage						
0 : Gerakan penuh dari tungkai						
1 : tak mampu ekstensi tungkai						
2 : Tak mampu fleksi lutut						
3 : Tak mampu fleksi telapak kaki						
4 : Tak mampu fleksi telapak kaki						

Catatan :

1. Modifikasi skor Aldrete ditujukan untuk pemantauan pasien dewasa pasca anestesi umum dan dalam pengaruh sedasi peri operatif. Nilai minimum untuk pindah > 8 / 10.
2. Skor Steward ditujukan untuk pemantauan pasien pediatrik. Nilai minimum untuk pindah > 5 / 6.
3. Skor bromage ditujukan untuk pasien pasca anestesi regional spinal / epidural / kombinasi spinal - epidural. Nilai untuk pindah 0 - 2. Pada keadaan tertentu. Pasien dengan skor bromage = 3 diperbolehkan pindah jika hemodinamik stabil.

CHECK LIST SERAH TERIMA (Jika ya, maka beri tanda ✓)

Barang	Masuk RR	Keluar RR		Masuk RR	Keluar RR
ETT / T - Piece			Informed consent ada dan terisi lengkap		
NGT			Laporan operasi ada dan terisi lengkap		
Spesimen			Resep		
Kateter Urin			Gelang identitas pasien		
Drain			Status pasien		
Tampon			Radiologi : _____		
Plasenta			Lainnya : _____		

INSTRUKSI PASCA BEDAH

Bila kesakitan :
Bila mual / muntah :
Antibiotika :
Obat - obatan lain :

Minum :

Infus :

Kontrol : tensi, nadi, nafas, setiap , selama
suhu setiap
Tt.Sp. Anestesiologi

(Dr.)

Keadaan Sebelum Pindah

Tanggal	Jam	TTD & Nama Jelas Perawat Anestesi	TTD & Nama Jelas Perawat Ruangan
Kesadaran			
TD	N		
RR	T		
Skor Nyeri			



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



PERMINTAAN PEMERIKSAAN

No. Lab
 Nama OS Lk / Pr
 Tanggal lahir
 Alamat
 No. MR
 Ruang
 Status : Umum / BPJS
 Diagnosa/Keterangan Klinik :

Solok, 20.....

Tanda Tangan dr. Pengirim

PEMERIKSAAN	PEMERIKSAAN	PEMERIKSAAN	PEMERIKSAAN
HEMATOLOGI	FAAL HATI	FAAL GINJAL & ELEKTROLIT	URINALISA
Hemoglobin	Billirubin Total	Ureum	Protein
LED	Billirubin Direct	Creatinin	Glukosa
Eritrosit	Billirubin Indirect	Uric Acid	Billirubin
Leukosit	Alkaline Fospatase	Creatinin Urine	Urobilinogen
Retikulosit	SGOT (AST)	Creatinin Clearance	Sedimen
Hematokrit	SGPT (ALT)	Urin / 24 jam	Urin 4 porsi
MCV	Total Protein	Protein Urin 24 jam	Planotes
MCH	Albumin		
MCHC	Globulin	ELEKTROLIT	MIKROBIOLOGI
RDW	LDH	Natrium	Faeces Rutin
Trombosit	CPK / CK-NAC	Kalium	Tes Darah Samar
MPV	CK-MB	Chlorida	BTA / TCM
PCT			Kultur
Malaria	LIPID PROFILE		Resistensi/Sensitivity Test
Hitung Jenis Leukosit	Total Kolesterol (*)		Pewarnaan Gram
Golongan Darah	Trygliserida (*)		Jamur
Golongan Darah + Rhesus	HDL-Kolesterol (*)	METABOLISME	
Morfologi Darah Tepi	LDL-Kolesterol (*)	KARBOHIDRAT	NARKOBA
Coomb Test Direct		Glukosa Puasa (*)	Amphetamin
Coomb Test Indirect	Kalsium Darah	2 jam pp	Cannabinoid
BMP		Ad random	Opiate / Morphin
	Analisa Cairan Pleura	HbA1C	Met Amphetamin
FAAL HEMOSTASIS		SEROLOGI / IMMUNOLOGI	
Bleeding Time	Analisa Gas Darah	HBsAg	TPHA
Cloting Time		HBsAb	VDRL
Prothombin (PT)	Procalcitonin (PCT)	Anti HIV	AFP
APTT		ASTO	CEA
INR	Lactat	CRP	CA 125
D-Dimer		RF	CA 15-3
Fibrinogen	Troponin I	Test Widal	CA 19-9
Faktor VII	SI / Fe Serum	- Tiphy H	PSA
Faktor VIII	TIBC	- Tiphy O	T3
	Ferritin	Anti HCV	T4
	Transferrin	NS 1	TSH
		Dengue IgG, IgM	FT4

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.sumbaprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

No. Lab : Solok, 20.....
 Nama OS : Lk / Pr
 Tanggal lahir :
 Alamat :
 No. MR :
 Ruang : Kepada Yth,
 Status : Umum / BPJS
 Diagnosa/Keterangan Klinik : Ts. dr.....

PEMERIKSAAN	UNIT	HASIL	NORMAL	PEMERIKSAAN	UNIT	HASIL	NORMAL	RED
FAAL HATI				FAAL GINJAL				
Bilirubin Total	mg/dl		< 1	Ureum	mg/dl		20 - 50	
Bilirubin Direct	mg/dl		< 0,75	Creatinin	mg/dl		0,5 - 1,5	
Bilirubin Indirect	mg/dl		< 0,25	Uric Acid	mg/dl		Lk : 3,4 - 7,0 Pr : 2,4 - 5,7	
Alkaline Phosphatase	U/L		A : < 350 Lk : 25 - 100 Pr : 25 - 100	Creatine Urine	mg/24 jam		Lk : 20 - 26 Pr : 14 - 22	
SGOT (AST)	U/L		Lk : < 38 Pr : < 31	Creatinine Clearance	ml/menit		80 - 120	
SGPT (ALT)	U/L		Lk : < 40 Pr : < 32	Protein Urine 24 jam	mg/24 jam		< 150	
Total Protein	g/dl		6,0 - 9,0	Lactat	mmol/l (vena)		0,5 - 2,2	
Albumin	g/dl		3,5 - 5,2	Procalcitonin	ng/ml		< 0,1	
Globulin	g/dl		1,5 - 2,5	Calcium darah	mg/dl		8,8 - 10,4	
LDH	U/L		80 - 240	Troponin I	ng / ml		< 0,50	
Gamma GT	U/L		Lk : 6 - 25 Pr : 8 - 35	ELEKTROLIT				
CPK/CK-NAC	U/L		0 - 5	Natrium	mEq/L		135 - 145	
CK - MB	U/L		0 - 25	Kalium	mEq/L		3,5 - 5,5	
LIPID PROFILE				Chlorida	mEq/L		98 - 108	
Total Cholesterol	mg/dl		150 - 220	METABOLISME KARBOHIDRAT				
Triglycerida	mg/dl		40 - 160	Glukosa Puasa	mg%		70 - 120	Red
HDL - Cholesterol	mg/dl		> 55	2 jam pp	mg%		< 200	Red
LDL - Cholesterol	mg/dl		< 150	Ad random	mg%		< 200	Red
ANALISA GAS DARAH				HbA1C	%		6 - 8	
pH			7,35 - 7,45	SEROLOGI / IMMUNOLOGI				
PCO ₂	mmHg		35 - 45	HBs Ag			Non reaktif	
HCO ₃	mMol/L		22 - 26	Anti HBs			Non reaktif	
ANALISA GAS DARAH				Anti HCV				
B.E				Anti HIV				
PO ₂	mmHg			ASTO				
ANALISA GAS DARAH				CRP				
TPHA				RF				
VDRL				Test Widal				
AFP	ng / ml			- Tipe H				
CEA	ng / ml			- Tipe O				
CA-125	U / ml			T 3	ng / ml			
CA 15-3	U / ml			T 4	ng / dl			
CA 19-9	U / ml							
PSA	ng / ml							
Beta HCG	mIU / ml							
Titration HCG								
TSH	mIU / ml							
FT4	Pmol / L							

Di Verifikasi Oleh :

Nilai Rujukan 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. Tafsiran Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik, E.N.Kosasih dan A.S.Kosasih edisi kedua 2008

KESAN :

Di Authorisasi Oleh

(dr. Soufni Morawati, SpPK)
 NIP : 19700129 200212 2 004

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



HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Nama :	Umur :	Ruang :	No.MR :
Alamat :	Lk/Pr :	Kelas :	No.Lab :
Diagnosa/Keluhan Klinik:	Tgl Pengambilan Bahan:	Umum/BPJS	

