

CATATAN WAKTU MASUK & KELUAR

NOMOR 231788 NAMA (Tul) ALAMAT Pulau Puntuang SUKU BANGSA 1. Minang 4. Indonesia 2. Jawa 5. Asing 3. Tapanuli 6. Lain2	NIK AGAMA/KEPERCAYAAN 1. Islam 4. Budha 2. Protestan 5. Lain-lain 3. Hindu	Dirawat di RS yang ke 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9 STATUS PERKAWINAN 1. Kawin 4. Janda 2. Duda 3. Belum Kawin 5. Cerai JENIS KELAMIN 1. Laki-laki 2. Perempuan	26-29 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 30-31 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nama keluarga terdekat/Alamatnya Yanh Musifa. Nama Ayah/ suami Umur : Nama Ibu/ Istri Umur :	Tgl. Lahir Kasus Polisi 1. Ya 2. Tidak	PEKERJAAN UMUR WAKTU MASUK 21 Thn Bln Hr DIKIRIM PLEH 160.	32-35 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Umum <input checked="" type="checkbox"/> Melahirkan Bayi lahir hidup	Asuransi Kesehatan 1. Ya 2. Tidak	Tgl. Masuk Tgl. Bln Thn 9/9-2022 Jam 15:17	36-39 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
BAGIAN 1. Bedah/Orthopedi 2. Bedah Mulut 3. Penyakit Dalam 4. Jiwa/ Psikiatri <input checked="" type="checkbox"/> 5. Kebidanan 6. perinatologi 6. THT/ Mata 7. Pusako 8. Serunai 9. Neurologi 10. ICU 11. CVCU 12. PICU 13. NICU 14. Anak 15. Paru	Tgl. Keluar Tgl. Bln Thn 19 9 22 Jam 10 ml	LAMA DIRAWAT HARI PERAWATAN 11 hr	40-43 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SEBAB DIRAWAT ngamuk di rumah ± 2 hari, Bicara sendiri	Dokter jaga Klinik dr. SULISTIANA DEWI, Sp.KJ NIP. 19760922200604 2 011 Nama & Tanda tangan		
DIAGNOSA OPERASI TULIS DENGAN HURUF CETAK DAN JANGAN DI SINGKAT	DIAGNOSA UTAMA Skizofrenia paroid	(26-29)	
	KOMPLIKASI	(32-35)	44-47 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	DIAGNOSA TAMBAHAN	(40-43)	
	OPERASI I	Tgl. Operasi	
	OPERASI II	Tgl. Operasi	
Catatan Pindah ke bangsal Tgl. KONDISI KELUAR : 1. Sembuh 2. Perbaikan <input checked="" type="checkbox"/> 3. Lain-lain 4. Meninggal sebelum 48 jam 5. Meninggal sesudah 48 jam	CARA KELUAR 1. Atas Persetujuan 2. Pulang paksa 3. Pindah RS lain 4. Lari 5. Meninggal	48-51 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	52-53 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Meninggal <input type="checkbox"/> Autopsi Tanpa Autopsi	Nama & Tanda tangan DPJP dr. SULISTIANA DEWI, Sp.KJ		



RINGKASAN KELUAR (RESUME)

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

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

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

PEMERIKSAAN FISIK : TD : 120/80 mmHg T : 36,5°C - tidak ada infeksi
HR : 84 x / 1 menit mood : baik - waham keparan
RR : 20 x / 1 menit Apetite : baik - Psiko motor : gelisah

PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK :
Hb : 17,0 - Lebar : 7,3
Ht : 43,0 - tromb : 275

DIAGNOSA UTAMA : *Skizofrenia paranoia*
KOMORBIDITAS LAINNYA :

TINDAKAN DIAGNOSTIK / PROSEDUR TERAPI :
OPERASI :

PERKEMBANGAN SELAMA PERAWATAN/ DENGAN KOMPLIKASI (JIKA ADA) :

OBAT YANG DIBERIKAN SELAMA RAWAT INAP :
Clonazepam 2x1mg *Risperidone 2x3*
Aripiprazole 2x2mg *Aripiprazole 2x2*
Clonazepam 2x1mg *Clonazepam 1x2mg*

OBAT YANG DIGUNAKAN DIRUMAH :
Risperidone 2x3
Aripiprazole 2x2 *Clonazepam 1x2mg*

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

INSTRUKSI TINDAK LANJUT : Kontrol ulang

PENGOBATAN DILANJUTKAN DIBERI TANDA ✓ PADA KONTAK

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

INSTRUKSI TINDAK LANJUT SUDAH DIJELASKAN KEPADA PASIEN

TTD PASIEN / KELUARGA

Solok, 19/9-22 Jam 12⁰⁰ WIB

TTD DOKTER PENANGGUNG JAWAB

Yanti Muslita
(.....)

[Signature]
(.....)
NIP. 1953090200042011

Lembar 1 : Pasien
Lembar 2 : Rekam Medis



TINDAKAN HARIAN KEPERAWATAN

berlaku bagi pasien Korona yang susuai dapat lebih dari satu Personal dengan tindakan keperawatan yang dilakukan

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

Hal.... Dari....



TINDAKAN HARIAN KEPERAWATAN

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

NO	TINDAKAN KEPERAWATAN	Tanggal: 12/9/22			Tanggal: 13/9/22			Tanggal: 14/9/22		
		Shift Pagi	Shift Sore	Shift Malam	Shift Pagi	Shift Sore	Shift Malam	Shift Pagi	Shift Sore	Shift Malam
		Jam Petugas	Jam Petugas	Jam Petugas	Jam Petugas	Jam Petugas	Jam Petugas	Jam Petugas	Jam Petugas	Jam Petugas
1	Timbang 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 FKG									
21	Memasang Monitor set pada pasien									
22	Melakukan kumbah Lambung									
23	Memasang dan memonitor Infus Pump									
24	Memasang dan memonitor Syringe Pump									
25	Memberikan dan melakukan pemantauan Transfusi Darah pada pasien									
26	Melakukan RJP pada pasien									
27	personal hygiene				✓					
28										
29										
30										
31										
32										
33										
34										
35										
36										
37										



TINDAKAN HARIAN KEPERAWATAN

Dasar tindakan (√) pada setiap yang sesuai dengan kondisi dan/atau sesuai dengan tindakan keperawatan yang dilakukan

NO	TINDAKAN KEPERAWATAN	Tanggal 15/9/22			Tanggal 16/9/22			Tanggal 17/9/22							
		Shift Pagi		Shift Sore	Shift Pagi		Shift Sore	Shift Pagi		Shift Sore	Shift Malam				
		√ Jam	Petugas	√ Jam	Petugas	√ Jam	Petugas	√ Jam	Petugas	√ Jam	Petugas				
1	Timbang terima pasien / overan	08	W4	14	elsa	0	1	19	Tank	20	08	14	W4	20	20
2	Membina hubungan saling percaya	08	W4	14	eko	0	1	19	Tank	20	08	14	W4	20	20
3	Melaksanakan cuci tangan sesuai five moment	08	W4	14	elsa	10	-	14	Tank	20	08	14	W4	20	20
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	14	W4	14	elsa	19	Tank	20	20	14	W4	20	20	20	
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 Transfusi Darah pada pasien														
26	Melakukan RJP pada pasien														
27		14	W4	14	W4	19	Tank	20	20	14	W4	20	20	20	
28															
29															
30															
31															
32															
33															
34															
35															
36															
37															



TINDAKAN HARIAN KEPERAWATAN

berdasarkan (✓) pada bentuk yang tertera di setiap shift dari setiap tanggal dengan tindakan keperawatan yang dilakukan

NO	TINDAKAN KEPERAWATAN	Tanggal 18/7/22			Tanggal 17/7/22			Tanggal					
		Shift Pagi	Shift Sore	Shift Malam	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
1	Timbang terima pasien / overan	✓ 8	Wati Nanda	21	✓ 8	Wati Nanda							
2	Membina hubungan saling percaya	✓ 8	Wati Nanda	21	✓ 8	Wati Nanda							
3	Melaksanakan cuci tangan sesuai five moment	✓ 8	Wati Nanda	21	✓ 8	Wati Nanda							
4	Menerima Pasien baru												
5	Melakukan pengkajian awal keperawatan pasien												
6	Memasang Infus Pasien												
7	Memasang Oksigen pada pasien												
8	Memasang NGT pada pasien												
9	Melakukan Suction pada pasien												
10	Melakukan therapy inhalasi pada pasien												
11	Memasang DC pada pasien												
12	Memberikan obat pasien secara IV												
13	Memberikan obat pasien secara IM												
14	Memberikan obat pasien secara SC												
15	Memberikan obat pasien secara IC												
16	Memberikan obat injeksi pada pasien psikiatri												
17	Memberikan obat oral pasien												
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 Transfusi Darah pada pasien												
26	Melakukan RJP pada pasien												
27	personal hygiene	✓ 8	Wati Nanda					✓ 8	Wati Nanda				
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													