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI NORMAL	
ANALISA CAIRAN PLEURA			TRANSUDAT	EXSUDAT
WARNA				
RIVALTA				
LDH		U / L	< 200 U / L	> 200 U / L
PROTEIN		g / dl	< 3g / dl	> 3g / dl
GLUKOSA		mg / dl	55 - 140	
JUMLAH SEL		mm ³	< 500 / mm ³	> 500 / mm ³
pH				
BJ				
PMN SEL		%		
MN SEL		%		
BTA LANGSUNG				
ANALISA CAIRAN OTAK			DEWASA	
WARNA				
LDH		U / L	< 200	
PROTEIN		mg / dl	< 45	
JUMLAH SEL		mm ³	< 3	
GLUKOSA		mg / dl	40 - 76	
Ph			7 - 8	
PMN SEL		%		
MN SEL		%		
REAKSI NONE				
REAKSI PANDY				
			ANAK - ANAK < 2 TAHUN	
WARNA				
LDH		U / L	< 200	
PROTEIN		mg / dL	10 - 40	
GLUKOSA		mg / dL	32 - 82	
pH			7 - 8	
MIKROSKOPIK				
JUMLAH SEL		mm ³	< 32	
PMN SEL		%		
MN SEL		%		
ANALISA CAIRAN SENDI				
WARNA				
FIBBRIN CLOT				
MUCIN CLOT				
GLUKOSA		mg / dL	70 - 110	
PROTEIN		g / dL	1 - 3	
LDH		U / L	< 250	
ASAM URAT		mg / dL	Pria : 3,6 - 7,7 Wanita : 2,5 - 6,8	
JUMLAH SEL		mm ³		
NEUTROFIL		%		

Nilai Rujukan diambil dari :

1. Buku Manual Of Laboratory and Diagnostic Test By Frances Fischbach, RN, BSN, MSN, Edisi 7
2. Buku Interpretasi Hasil Tes Laboratorium Diagnostik dari H. Hardjoeno DKK

KESAN :

Salam Sejahtera

(dr. Soufni Morawati, Sp PK)
 NIP : 19700129 200212 2 004

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.sumbaprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

No. Lab : Solok, 20.....
Nama OS : Lk / Pr
Tanggal lahir :
Alamat :
No. MR :
Ruang : Kepada Yth,
Status : Umum / BPJS Ts. Dr.....
Diagnosa/Keterangan Klinik :

PEMERIKSAAN	UNIT	HASIL	NORMAL	PEMERIKSAAN	UNIT	HASIL	NORMAL
Hemoglobin	g/dl		Lk : 13-18 Pr : 12-16	SI / Fe Serum	µg/100ml		Lk : 65 - 175
LED	mm/jam		Lk : < 10 Pr : < 15	TIBC	µg/dl		250 - 450
Eritrosit	mm ³		Lk : 4-5,5 Pr : 3,5-5	Ferritin	ng/mL		Lk : 20 - 250 Pr : 20 - 120
Leukosit	mm ³		5.000-10.000	Coomb Test Direct			Negatif
Retikulosit	%		0,2 - 2,5	Coomb Test Indirect			Negatif
Hematokrit	%		37 - 47				
MCV	FL		76 - 96				
MCH	pg		27 - 32	HEMOSTASIS			
MCHC	g %		32 - 37	Bleeding Time	menit		1 - 3
RDW	%		11,6 - 14,8	Cloting Time	menit		1 - 6
Trombosit	mm ³		150.000-400.000	Protrombine Time	detik		9,9 - 11,8
MPV	FL		6,5 - 11,0	INR			2,0 - 3,5
PCT	%		0,150-0,500	APTT	detik		22,1 - 28,1
Malaria			Negatif	Trombine Time	detik		C
Morfologi/gambaran Darah tepi				D-Dimer	hg		< 500
Hitung Jenis Leukosit				Fibrinogen	mg/dl		150 - 375
-Basofil	%		0 - 1	Faktor VII			
-Eosinofil	%		1 - 3	Faktor VIII			
-Netrofil Batang	%		2 - 6	Dengue IgG, IgM			Negatif
-Netrofil Segmen	%		50 - 70	NS I			Negatif
-Lymfosit	%		20 - 40	Gol Darah A, B, AB, O			
-Monosit	%		2 - 8	Rhesus			
-Blast	%						
-Promielosit	%						
-Mielosit	%						
-Metamielosit	%						
MORFOLOGI							
Eritrosit							
Leukosit							
Trombosit							

Di Verifikasi Oleh :

Nilai Rujukan diambil dari :

1. Buku Manual Of Laboratory and Diagnostic Test By Frances Fischbach, RN, BSN, MSN Edisi 7
2. Buku Interpretasi Hasil Tes Laboratorium Diagnostik dari H. HARDJOENO DKK
3. Tafsiran Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik, E.N. Kosasih dan A.S. Kosasih edisi kedua 2008

KESAN :

USUL :

Di Authorisasi Oleh

(dr. Soufni Morawati, SpPK)
NIP : 19700129 200212 2 004

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

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

No. Lab : Solok,.....20.....
 Nama OS :Lk / Pr
 Tanggal lahir :
 Alamat :
 No. MR :
 Ruang : Kepada Yth,
 Status : Umum / BPJS
 Diagnosa/Keterangan Klinik : Ts. dr.....

PEMERIKSAAN	HASIL	NORMAL	PEMERIKSAAN	HASIL	NORMAL
URINALISA			FESES		
Warna		Kuning muda jernih	Makroskopis		
Blood		Negatif	Warna		
Billirubin		Negatif	Konsistensi		
Urobilinogen		1 EU	Mikroskopis		
Keton		Negatif	Amuba		Negatif
Protein		Negatif	Askaris L		Negatif
Nitrit		Negatif	Ancilostoma		Negatif
Glukosa		Negatif	Trichuris T		Negatif
pH		4,6 – 8,5	Leukosit		
Bj		1,003-1,029	Eritrosit		
Sedimen					
- Eritrosit		0-4/LPB			
- Silinder		Negatif	NARKOBA		
- Lekosit		0-3/LPB	Amphetamin		Negatif
- Kristal		Negatif	THC		Negatif
- Epitel		0-1/LPK	Opiate		Negatif
			Met Amphetamin		
Planotest					
URINE 4 PORSI					
I					
II					
III					
IV					

Di Verifikasi oleh :

Nilai Rujukan diambil dari :

- 1.Buku Manual Of Laboratory and Diagnostic Test By Frances Fischbach,RN,BSN,MSN Edisi 7
- 2.Buku Interpretasi Hasil Tes Laboratorium Diagnostik dari H.HARDJOENO DKK
- 3.Tafsiran Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik, E.N.Kosasih dan A.S.Kosasih edisi kedua 2008

KESAN :

Di Authorisasi Oleh

(dr. Soufni Morawati, SpPK)
NIP : 19700129 200212 2 004

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



PERMINTAAN PEMERIKSAAN MIKROBIOLOGI

Dr. Pengirim : Penderita :

Bangsai : Umur :

Bahan/ Spesimen : MR :

Pemeriksaan : Tgl Kirim :

Waktu Permulaan Sakit : Nama Ibu Kandung :

Keterangan Klinis :

Spesimen Penderita ☐ Chronis ☐ Acut ☐ Follow Up ☐ Survey

Obat yang diberikan sebelum pengiriman sampel :

Nomor : Tanggal :

Laboratorium : Terima :

Labor :

Keterangan Laboratorium

Makroskopis :

P. Gram :

Hasil Kultur

A.

B.

C.

Hasil Sensitivity test :

Nama Obat	A (mm)	B(mm)	Nama Obat	A (mm)	B(mm)
Ampicillin (Am)			Ciprofloxacin (CIP)		
Ampicillin + Sulbactam (SAM)			Ceftriaxone (CRO)		
Amoxilin (Aml)			Ceftazidi		
Amoxilin + Cluvalanic Acid (AMC)			Netilmicin (NET)		
Nalidixid Acid (NA)			Cefpirom (CPO)		
Tetracylin (TE)			Cefoperazone (SCF)		
Chloramphenicol ©			Sulbactam+Cefoperazone (SCF)		
Erithromycin (E)			Meropenem (MEM)		
Sulfamethoxazole+Trimethopim (SXT)			Fosfomicin (FOS)		
Nitrfurantion (CTX)			Amikein (AK)		
Gentamycin (GM)			Levofloxacin (LVX)		

Uji Spesies

Novobiocin (NV)			Bacitracin (B)		
Cefoxitin (FOX)			Optopcin (OP)		
Vancomycin (VA)			Oxacilin (OX)		

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
www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



Handwritten note: OK, Handwritten: RM.01.01.19

SURAT PERMINTAAN KOMPONEN DARAH

No. Medical Record :

NO REGISTER :

1. DARI

Dokter DPJP yang meminta

dr.