Tanggal masuk ruang rawat 9/9.22 20 Jam: 15.30 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... tante (Alloanamnesa)

KELUHAN UTAMA (diisi oleh dokter)

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

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG (diisi oleh dokter)

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

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

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

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

RIWAYAT ALERGI / REAKSI (diisi oleh perawat).

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

SKRINING STATUS FUNGSIONAL (diisi oleh perawat)

Isilah dan lengkapilah penilaian **Barthel Index** dan tentukan tingkat ketergantungan pasien berdasarkan skor .
 Mandiri (Skor 20) Perlu bantuan (ringan = 12-19, sedang = 9-11, berat = 5-8) Sebutkan
 Ketergantungan total, dilaporkan ke dokter (ya, jam Tidak)

FUNGSIONAL UMUM : Pengkajian fungsi (diisi oleh perawat)

<p>a. Sensorik</p> <p>Penglihatan : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> kabur <input type="checkbox"/> kacamata <input type="checkbox"/> lensa kontak</p> <p>Penciuman : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> tidak</p> <p>Pendengaran : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> tuli kanan/kiri <input type="checkbox"/> alat bantu dengar kanan/ kiri</p> <p>b. Kognitif : <input type="checkbox"/> orientasi penuh <input type="checkbox"/> pelupa <input checked="" type="checkbox"/> bingung <input type="checkbox"/> Tidak dapat dimengerti</p> <p>c. Motorik : Aktivitas sehari-hari : <input checked="" type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> bantuan minimal</p> <p><input type="checkbox"/> Bantuan sebagian <input type="checkbox"/> Ketergantungan total.</p> <p>Berjalan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada kesulitan <input type="checkbox"/> perlu bantuan <input type="checkbox"/> sering jatuh <input type="checkbox"/> Kelumpuhan</p>	<p>Alat bantu jalan, sebutkan</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Bila terdapat gangguan fungsional, pasien di rujuk ke Rehabilitasi Medis melalui DPJP</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 Rimbis Kota Sokak Telp (0755) 20001 Faks (0755) 20001
Website: www.rsudmohammadsambatarprov.go.id
email: rsud.mohammadsambatarprov.go.id

No Rekam Medis : 231788 L/P
Nama Pasien
Tanggal Lahir
(Mohon diisi at)

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

BERAPAKAH SKALA NYERI ANDA ?

1* 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tidak ada Nyeri ringan Nyeri sedang Nyeri berat

2* tidak sakit, Sedikit sakit, Agak mengganggu, Mengganggu aktivitas, Sangat mengganggu, tak tahan

Skala nyeri : Ringan 1-3 Sedang 4-6 Berat 7-10

P
Q
R
S
T

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

Ket : **Provokasi** : 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
<input type="checkbox"/> 0 (tidak nyeri)	<input type="checkbox"/> 9-18 (nyeri terkontrol)
<input type="checkbox"/> 1-3 (ringan)	<input type="checkbox"/> 27-35 (sedang)
<input type="checkbox"/> 4-6 (sedang)	<input type="checkbox"/> 19-26 (ringan)
<input type="checkbox"/> 7-10 (berat)	<input type="checkbox"/> >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	0
	Ya	25	
DIAGNOSA SEKUNDER	Tidak	0	0
	Ya	15	
ALAT BANTU YANG DIGUNAKAN	Bed rest	0	0
	Kruk, walker	15	
	Berpegangan pada perabot	30	
INTRAVENA LINE	Tidak	0	0
	Ya	20	
GAYA BERJALAN	Normal	0	0
	Lemah	10	
	Terganggu	20	
KESADARAN	Orientasi baik	0	15
	Keterbatasan daya ingat	15	
TOTAL SKOR		150	

KATEGORI beresiko tinggi jatuh diberi gelang warna " kuning "

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

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

SKRINING NUTRISI (diisi oleh perawat)

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

No	Parameter	Skor
1.	Apakah pasien mengalami penurunan berat badan yang tidak diinginkan dalam 3 bulan terakhir ?	
	a. Tidak ada penurunan berat badan	0 0
	b. Tidak yakin / tidak tahu / terasa baju lebih longgar	2
	c. Jika ya, berapa penurunan berat badan tersebut	
	1-5 kg	1
	6-10 kg	2
	11-15 kg	3
	>15 kg	4
2.	Apakah asupan makan berkurang karena berkurangnya nafsu makan?	
	a. Tidak	0 0
	b. Ya	1 0
	Total skor	0 + 0 = 0
3.	Pasien dengan diagnosis 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).....	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

skor 0-1 skor 2-3 skor 4-5
Bila skor > 2 atau pasien dengan diagnosis 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 ulang 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 Rimbao Kota Solok Telp. (0755) 20001 Faks. (0755) 20003
 Website: www.rsudmohammadnatsir.sumbaprov.go.id
 email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id




No Rekam Medis : **231188** L/P
 Nama Pasien :
 Tanggal Lahir :
 (Mohon diisi atau stempel)





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 *gulaah*
 Perilaku kekerasan yang dialami pasien sebelumnya
Bila terdapat masalah psikologis, pasien di rujuk ke psikiater/ psikolog melalui DPJP
Status Sosial : Hubungan pasien dengan anggota keluarga Baik Tidak Baik
 Tempat Tinggal : *Rumah/ Apartemen / Panti / Lainnya :*
 Kerabat terdekat yang dapat dihubungi : Nama: *Yanh musuta*
 Hubungan *tante* Nomor Telepon: *081275064506*
Status Spiritual : Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan : *085364695528 (Cholali)*

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) *tante*
 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	Nama jelas
						Pemberi Edukasi	Pasien/ kelg
10/9-22 11 ⁰⁰ md	12, 13, 14, 15		5'	paham	<input checked="" type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Re Edukasi <input type="checkbox"/> Re Demonstrasi	Dokter	
9/9-22 15-30	1, 4, 6, 13, 14, 17		5 menit	paham	<input checked="" type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Re Edukasi <input type="checkbox"/> Re Demonstrasi	Perawat	
14/9-22	6, 14		5'	kel. usrah	<input checked="" type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Re Edukasi <input type="checkbox"/> Re Demonstrasi	Apoteker	
14.09.22 10.30	3		5'	kel. paham	<input checked="" type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Re Edukasi <input type="checkbox"/> Re Demonstrasi	Ahli gizi Harlinda Soliman, S. Nutrisi	
					<input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Re Edukasi <input type="checkbox"/> Re Demonstrasi	Fisioterapist	



HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG (dicantumkan oleh dokter)

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

Hb : 15,0 g/dL
 Ht : 43,0 %
 Eritrosit : $4,98 \times 10^6 / \text{mm}^3$
 Leukosit : $7,13 \times 10^3 / \text{mm}^3$
 Trombosit : $225 \times 10^3 / \text{mm}^3$

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

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

> **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
- Kelelahan
- Gangguan pola tidur
- Insomnia
- Deprivasi tidur
- Kesiapan meningkat tidur
- Ancietas
- Halusanasi

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) 20001 Faks. (0755) 20001
Website: www.rsudmohammadsunbarprov.go.id
email: rsud.mohammadsunbarprov.go.id



No Rekam Medis : 231788
Nama Pasien
Tanggal Lahir
(Mohon diisi atau ...)

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 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	Lodomec	5mg	2x1 2x1	IM IM		(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
2	Difenhidramin	2mg	2x2 2x2	IM IM		(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
3	Risperidon	2mg	2x3 2x3	PO		(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
4	Trikloroperidil	2mg	2x2	PO		(...) lanjut aturan pakai sama (...) lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
5	Clozapin	25mg	1x25	PO		(...) 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 :

Wulandaryani
14/9-22

RENCANA PERAWATAN INTERDISIPLIN / REFERAL

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

Tanggal / Jam 9/9-22 / 15.30 WIB

Perawat yang melakukan pengkajian

Elsce Panur
(.....)

Tanggal / Jam 9/9-22 / 16.00 WIB
DPJP yang melakukan pengkajian

dr. BULIETI ...
(NIP. 1376 ...)