Zaal/ Ruang :

Kelas :

Status : BPJS/ UMUM/ Pihak Ke-3 RS

2. UNTUK ORANG SAKIT

Nama Pasien

Lk / Pr

Tempat tinggal / Alamat

Tanggal Lahir :

Dirawat di bagian

Indikasi Transfusi darah/ Diagnosa

Hb

..... gr/dl

Transfusi sebelumnya ☐ Belum pernah ☐ Pernah, Kapan :, jumlah cc

3. DARAH/ KOMPONEN DARAH YANG DIMINTA

Jenis	Gol.	Unit	cc.	Catatan
1. Whole Blood (WB)				
2. Packet Red Cell (PRC)				
3. Platelet Concentrate (Trombosit)				
4. Platelet Rich Plasma (PRP)				
5. Fresh Plasma (FP)				
6. Fresh Frozen Plasma (FFP)				
7. Washed Red Cell (WRC)				
8. Cryoprecipitate (AHF)				
9. Buffy Coat/ Leucocyte				
10. Lain - lain				

CATATAN UNTUK DIPERHATIKAN:

- ✓ Harap diisi dengan lengkap, maaf yang tidak sesuai prosedur akan dikembalikan
- ✓ Setiap permintaan darah, harap disertai contoh darah 3 cc minimal 2 cc
- ✓ Nama dan identitas O.S pada formulir dan contoh darahnya harus sama
- ✓ Sebelum transfusi, cocokkan etiket pada kantong darah dengan labelnya yang disertakan dan dengan identitas O.S yang akan ditransfusi. Bila TIDAK COCOK segera kembalikan ke BDRS M. NATSIR.

Solok, 20.....

Dokter yang mengajukan permintaan

(.....)

Tanda tangan dan Nama terang

Lembar 1 : BDRS/ Keuangan (putih)

Lembar 2 : Rekam Medis (kuning)

Lembar 3 : Pertinggal (pink)

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
www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



PENGANTAR PENGAMBILAN DARAH

Nama Pasien :
Tgl Lahir : Ruang Rawat :
MR : Alamat :
Gol darah / Rh : Jenis Komp :
Tanggal Crosmatcing : Rumah Sakit :
Jumlah yang diminta :

Darah Yang Sudah Diberikan

No.	Volume Darah	No. Kantong	Tgl. Jam Keluar	Paraf Petugas	Keterangan
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Catatan : Nota ini harus dibawa saat
Mengambil darah ke BDRS

Dokter yang meminta

(.....)
Tanda tangan dan nama terang

Lembar 1 : Pasien
Lembar 2 : Rekam Medis

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
www.rsudmnatsir.sumbaprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



FORMULIR REAKSI TRANSFUSI

Isi dan cocokkan formulir dengan pack darah yang digunakan dari Blood Bank Rumah Sakit atau PMI

Nama : _____ Tanggal/Bulan/Tahun : _____
Ruang : _____ Diagnosa Klinik : _____
Tgl Lahir : _____ Volume Darah : _____
MR : _____ Asal Komponen darah : PMI/RS

Isilah sesuai dengan kondisi pasien		Kantong I	Kantong II	Kantong III	Kantong IV
Identitas pasien	: Benar/ Tidak				
Jenis darah	: Benar/ Tidak				
Crossmatch	: Dilakukan/ Tidak				
Golongan darah	: Benar/ Tidak				

No. Ktg	Saat Monitoring	Waktu Pemberian		Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Respirasi	Skala nyeri	Jml Cairan Masuk	Kondisi Uine	Reaksi Transf		Nama Petugas
		Tanggal	Jam								Ada	Tdk	
	30 menit pre transf												
	15 menit I transf.												
	Selama transfusi												
	Saat transfusi selesai												
	1 jam post transfusi												

No. Ktg	Saat Monitoring	Waktu Pemberian		Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Respirasi	Skala nyeri	Jml Cairan Masuk	Kondisi Uine	Reaksi Transf		Nama Petugas
		Tanggal	Jam								Ada	Tdk	
	30 menit pre transf												
	15 menit I transf.												
	Selama transfusi												
	Saat transfusi selesai												
	1 jam post transfusi												

No. Ktg	Saat Monitoring	Waktu Pemberian		Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Respirasi	Skala nyeri	Jml Cairan Masuk	Kondisi Uine	Reaksi Transf		Nama Petugas
		Tanggal	Jam								Ada	Tdk	
	30 menit pre transf												
	15 menit I transf.												
	Selama transfusi												
	Saat transfusi selesai												
	1 jam post transfusi												

No. Ktg	Saat Monitoring	Waktu Pemberian		Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Respirasi	Skala nyeri	Jml Cairan Masuk	Kondisi Uine	Reaksi Transf		Nama Petugas
		Tanggal	Jam								Ada	Tdk	
	30 menit pre transf												
	15 menit I transf.												
	Selama transfusi												
	Saat transfusi selesai												
	1 jam post transfusi												

Tanda dan gejala reaksi transfusi jika diteruskan, Tulis kedalam Blangko Reaksi transfusi sesuai dengan kondisi pasien

~ Panas Mual muntah ~ Palpitasi ~ Purpura Dyspnea ~ Urtikaria / Bintil bintil / Gatal, Sakit kepala, Sesak
~ Menggigil Nyeri pinggang ~ Nyeri dada ~ Urine hitam / hematuri ~ Pusing, Bleeding pada luka, Kejang

Tindakan keperawatan, jika terjadi reaksi transfusi:

1. Stop transfuse 2. Cek tanda vital 3. Jangan spoeling pada IV line darah, gunakan IV Line baru di mungkinkan 4. Cek ulang keberadaan pack darah dan identifikasi pasien 5. Beritahukan kepada dokter dan laboratorium 6. Kirim sisa transfusi untuk pemeriksaan (crossmatch mayor) dan monitor, sampel darah baru untuk pemeriksaan (citras, golongan darah, crossmatch, comb's test, FBC, LED) dan urine rutin
Bila terjadi reaksi transfusi, segera lapor dokter dengan vital sign terbaru.

Lembar 1 : Rekam Medis
Lembar 2 : Pertinggal

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.sumbarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



**SURAT PERNYATAAN
UNTUK PERMINTAAN DARAH CYTO**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Jabatan :

Ruangan :

Bersedia mengeluarkan darah untuk kebutuhan Tranfusi tanpa menunggu hasil pemeriksaan crossmatching (uji silang serasi) selesai, a/n pasien sbb:

Nama :

No. Rekam Medis :

Alamat :

Umur :

Jenis kelamin :

Ruangan :

Jika terjadi reaksi tranfusi atau segala akibat dari tranfusi terhadap pasien diatas saya bersedia bertanggung jawab.

Solok.....

Dokter yang meminta

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR

Jl. Simpang Rumblo Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Site: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



HASIL PEMERIKSAAN
UJI COCOK SERASI

Kepada Yth.
dr.
Dengan Hormat,
Berikut ini kami sampaikan hasil pemeriksaan atas pasien
Nama / Umur : _____
RS / Bagian : _____

PEMERIKSAAN GOLONGAN DARAH PASIEN

Sel Grouping		Serum Grouping			Rhesus (Anti D)	Kesimpulan	
Anti A	Anti B	Sel A	Sel B	Sel O		Gol.	Rh

PEMERIKSAAN UJI COCOK SERASI

No	No. Kantong Donor	Gel Test (Diamed)				KESIMPULAN
		Mayor	Minor	Auto Control (AC)	DCT	

Kesimpulan : Golongan darah pasien ____ Rh ____ dan didapatkan **Incompatibilitas**

Saran :

Demikian hasil pemeriksaan ini kami sampaikan, atas perhatiannya diucapkan terima kasih

Solok, _____

Petugas pemeriksaan,

Dokter Penanggung Jawab BDRS

_____ (_____)

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 Rumblo Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmnatsir.sumbatprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



**PEMBERIAN INFORMASI SERTA PERSETUJUAN / PENOLAKAN
TRANFUSI DARAH (INFORMED CONSENT)**

Nama Pasien :
No. Rekam Medik :
Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin : Laki laki / Perempuan

PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi / Pemberi persetujuan			
NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (V)
1	Pengertian Tranfusi Darah	Suatu proses pemindahan Darah dari orang sehat atau donor ke tubuh orang sakit / pasien	
2	Jenis Darah	Darah yang di pindahkan dapat berupa darah lengkap atau hanya kom. ponen darah	
3	Manfaat	Dapat menyelamatkan keadaan maupun nyawa pasien ketika kondisi tertentu yang di haruskan mendapat tranfusi darah	
4	Tujuan Tranfusi	Untuk menolong pasien yang mengalami kurang darah baik dalam bentuk sel darah maupun komponennya	
5	Resiko	Pemindahan darah selain dapat menolong orang dapat juga menimbulkan penyulit tergantung pada masing-masing individu penerimanya terlebih pada pasien yang riwayat alergi	
6	Komplikasi	Penyulit atau komplikasi yang bisa timbul sifatnya dapat terjadi cepat juga dapat menimbulkan akibat seperti Hipotemi yaitu suhu tubuh menurun dan beberapa penyakit lainnya	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi			Ttd
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda /paraf dikolom kanannya dan telah memahaminya			Ttd
*) Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi , maka penenerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			

PERSETUJUAN / PENOLAKAN TINDAKAN TRANFUSI DARAH

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :

dengan ini menyatakan **SETUJU / MENOLAK** untuk dilakukan tindakan Tranfusi Darah terhadap saya / saya,

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya , termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul .