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



Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI RAWAT INAP JIWA/PSIKIATRI

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

Pengkajian : Tanggal 9/9 - 22 Jam 18.30

Pengkajian diperoleh dari : Pasien (Auto anamnesa)

Keluarga (Alloanamnesa)

Diisi oleh Dokter.

Nama Ayah : TIRA Nama ibu : ANI Nama Suami/Istri :	2. Emosi : a. Mood : <i>baik</i> b. Afek : <i>baik</i> c. Kecerassian :
Riwayat Psikiatri : a. Keluhan Utama Pasien mengamuk dirumah & merusak barang-barang dirumah sejak 2 hari ini	3. Gangguan Persepsi : Halusinasi auditorik
b. Riwayat Penyakit Sekarang - Pasien mengamuk-ngamuk dirumah - Pasien merusak barang-barang - Pasien tertawa sendiri - Pasien bicara-bicara sendiri - Pasien berjalan-jalan dikeliling rumah - Pasien mendengar bunyi suara perempuan	4. Pikiran : a. Proses pikir : <i>baik</i> b. Isi Pikir : <i>baik</i> c. Preokupasi/obsesi : 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
c. Riwayat Penyakit Dahulu Pasien belum pernah dirawat sebelumnya <i>menyakitkan hanya 2 kali</i>	6. Pengendalian Impuls : 7. Daya nilai/Tilikan : 8. Taraf dapat dipercaya : Diagnosis Multiaksial : Axis I : <i>depresi</i> Axis II : <i>gaut</i> Axis III : Axis IV : <i>masalah keluarga</i> Axis V :
d. Riwayat Medis/Fisik/Napza	Inj. Lidamer 2x1 Terapi : Inj. Dipenhidramin 2x2 Risperidon 2x3 Triheksifenidil 2x2 Clozapin 1x25
e. Status Mental 1. Deskripsi Umum a. Penampilan : b. Perilaku dan aktivitas motorik : c. Sikap Terhadap Terapis d. Pembicaraan	Solok, 10/9 - 2022 Jam: 18.30 Dokter Spesialis Jiwa : (NIP. 1970092412000042011)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



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

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

ASESMEN KEKERASAN FISIK

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

FAKTOR-FAKTOR PENCEGAHAN :

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

FAKTOR-FAKTOR LAINNYA

MANAGEMENT PLAN

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

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



Ket: beritanda ✓

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

FAKTOR-FAKTOR PENCEGAHAN :

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

HASIL ASESMEN PASIEN

Resiko Bunuh Diri
Resiko Kekerasan Fisik
Resiko Melarikan Diri

Tanggal Assesmen : 9-9-2022

Jam Assesmen : 15.30 WIB

Nama Petugas : elsa

Paraf Petugas :

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



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



No Rekam Medis : **231788**
 Nama Pasien
 Tanggal Lahir
 (Mohon diisi atau stamp)

L/P

ASUHAN KEPERAWATAN

TGL/ Jam	DIAGNOSA	TINDAKAN	PERTEMUAN					TANDA TANGAN & Nama perawat
			1	2	3	4	5 s/d 12	Pada Pertemuan
9/4-22 1530 wib	HALUSINASI	PASIHEN	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi halusinasi, isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon Jelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan Latih cara mengontrol halusinasi dg menghardik Masukkan pada jadwal untuk latihan menghardik 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan menghardik. Beri pujian Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan menghardik. Dan obat. Beri pujian Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat dan bercakap-cakap 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan menghardik. & obat & bercakap-cakap. Beri pujian Latih cara mengontrol halusinasi dg melakukan kegiatan harian (mulai dari 2 kegiatan) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat dan bercakap-cakap dan kegiatan harian 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan menghardik. & obat & bercakap-cakap dan kegiatan harian. Beri pujian Latih kegiatan harian Nilai apakah halusinasi terkontrol 	<ol style="list-style-type: none"> 11/4-22 Ns. ROZA WINARTY, S.K.E. 12/4-22 Ns. ROZA WINARTY, S.K.E. 15/4-22 Ns. ROZA WINARTY, S.K.E. 19/4-22 Ns. ROZA WINARTY, S.K.E. 15/4-22 Ns. ROZA WINARTY, S.K.E.

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

16/9-22
Ns. ROZA WILHARTY, S.K

17/9-22
Ns. ROZA WILHARTY, S.K

19/9-22
Ns. ROZA WILHARTY, S.K

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



JADWAL KEGIATAN HARIAN PASIEN PSIKIATRI/ JIWA

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

PETUNJUK :

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

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

Hal dari



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
 Jl Simpang Rimbis Kota Solok - Telp (0755) 20003 Faks (0755) 20603
 Website : www.rsudmohammadsunbarprov.go.id
 email : rsud.mohamsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis : **231790** L/P
 Nama Pasien :
 Tanggal Lahir :
 (Mohon diisi atau)

JADWAL KEGIATAN HARIAN PASIEN PSIKIATRI/ JIWA

No Telp pasien/keluarga :
 Kelas rawatan : **10**
 Tanggal masuk : **9-9-22**
 Tanggal keluar : **19-9-22**

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

PETUNJUK :

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

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



Asesmen tambahan

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

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

FASE	KEGIATAN	PELAKSANAAN			
		DILAKUKAN			TIDAK DILAKUKAN
		TGL	PETUGAS	EVALUASI	ALASAN
TAHAP I Pasien masuk (dilengkapi oleh perawat dalam 24 jam)	1 Pengkajian fisik dan psikososial	9/9-22	elsa	paham.	
	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				
	4 Pengkajian pemahaman pasien/ keluarga terhadap penjelasan yang diberikan tim kesehatan				
TAHAP II Fase Diagnostik (dilengkapi sesuai dengan kebutuhan)	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				
TAHAP III Fase Stabilisasi (dilengkapi sesuai)	9 Diskusi tentang perawatan, kebersihan diri, perubahan posisi, pencegahan jatuh, manajemen nyeri, latihan ROM, dan teknik relaksasi	14.09.22	Harlinda Sopyan Nutrisionis	Meydi	
	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				
TAHAP IV (dilengkapi 1 x 24 jam sebelum pasien pulang)	13 Edukasi tentang rencana perawatan lanjutan pasien a. Kebutuhan dasar b. Jadwal kontrol	15/9/22	Ns. ROZA WINARTY, S.K.P	Meydi	
	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				

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

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

Ns. ROZA WINARTY, S.K.P
Meydi

Ns. ROZA WINARTY, S.K.P
Meydi



No	CATATAN PULANG	PELAKSANAAN			KETERANGAN
		SUDAH DIBERIKAN		BELUM DIBERIKAN	
		TGL	PETUGAS	ALASAN	
1	Resep/ obat-obatan	19/9-22			
2	Surat kontrol	19/9-22	Ns. ROZA WINARTY, S.Kep		
3	Rujukan rehabilitasi				
4	Surat rujukan/jawaban rujukan				
5	Surat tanda bukti selesai administrasi				
6	Leaflet/ Informasi Kesehatan (bila ada)				

Obat-obatan yang dibawakan pulang :

No	NAMA OBAT	DOSIS	JUMLAH	No	NAMA OBAT	DOSIS	JUMLAH
1.	Risperidon	2x1y	14	9			
2.	Thp	2x2y	14	10			
3.	Clozapin	1x25y	7	11			
4.				12			
5.				13			
6.				14			
7.				15			
8.				16			

*Khusus pasien Kebidanan

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

*Khusus pasien Neonatus

Prosedur kerja pemulangan bayi

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

Pulang ke alamat : Pulau Punjung
 Nama Penjemput : Yant Anak
 Hubungan dengan pasien : Anak

Discharger Planer/ perawat

Solok, 19/9-22
 Pasien/ Keluarga

Ns. ROZA WINARTY, S.Kep

[Signature]

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



Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGAJIAN RESTRAIN

PENGAJIAN STATUS MENTAL

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

PERTIMBANGAN KLINIS

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

PENILAIAN DAN INSTRUKSI DOKTER

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

RENCANA PENGAJIAN LANJUTAN

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

PENDIDIKAN RESTRAIN PASIEN ATAU KELUARGA

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

Tanggal / Jam 9/9-22 / 15.30 WIB
 Perawat / bidan yang
 melakukan pengkajian

(.....
 Hsa Danur.....)

Keluarga yang menyetujui

(.....
 Yanhi Musita.....)

Tanggal / Jam 9-9-22 / 15.30 WIB
 DPJP yang melakukan
 pengkajian

(.....
 dr. SITI NUR DENI, Sp.KS.....)