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukan lah ilmu pasti , maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan , melainkan sangat tergantung kepada Izin Tuhan Yang Maha Esa

Solok, Tgl: Jam :
Yang Menyatakan

Saksi

(.....) (.....) (.....)

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



No Rekam Medis:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pasien :

Tanggal Lahir :

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

PERMINTAAN PEMERIKSAAN HISTOPATOLOGI DAN SITOLOGI

Ahli Patologi		Nomor Sedian :	
dr. Santy Saberko, M. Biomed, Sp.PA		Nomor Rekam Medis :	
Tanggal Diterima :			
<u>Nama Dokter</u> : Physician's Name		<u>Nama Pasien</u> : Patient's Name	
<u>Bagian</u> : Departement		<u>Kelamin</u> : Laki-laki / Wanita * Sex : Male / Female	
		<u>Usia</u> : Th Age : Th	
		<u>Alamat</u> :	
		<u>Suku Bangsa</u> : Minang / Jawa / Batak / Sunda / * Ethnic Group	
<u>Jaringan tubuh didapat dengan</u> : Biopsi/ Operasi/ Kerokan / * Tissue obtained by		<u>Pengobatan yang telah diberikan</u> : Given therapy	
<u>Lokasi jaringan yang diambil</u> : Site of origin sample			
<u>DIAGNOSIS KLINIK</u> : CLINICAL DIAGNOSIS			
<u>Keterangan Klinik</u> : Clinical Data		Status Perkawinan : Kawin / Tidak Kawin *	
		Jumlah Anak :	
		Tanggal Mens Terakhir (HPHT) :	
		Hasil Laboratorium :	
<u>Sketsa Lokasi</u> : Outline of Location		Pemeriksaan Radiologi :	
		Pemeriksaan terdahulu :	
		Tanggal :	
		Nomor :	
		Biaya Pemeriksaan : Rp.....	
*) Coret yang tidak perlu			

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



INFORMED CONSENT

I. Pasien

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan *
Tempat Perawatan :
Nomor Rekam Medis :

II. Penjelasan yang diberikan oleh Dokter atau Petugas laboratorium

- Tujuan pelayanan / Pengambilan spesimen
- Risiko dan manfaat
- Prosedur
- Jenis spesimen yang akan diambil
 - BAJAH
 - PAP Smear
 - Jumlah/ Volume Darah
 - Alat Pengambilan
 - Wadah Spesimen

III. Pasien : ☐ Mengerti
☐ Tidak mengerti
☐ Setuju
☐ Tidak setuju

Pasien/ Keluarga

Solok,
Dokter Spesialis Patologi Anatomi

(.....)

(dr. Santy Saberko, M. Biomed. Sp.PA)
Nip. 19770908 200701 2 008

*) Coret yang tidak perlu

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



INFORMED CONSENT

Kepada Yth :

Nama Pasien : Nomor Rekam Medis :
Kelamin : Nomor Sedian :
Umur : Tanggal Terima :
Alamat : Tanggal Jawaban :

Makroskopik :
.....
.....
.....

Mikroskopik :

Dalam sediaan yang kami terima mikroskopis tampak potongan jaringan

Diagnosa :

Ahli Patologi Anatomi

dr. Santy Saberko, M. Biomed. Sp. PA

Nip. 19770908 200701 2 008

Semua keterangan dan data-data Sedian disimpan di Laboratorium Patologi Anatomi RSUD Mohammad Natsir di bawah nomor tersebut di atas. Jika diperlukan oleh Dokter yang merawat, keterangan dan slide Preparat boleh dipinjam

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



No Rekam Medis:
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

HASIL PEMERIKSAAN SITOLOGI

Kepada Yth :

Nama Pasien :

Nomor Rekam Medis :

Kelamin :

Nomor Sedian :

Umur :

Tanggal Terima :

Alamat :

Tanggal Jawaban :

Kesan :

Anjuran :

Ahli Patologi Anatomi

dr. Santy Saberko, M. Biomed, Sp. PA

Nip. 19770908 200701 2 008

Semua keterangan dan data-data Sedian disimpan di Laboratorium Patologi Anatomi RSUD Mohammad Natsir di bawah nomor tersebut di atas. Jika diperlukan oleh Dokter yang merawat, keterangan dan slide Preparat boleh dipinjam

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



No Rekam Medis:

Nama Pasien :

Tanggal Lahir :

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

PERMINTAAN PEMERIKSAAN PAP. SMEAR

Nama Pasien :	Umur :
No. MR :	Nomor Labor :
Nama Ibu Kandung :	Alamat RS/Puskesmas/Ruangan :
Nama Suami :	Cara Bayar : Umum/ BPJS/ IKS *
Jumur Waktu Kawin Pertama :	Tanggal Pengambilan Sampel :
Alamat :	
Diagnosa :	

I. Keterangan Klinik

1. Haid terakhir tanggal
2. Paritas (jumlah Kelahiran Keseluruhannya)
3. Kontrasepsi yang digunakan saat ini
 - ☐ Pil
 - ☐ Injeksi
 - ☐ IUD
 - ☐ Kondom
 - ☐ Lain-lain
4. Lamanya Pemakaian KS tersebut : ThBln.....
 - ☐ Keputihan
 - ☐ Pendarahan Sentuh
 - ☐ Pendarahan Per Vaginal Abnormal

II. Pemeriksaan Klinik

Keadaan Cervix

- ☐ Normal
- ☐ Cairan Keputihan
- ☐ Bercak Merah
- ☐ Pendarahan
- ☐ Bercak Putih

III. Keterangan Lain :

IV. Nomor Sediaan Lama :
Tanggal Pemeriksaan yang lama :

V. Sediaan diambil tanggal :

VI. Pemeriksaan Mikroskopis :

- ☐ Negatif
- ☐ Trichomon
- ☐ Inkonsusif
- ☐ Fungus
- ☐ Dysplasia
- ☐ Positif

Catatan :

Dokter Yang Meminta

(dr.)

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 Sialek
Telp. (0755) 20003 Fax : (0755) 20003
website : rsudmohammadnatsir.sumsbar.go.id email : rsudmohammadnatsir@gmail.com



FORMULIR RADIOLOGI

☐ CITO ☐ RUTIN

NOMOR RM NO. FOTO
TN / NY / NN / BY / AN POLI / RUANGAN (KELAS)
TANGGAL LAHIR ADMINISTRASI / UMUM / BPJS
ALAMAT
Keluhan / Diagnosa

Keterangan

- ▶ Citra pemeriksaan yang tidak dipilih contoh : DEX / SIN
- ▶ lingkup pemeriksaan yang dikehendaki

		CT SCAN	USG
NON KONTRAS		NON KONTRAS	
SKEDEL (AP / LAT)	ELBOW JOINT DEX / SIN (AP / LAT)	BRAIN	USG KEPALA
NASAL LAT / NASAL BONE	HUMERUS DEX / SIN (AP / LAT)	ORBITA	USG THYROID
MASTOID DEX / SIN	SHOULDER JOINT DEX / SIN (AP)	SINUS PARANASALIS	USG MAMMAE
MANDIBULA DEX / SIN (AP / LAT)	SHOULDER JOINT DEX / SIN (EKSO / ENDO)	MASTOID	USG THORAX
TEMPORO MANDIBULAR JOINT DEX / SIN	FEMUR DEX / SIN (AP / LAT)	LARING	USG ABDOMEN
SINUS PARANASALIS (SPN) WATERS	KNEE JOINT DEX / SIN (AP / LAT)	NASOPHARYNG	USG UROLOGI
PANORAMIC	CRURIS DEX / SIN (AP / LAT)	THYROID	USG PROSTAT
DENTAL PERIAPICAL	ANKLE JOINT DEX / SIN (AP / LAT)	T. THORAX	USG SCROTUM
CERPHALOMETRI	PEDIS DEX / SIN (AP / LAT)	ABDOMEN	USG SOFT TISSUE
THORAX (AP / PA / LAT)	PEDIS DEX / SIN (AP / OBLIQUE)	VRT CERVICAL	USG INGUINAL
THORAX TOP LORDOTIK	BABYGRAM	VRT THORACAL	
CLAVICULA AP		VRT LUMBAL	
ABDOMEN AP		PELVIC	
BNO (PERSIAPAN)			
ABDOMEN 2 POSISI / 3 POSISI	KONTRAS	KONTRAS	
VRT. CERVICAL (AP / LAT)	BNO IVP	BRAIN	
VRT. CERVICAL (LAT / RPO / LPO)	HYSTERO SALPINGO GRAPHY (HSG)	ORBITA	
VRT. THORACAL (AP / LAT)	APPENDICOGRAM	SINUS PARANASALIS	
VRT. LUMBAL (AP / LAT)	COLON INLOOP	MASTOID	
PELVIC	DESOPHAGUS MAAG DUODENUM (DMD)	LARING	
HIP JOINT DEX / SIN		NASOPHARYNG	
SCOLIOSIS PROGRAM		THYROID	
		THORAX	
EXTREMITY		ABDOMEN	
MANUS DEX / SIN (AP / LAT / OBLIQUE)		VRT CERVICAL	
WRIST JOINT DEX / SIN (AP / LAT)			
ANTEBRACHI DEX / SIN (AP / LAT)			

DOKTER PENGIRIM / DPJP
TTD



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR

Jl. Simpang Rumbio Kota Solok. Telp. (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.raudmnatsir.sumbaprov.go.id email: raudmnatsir@sumbarprov.go.id



FORMULIR EDUKASI PEMERIKSAAN DENGAN RADIASI

Nama Pemberi Persetujuan		Nama Pasien	
Hubungan Dengan Pasien		Tgl Lahir	
No Foto		No RM	
Usia Kehamilan		HPHT	
Berat Badan	Kg	Tinggi Badan	Cm

1. Penjelasan tentang pemanfaatan pemeriksaan dengan radiasi pengion
2. Ada persiapan/ tidak persiapan
3. Jenis pemeriksaan dengan pemakaian kV mAs 4.
- Jenis APD yang digunakan

Keterangan

1. Pemeriksaan radiologi merupakan pemeriksaan penunjang dengan menggunakan radiasi pengion (sinar-x) yang dapat merekam gambaran organ organ tubuh.
2. Radiasi pengion bisa menyebabkan kematian sel-sel pada dosis tertentu.
3. Penggunaan sinar-x di RSUD M.Natsir masih dalam ambang batas yang ditentukan dengan adanya ijin operasional dari BAPETEN dimana jumlah dosis radiasi maksimum yang boleh diterima untuk seluruh tubuh 50 mSv (5000 mRem) pertahun (PP no.63 tahun 2000 dan SK Ka.BAPETEN No.01/Ka-BAPETEN/V-99).
4. Pemeriksaan radiologi harus ada pengantar dari dokter pemeriksa pasien (Dokter Penanggung jawab Pemeriksaan/DPJP)
5. Rontgen bagi ibu hamil hanya boleh dilakukan untuk yang mengalami gangguan kesehatan berat seperti sakit gigi hebat, gangguan paru,cedera dada kepala berat, kecelakaan.

Tanggal		Jam	
Pemberi Persetujuan (Pasien/Keluarga Pasien)		Pemberi Penjelasan	
Nama dan tanda tangan		Nama dan tanda tangan	

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



**PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN PASIEN RADIODIAGNOSTIK IMAGING
DAN RADIOLOGI INTERVENSIONAL (RIR)**

Nomor RM :
Nama :
Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin : L / P
Alamat :

Dengan ini menyatakan bahwa asya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas serta memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi.	Tanda tangan
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya serta telah diberi kesempatan untuk bertanya/berdiskusi, dan telah memahaminya	Tanda tangan
Keterangan : Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat	

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang bertanda tangan dibawah ini saya, nama....., umurtahun, laki-laki/perempuan*) Alamat:

..... dengan ini menyatakan persetujuan untuk melakukan tindakan terhadap saya/..... saya*) bernama umur tahun/bulan/hari laki-laki/perempuan*) Alamat : saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul.

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat tergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.

..... tanggal pukul

(Yang menyatakan*)

Saksi

(.....)

(.....)



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.sumbaprov.go.id
email: rsud.matsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RADIODIAGNOSTIK, IMAGING DAN RADIOLOGI INTERVENSIONAL (RIR)

(di lengkapi dalam waktu 2 jam pertama pasien masuk ruang rawat jalan/Cluster)

Alamat :

Tanggal : Jam :
Diagnosa Medis :

Anamnesis :

PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda Vital

TD : / mmHg, Nadi : x/mt, RR : x/mt
Suhu : °C, BB : Kg

2. Pemeriksaan

PERENCANAAN

Tujuan Pemeriksaan RIR :

Edukasi :

Petugas : Paraf : Tanggal:

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



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
R&UD MOHAMMAD NATSIR
R. Simpang Runtun Kota Indragiri Teluk Teluk (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.mohammadnatsir.sumbaweb.go.id
Email: rudi.mohammadnatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :

Nama Pasien :

Tanggal Lahir :

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

L/P

FORMULIR CATATAN ASUHAN GIZI

ASSESMENT GIZI LANJUT

RIWAYAT KLIEN	Jenis Kelamin: L/P	Agama :	Kemampuan Baca: Bisa / Tidak
Pekerjaan:	Pendidikan: TS/ SD/ SMP/SMA/PT	Peran dalam Keluarga:	
Perokok : Ya/ Tidak / pasif			

Riwayat medis/kesehatan pasien/keluarga:

Riwayat sosial ekonomi:

Diagnosa Dokter:

RIWAYAT DIET

Alergi Makanan :

Pantangan Makanan Tertentu:

Pengalaman diet/ konseling sebelumnya : ada/tidak

Ketidaksukaan Makanan:

Bila ada,

ANTROPOMETRI

BB saat ini: Kg

Riwayat Penurunan BB:

Status Gizi:

TB : cm

BB Biasanya:

IMT : kg/m²

Penurunan BB:

LILA:

BIOKIMIA TERKAIT GIZI

FISIK KLINIS GIZI

Oedema: Ada / Tidak

Ascites : Ada / Tidak

Kembung : Ada / Tidak

Nafsu Makan: . Ada / Tidak

Mual : Ada / Tidak

Kulit :

Konstipasi: Ada / Tidak

Diare : Ada / Tidak

Gangguan menguyah: Ada / tidak

Gangguan Menelan: Ada / Tidak

Gigi / geligi : lengkap/ tidak lengkap

TANDA- TANDA VITAL

DIAGNOSIS GIZI

INTERVENSI GIZI

MONITORING DAN EVALUASI GIZI

Tanggal:

Nama & tanda tangan nutritionis:

MONITORING DAN EVALUASI GIZI LANJUT		
Hari/Tanggal	Monitoring dan Evaluasi	Nama/Paraf

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



FORM SKRINING ANAK

BB	:	.....
PB / TB	:	.....
UMUR	:	.....

PARAMETER		SKOR
1.	Apakah pasien tampak kurus ? a. Tidak b. Ya	0 1
2.	Apakah terdapat penurunan BB selama satu bulan terakhir ? (Berdasarkan penilaian objektif data BB bila ada ATAU penilaian subjektif Orang tua pasien ATAU untuk bayi < 1 tahun : BB tidak naik selama 3 bulan terakhir) a. Tidak b. Ya	0 1
3.	Apakah Terdapat salah satu dari kondisi berikut ? • Diare ≥ 5 kali / hari dan atau muntah > 3 kali / hari dalam seminggu terakhir • Asupan makanan berkurang selama 1 minggu terakhir a. Tidak b. Ya	0 1
4.	Apakah terdapat penyakit atau keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi ? (lihat tabel 1) a. Tidak b. Ya	0 2
Total skor		