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



RENCANA ASUHAN TERINTEGRASI atau PLAN OF CARE

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

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



RENCANA ASUHAN TERINTEGRASI atau PLAN OF CARE

Hari/Tanggal/ jam	Hari 1 / Sen, 12/09/22	Hari 2 / Selasa 13/09/22	Hari 3 / Rabu 14/09/22
Diagnosis Kerja	Perilaku Abut	Perilaku Abut	Perilaku Abut
Masalah Kebutuhan/prioritas	Hidusmi	Hidusmi	Hidusmi
Kewaspadaan	<input checked="" type="checkbox"/> Standar <input type="checkbox"/> Airborne <input type="checkbox"/> Kontak <input type="checkbox"/> Droplet	<input checked="" type="checkbox"/> Standar <input type="checkbox"/> Airborne <input type="checkbox"/> Kontak <input type="checkbox"/> Droplet	<input checked="" type="checkbox"/> Standar <input type="checkbox"/> Airborne <input type="checkbox"/> Kontak <input type="checkbox"/> Droplet
Tim Dokter	DPJP _____ TIM: _____ 	DPJP _____ TIM: _____ 	DPJP _____ TIM: _____
Pemeriksaan	<input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Radiologi _____	<input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Radiologi _____	<input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Radiologi _____
Prosedur/ Tindakan			
Nutrisi	Diet: <u>HD</u> Batasan cairan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> ya	Diet: <u>MB</u> Batasan cairan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> ya	Diet: <u>MB</u> Batasan cairan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> ya
Aktivitas	<input type="checkbox"/> Tirah baring total <input type="checkbox"/> Tirah baring parsial <input checked="" type="checkbox"/> Mandiri	<input type="checkbox"/> Tirah baring total <input type="checkbox"/> Tirah baring parsial <input checked="" type="checkbox"/> Mandiri	<input type="checkbox"/> Tirah baring total <input type="checkbox"/> Tirah baring parsial <input checked="" type="checkbox"/> Mandiri
Pengobatan	<input checked="" type="checkbox"/> Sesuai IMR <input type="checkbox"/> Revisi pengobatan	<input checked="" type="checkbox"/> Sesuai IMR <input type="checkbox"/> Revisi pengobatan	<input checked="" type="checkbox"/> Sesuai IMR <input type="checkbox"/> Revisi pengobatan
Keperawatan	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi asuhan Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Prosedur Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi dengan medis <input checked="" type="checkbox"/> Pendidikan Kesehatan	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi asuhan Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Prosedur Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi dengan medis <input checked="" type="checkbox"/> Pendidikan Kesehatan	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi asuhan Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Prosedur Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi dengan medis <input checked="" type="checkbox"/> Pendidikan Kesehatan
Tindakan Rehabilitasi Medik	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Konsultasi			
Sasaran			
Nama & Paraf Dokter	 	 	

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



RENCANA ASUHAN TERINTEGRASI atau PLAN OF CARE

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

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



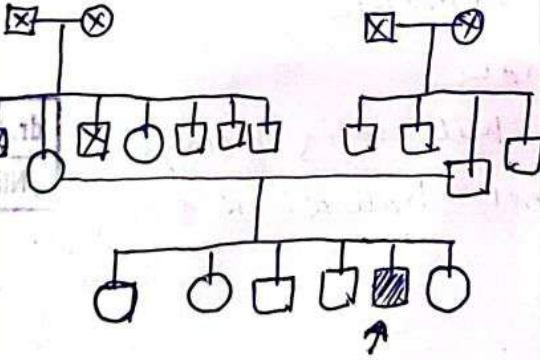
RENCANA ASUHAN TERINTEGRASI atau PLAN OF CARE

Hari/Tanggal/ Jam	Hari Minggu 18/9-22	Hari 19/9-22	Hari 1/1
Diagnosis Kerja	skizofrenia paranoid	skizofrenia paranoid	
Masalah Kebutuhan/prioritas	halusinasi	halusinasi	
Kewaspadaan	<input type="checkbox"/> Standar <input type="checkbox"/> Airborne <input type="checkbox"/> Kontak <input type="checkbox"/> Droplet	<input checked="" type="checkbox"/> Standar <input type="checkbox"/> Airborne <input type="checkbox"/> Kontak <input