Tabel 1. Daftar penyakit / keadaan yang berisiko mengakibatkan Malnutrisi

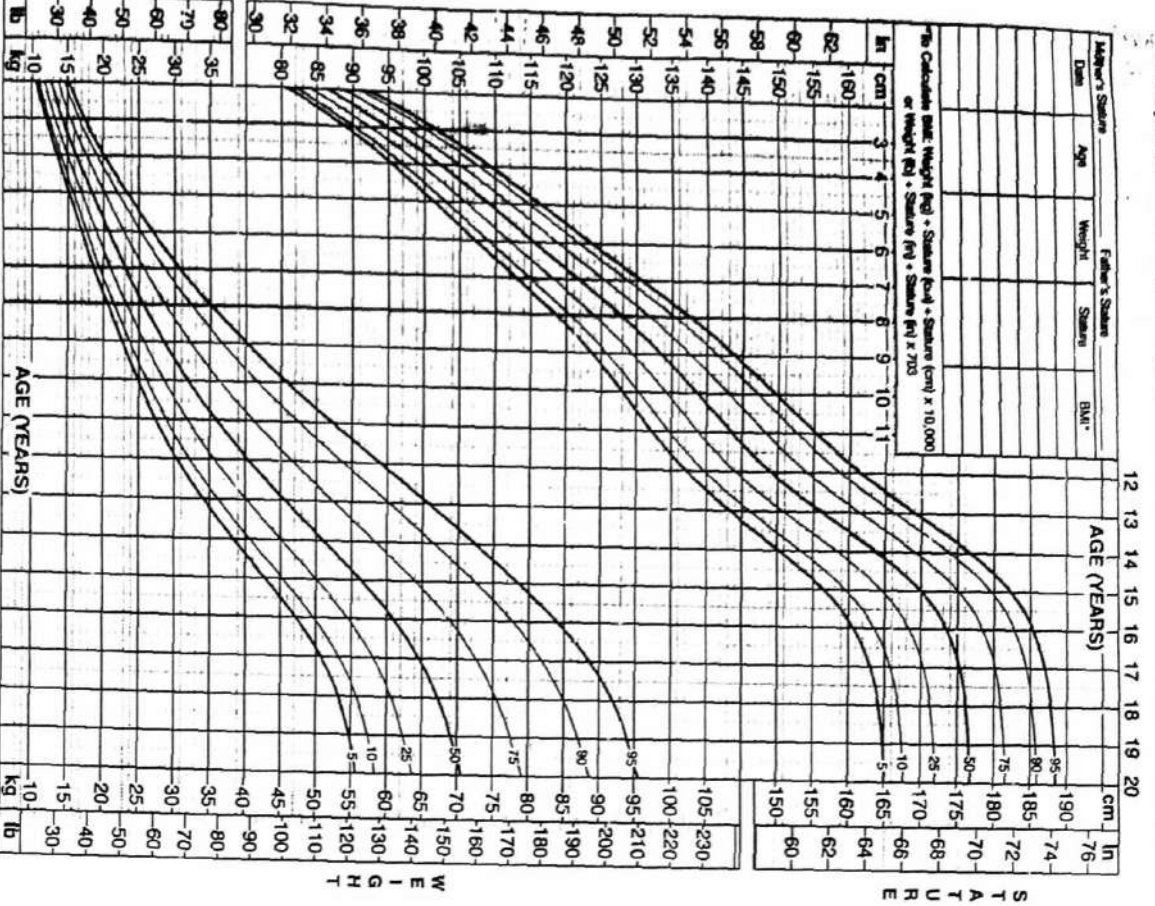
• Diare kronik (lebih dari 2 minggu) • (Tersangka) Penyakit jantung bawaan • (Tersangka) Infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) • (Tersangka) Kanker • Penyakit hati kronik • Penyakit ginjal kronik • TB paru • Luka Bakar Kuas • Lain – Kain (berdasarkan Pertimbangan Dokter).....	• Kelainan anatomi daerah mulut yang menyebabkan kesulitan makan (misal bibir sumbing) • Trauma • Kelainan metabolic bawaan (Inborn error metabolism) • Retardasi mental • Keterlambatan perkembangan • Rencana / Paksa operasi mayor (misal laparatomi, torakotomi) • Terpasang stoma
Tanggal :	
Petugas :	
Tanda Tangan :	

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

2 to 20 years: Boys
Stature-for-age and Weight-for-age percentiles

NAME _____

RECORD # _____



Published May 30, 2000 (modified 11/21/00).
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>

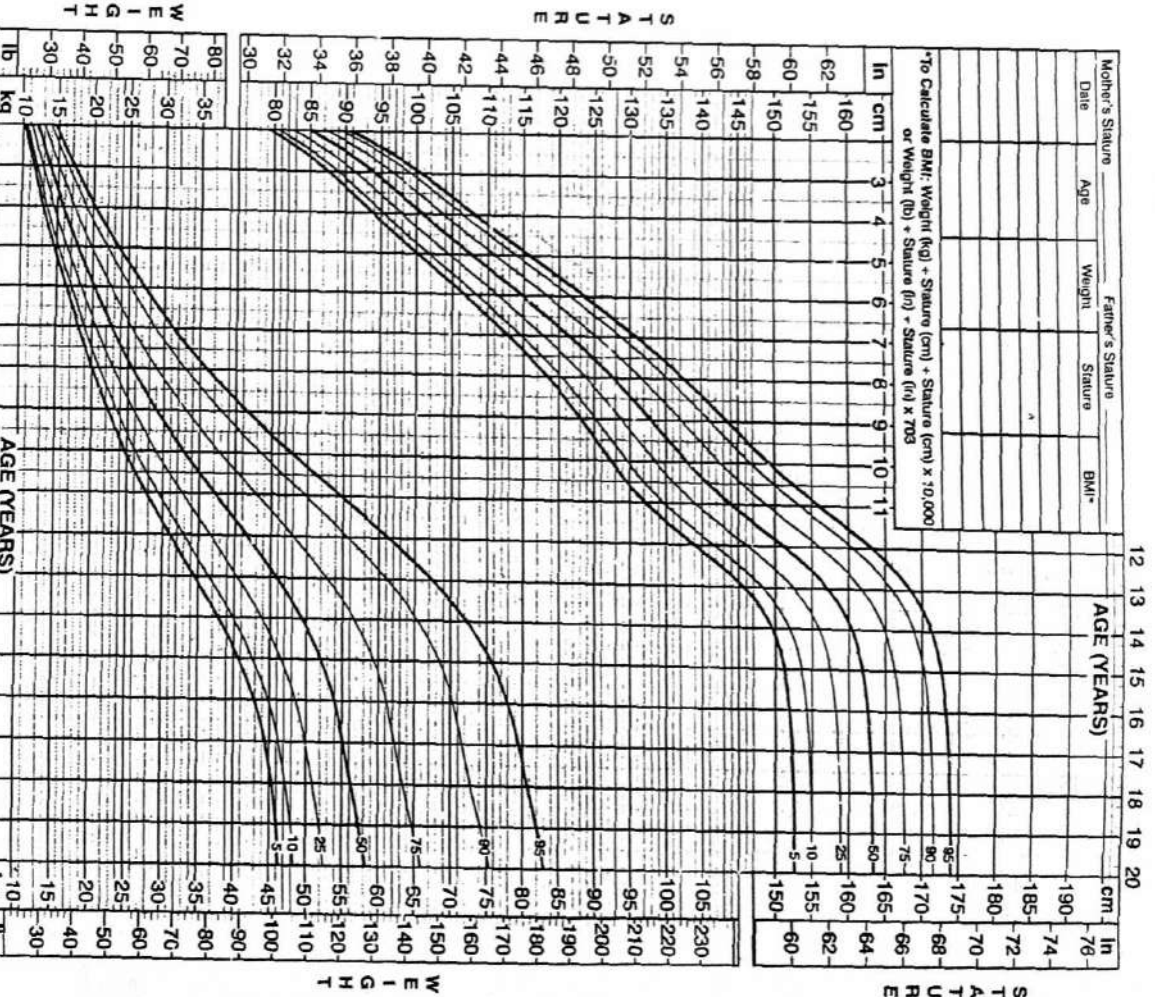
SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™



2 to 20 years: Girls
Stature-for-age and Weight-for-age percentiles

NAME _____

RECORD # _____



Published May 30, 2000 (modified 11/21/00).
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>

SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™



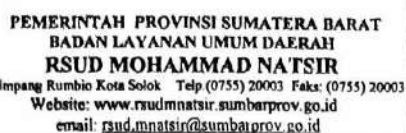
Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



FORMULIR ASUHAN GIZI ANAK

ASESMEN GIZI LANJUT			
RIWAYAT KLIEN	Umur :	Jenis kelamin : L / P	Agama :
Riwayat medis/kesehatan pasien / keluarga :		Riwayat sosial ekonomi :	
Diagnosa dokter:			
RIWAYAT DIET			
Alergi Makanan :		Pantangan makanan :	Ketidak sukaan makanan :
a. Telur	: ya / tidak	a.	a.
b. Ikan Laut	: ya / tidak	b.	b.
c. susu sapi & produk olahannya	: ya / tidak		
d. Gluten/Gandum	: ya / tidak		
e. Kacang kedelai/ tanah	: ya / tidak		
f. Udang	: ya / tidak		
g. Lainnya.....			
ANTROPOMETRI			
BB saat ini :kg	Riwayat penurunan BB	Status gizi :	
PB/TB : cm	BB biasanya :		
IMT :	Penurunan BB : % dalam .....mg/bln		
BBI : kg			
LILA :			
BIOKIMIA TERKAIT GIZI			
FISIK KLINIS GIZI			
Atropi otot lengan : ada / tidak	Hilang lemak subkutan : ada / tidak	Udem : ada / tidak	
Nafsu makan : ada / tidak	Mual : ada / tidak	Kembung : ada / tidak	
Kontipasi : ada / tidak	Diare : ada / tidak	Kulit :	
Gigi geligi :Lengkap/ tidak lengkap	Gangguan menelan : ada / tidak		
Gangguan mengunyah : ada / tidak	Gangguan mengisap : ada / tidak		
Tanda-tanda vital			
DIAGNOSA GIZI			
INTERVENSI GIZI			
RENCANA MONITORING DAN EVALUASI GIZI			
Tanggal : Jam : Nama & tanda tangan dietisien :			

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



No Rekam Medis :

--	--	--	--	--	--

Nama Pasien :

--	--	--	--	--	--

 L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

Diagnosa Medis :		
Hari/Tanggal	Evaluasi	Nama/Paraf

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 Rambu Kota Solok Telp. (0753) 20001 Faks. (0753) 20003
Website: www.rsudmohammatsir.sumbareprov.go.id
email: rsudmohammatsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien : LP
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

PENGKAJIAN AWAL PASIEN FISIOTERAPIS

Alamat :		Jam :	
Tanggal :		Jam :	
Diagnosa medis:			
Anamnesis :			
PEMERIKSAAN FISIK			
1. Tanda vital			
TD :/.....mmHg, Nadi :x/mt RR: .....x/mt Suhu: .....C.			
2. Status Lokalis			
MASALAH FISIOTERAPI			
PERENCANAAN			
TUJUAN FISIOTERAPI			
PROGRAM TERAPI			
EDUKASI			
Fisioterapist :		Paraf :	
Fisioterapist :		Tanggal :	

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



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Jangjung Kerdas - Kota Andal - Telp. (0751) 40001 - 40002 - 40003 - 40004
Website: www.rsudmohammadsnatrir.go.id
email: rsud.mohammadsnatrir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis

Nama Pasien

Tanggal Lahir

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LP

FORMULIR PERMINTAAN KONSULTASI

BAGIAN :

Umur :

Tinggi Badan :

Berat Badan :

Ts Yth

Bagian :

Mohon Konsultasi dengan :

Dokter yang merawat

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



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



No Rekam Medis :
Nama Pasien : L/P
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

FORMULIR JAWABAN KONSULTASI

Ts. Yth.

Menjawab konsul Ts. Mengenai o.s ini kami beritahukan bahwa pada pemeriksaan :

Wassalam
Dokter yang menjawab

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



No Rekam Medis:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pasien :

Tanggal Lahir :

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

SURAT PERSETUJUAN UMUM

DPJP :	TGL.MASUK :
KLS :	TGL.KELUAR :
RAWATAN :	

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

Nama :	Pekerjaa :
Alamat :	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** :

- 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.
- 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



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 (mengijinkan/ tidak mengijinkan *) 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.

Solok,.....jam.....WIB

Pihak Pasien
Pasien/ Keluarga

Saksi dari keluarga

Pihak Rumah Sakit sebagai saksi :

Petugas Admission

Petugas IGD/ Ruangan

)*Coret yang tidak perlu

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



PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Alamat :

dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan terhadap saya/..... saya,

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Alamat :

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya ,
termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul .

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukan lah ilmu pasti , maka keberhasilan tindakan kedokteran
bukanlah keniscayaan , melainkan sangat tergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa

Solok, Tgl:

Jam :

Saksi I

Pasien/ Keluarga

Saksi II

Petugas RS/ PPA

(.....)

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMBERIAN INFORMASI DAN PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

DPJP :	TGL.MASUK :
KLS RAWATAN :	TGL.KELUAR :

PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi/Pemberi persetujuan			
NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (V)
1	Diagnosis		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata Cara		
6	Tujuan		
7	Risiko		
8	Komplikasi		
9	Prognosis		
10	Alternatif		
11	Resiko Alternatif		
12	Rencana Pengobatan		
13	Konsekuensi Menolak		
14	Hasil Asuhan yang tidak diharapkan		
15	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya Dokter.....telah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi			Tandatangan Dokter
Dengan ini menyatakan saya nama :hubungan dengan pasien : Pasien sendiri/ Orangtua/ Anak/ Istri/ Suami/ Saudara/ Pengantar *)Umur .....tahun, telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda/ paraf dikolom kanannya serta diberi kesempatan untuk bertanya / diskusi, dan telah memahaminya.			Tandatangan Pasien/Keluarga

*)Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima Informasi ,maka penerima Informasi adalah wali atau keluarga terdekat



No Rekam Medis:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pasien :

Tanggal Lahir :

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Alamat :

dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan terhadap saya/..... saya,

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Alamat :

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya , termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul .

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukan lah ilmu pasti , maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan , melainkan sangat tergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa

Solok, Tgl:

Jam :

Saksi I

Pasien/ Keluarga

(.....)

Saksi II

Petugas RS/ PPA

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



No Rekam Medis:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pasien :

Tanggal Lahir :

(Mohon di isi atau stempel jika ada)

PEMBERIAN INFORMASI DAN PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN

DPJP :	TGL.MASUK :
KLS RAWATAN :	TGL.KELUAR :

PEMBERIAN INFORMASI

Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi/Pemberi persetujuan			
NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (V)
1	Diagnosis		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata Cara		
6	Tujuan		
7	Risiko		
8	Komplikasi		
9	Prognosis		
10	Alternatif		
11	Resiko Alternatif		
12	Rencana Pengobatan		
13	Konsekuensi Menolak		
14	Hasil Asuhan yang tidak diharapkan		
15	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya Dokter.....telah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi			Tandatangan Dokter
Dengan ini menyatakan saya nama :hubungan dengan pasien : Pasien sendiri/ Orangtua/ Anak/ Istri/ Suami/ Saudara/ Pengantar *)Umur :tahun, telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda/ paraf dikolom kanannya serta diberi kesempatan untuk bertanya / diskusi, dan telah memahaminya.			Tandatangan Pasien/Keluarga

*)Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi ,maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADANLAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl Simpang Rumblo Kota Solok Telp (0755) 20826-20827 Fax: (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id



No Rekam Medis:

Nama Pasien :

Tanggal Lahir :

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

SURAT PERNYATAAN PULANG ATAS PERMINTAAN SENDIRI

DPJP :	TGL.MASUK :
KLS RAWATAN :	TGL.KELUAR :

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

Selaku diri sendiri/ istri/ suami/ ayah/ ibu/ anak/ kakak/ adik/ lain-lain (.....) dari pasien :

Nama :

Tempat/ tanggal lahir :

Nomor RM :

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Dengan sadar tanpa paksaan dari pihak maupun meminta kepada pihak Rumah Sakit untuk **PULANG ATAS PERMINTAAN SENDIRI** yang merupakan hak saya/ pasien dengan alasan :
.....
2. Saya telah memahami sepenuhnya penjelasan yang diberikan dari pihak rumah sakit mengenai penyakit dan kemungkinan/ konsekuensi terbaik sampai dengan terburuk atas keputusan yang saya ambil. Serta tanggung jawab saya dalam mengambil keputusan ini.
3. Saya telah menerima informasi dan penjelasan tentang alternatif pengobatan yang dapat kami lakukan setelah keluar dari Rumah Sakit, rencana pengobatan akan kami lanjutkan di
.....
4. Apabila terjadi sesuatu hal berkaitan dengan putusan yang diambil, maka hal tersebut adalah menjadi tanggung jawab pasien/ keluarga sepenuhnya dan tidak akan menyangkut pautkan/ menuntut Rumah Sakit ini.
5. Atas keputusan saya ini, rumah sakit telah memberi penjelasan mengenai alternatif pengobatan selanjutnya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk ketahui dan digunakan sebagaimana perlunya.

Saksi

Solok,
Pembuat pernyataan,

(.....)

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADANLAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20826-20827 Fax (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbapro.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id



No Rekam Medis:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pasien

Tanggal Lahir

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

FORMULIR PERNYATAAN PENOLAKAN PENGOBATAN

DPJP :	TGL.MASUK :
KLS RAWATAN :	TGL.KELUAR :

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :tahun.

Jenis kelamin : Laki-laki/ perempuan*

Alamat :

Dengan ini menyatakan PENOLAKAN PENGOBATAN : terhadap saya/
.....saya* bernama Tanggal Lahir:
..... laki-laki/ perempuan*, alamat:

Saya memahami perlunya dan manfaat pengobatan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul.

Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya pengobatan tersebut.

Solak,pukul.....
Yang menyatakan,

(.....)

Saksi :

1. (.....)

2. (.....)

3. (.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADANLAYANAH UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20828-20827 Fax (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbarpov.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id



No Rekam Medis:

Nama Pasien

Tanggal Lahir

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

FORMULIR PERMINTAAN KEBUTUHAN TAHAP TERMINAL

DPJP :	TGL MASUK :
KLS RAWATAN :	TGL KELUAR :

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

Bahwa saya adalah ayah/ ibu/ kakak/ adik/ anak dari pasien atas nama :

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

Dengan ini memohon untuk mengabulkan permintaan sebagai berikut:

1.
2.
3.
4.
5.

Solok, 20.....
Yang menyatakan,

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



No Rekam Medis:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pasien :

Tanggal Lahir :

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

FORMULIR PERMINTAAN SECOND OPINION

DPJP :	TGL.MASUK :
KLS RAWATAN :	TGL.KELUAR :

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :(L/P)

Nomor kartu identitas :

Alamat :

Diri sendiri/ Suami/ Istri/ Ayah/ Ibu/ Kakak/ Adik/ Teman/ Kerabat dari pasien :

Nama :(L/P)

Tanggal lahir :

Nomor RM :

Dengan ini menyatakan dengan sadar dan sesungguhnya bahwa :

1. Telah menerima dan memahami informasi mengenai kondisi terhadap diri saya/ pasien dan tindakan penanganan awal yang telah dilakukan dari pihak Rumah sakit
2. Meminta kepada pihak Rumah Sakit untuk diberikan kesempatan mencari second opinion terhadap alternatif diagnosis/ pengobatan diri sendiri/ pasien ke dokter di Rumah Sakit
3. Segala saran, biaya maupun fasilitas untuk mencari second opinion adalah tanggung jawab diri saya/ pasien/ keluarga
4. Untuk keperluan tersebut diatas, meminjam hasil pemeriksaan kesehatan saya/ pasien berupa :
 -
 -
 -
 -

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Petugas,

Saksi

Solok,20

Saya yang menyatakan,

(.....)

(.....)

(.....)

Tanggal/ Waktu Pengembalian Dokumen yang dipinjam :20.....

Petugas,

Peminjam,

(.....)

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADANLAYAHAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl Simpang Rumbio Kota Solok Telp: (0755) 20826-20827 Fax: (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbarpov.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id



No Rekam Medis:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pasien

Tanggal Lahir

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

FORMULIR PENETAPAN DOKTER PENANGGUNG JAWAB PASIEN (DPJP)

DPJP :	TGL.MASUK :
KLS RAWATAN :	TGL.KELUAR :

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

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

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

Nomor RM :

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.
2. Berdasarkan hal tersebut diatas saya memilih dokter sebagai dokter penanggung jawab.

Dengan pernyataan inisaya buat dengan sebenar-benarnya.

Petugas rumah sakit,

Solok,20.....

Saya yang menyatakan,

(.....)
NIP.

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADANLAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20826-20827 Fax (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbaprov.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id



No Rekam Medis:
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

SURAT PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI

DPJP :	TGL.MASUK :
KLS RAWATAN :	TGL.KELUAR :

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Umur :
Pekerjaan :
Alamat :

Saya memahami informasi yang ada di dalam diri saya, termasuk diagnosa, hasil laboratorium dan hasil tes diagnostik yang akan digunakan untuk perawatan medis di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir dan akan menjamin kerahasiaannya.

Saya memberi wewenang kepada rumah sakit untuk memberi informasi tentang diagnosis hasil pelayanan dan perawatan serta pengobatan saya kepada anggota keluarga saya:

1.
2.
3.
4.

Dengan tanda tangan saya dibawah ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan memahami item pada persetujuan umum/ general consent.

Solok,20.....
Saya yang menyatakan,

(.....)

Saksi :

1. ()
2. ()
3. ()

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADANLAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp. (0755) 20826-20827 Fax. (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbareprov.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id



No Rekam Medis:
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

FORMULIR PERMINTAAN PRIVASI

DPJP :	TGL.MASUK :
KLS RAWATAN :	TGL KELUAR :

Nama Lengkap Pasien :

Yang bertanda tangan dibawah ini : Nomor MR :

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Alamat :

Nomor Telepon :

Hubungan dengan pasien : Diri sendiri/ Orang tua/ Anak/ Wali*)

1. Dengan ini menyatakan bahwa saya/ orang tua/ anak/ wali*) **Mengizinkan** rumah sakit member akses bagi keluarga yang bernama dan kerabat yang bernama serta orang lain yang bernama yang akan menengok/ menemui saya.
2. Saya menginginkan privasi khusus :
 - a. Pada saat wawancara klinis
 - b. Pada saat pemeriksaan fisik
 - c. Pada saat perawatan
 - d. Dan lain-lain

Solok,, 20.....
Pasien/ Keluarga/ Wali,

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADANLAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp. (0755) 20626-20627 Fax. (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbaprov.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id



No Rekam Medis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pasien :

Tanggal Lahir :

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

PENOLAKAN RESUSITASI (DNR)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Alamat :

Dengan ini menyatakan **Penolakan** untuk dilakukan tindakan

..... Terhadap diri saya / saya

Bernama Umur tahun, Laki-laki / perempuan *)

Alamat.....

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana yang telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan.

Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.

Solok, 20

Yang menyatakan

Saksi :

1. ()

2. ()

3. ()

*) Coret yang tidak perlu

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADANLAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20826-20827 Fax (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbarpov.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id



No Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

PERMINTAAN PELAYANAN KEROHANIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama (keluarga pasien) :

Umur :

Agama :

Hubungan dengan pasien : diri sendiri / orang tua / anak / wali *)

Alamat :

No. Telepon/ Hp :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan pelayanan kerohanian berdasarkan agama dan kepercayaan yang saya anut untuk pasien :

Nama (pasien) :

No.RM :

Umur :

Agama :

Ruang Perawatan :

Demikianlah permintaan pelayanan kerohanian ini saya buat dengan sadar dan sebenarnya.

Petugas ruangan

Solok, 20

Yang menyatakan

(.....)

(.....)

*) Coret yang tidak perlu

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



FORMULIR PENITIPAN BARANG BERHARGA MILIK PASIEN / KELUARGA

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Umur :
Pekerjaan :
Alamat :

Bahwa saya adalah ayah/ ibu/ kakak/ adik/ anak dari pasien atas nama :

Nama :
Umur :
Pekerjaan :
Alamat :

Dengan ini memohon untuk menitipkan barang sebagai berikut:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Solok,

Solok,

Pasien / Keluarga

Petugas RS

(.....)

(.....)

Saksi I

Saksi II

(.....)

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADANLAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20826-20827 Fax: (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbapro.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id



No Rekam Medis:
Nama Pasien:
Tanggal Lahir:
(Mohon diisi atau stempel jika ada)

FORMULIR PERMOHONAN IZIN PULANG SEMENTARA

Saya yang bertanggung jawab terhadap pasien meminta kepada pihak Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir untuk mengizinkan kepada pasien :

Nama :
Tempat/Tanggal Lahir :
Nomor Rekam Medis :
Ruang Perawatan :

Untuk izin pulang sementara (cuti perawatan) karena kepentingan

Dalam waktu hari (TMT :s/d.....) Pukul : WIB

Selama berada diluar Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir yang bertanggung jawab terhadap pasien adalah :

Nama :
Nomor KTP/SIM/Pasport :
Hubungan dengan Pasien :
Alamat :

Selama berada di luar Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir beralamat di.....

Nomor telepon yang bisa di hubungi/.....

Semua resiko yang terjadi di luar Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir menjadi tanggung jawab pemohon.

Solok,
Dokter Penanggung Jawab Pasien

Solok,
Pemohon

(.....)

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



No Rekam Medis:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pasien

Tanggal Lahir

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PASIEN RAWAT INAP

DPJP :	TGL.MASUK :
KLS RAWATAN :	TGL.KELUAR :

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

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

☐ 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 penggunaan seperlunya.

Solok,

Diketahui oleh

Petugas Rumah Sakit

Saya yang Menyatakan

(.....)

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



No Rekam Medis

Nama Pasien

Tanggal Lahir

(Mohon diisi atau stempel jika ada)

PENGANTAR UNTUK DIRAWAT

DPJP :	TGL. MASUK :
KELAS RAWATAN :	TGL. KELUAR :
Dokter Pengirim : _____	
Diagnosa : _____	
Dokter yang Merawat : _____	
Tanggal Masuk : _____	
Rencana Operasi / Tindakan	
Nama Operasi/ Tindakan : _____	
Tanggal/ Jam : _____ / _____	
Terlampir	
Foto/ Resep : _____	
Lain-lain : _____	
Pemesanan kamar	
Tanggal Pemesanan : _____	
Kelas : _____	
Tanggal/ jam : _____ / _____	
Dokter Pengirim	
Petugas Admission	
(.....)	
(.....)	

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas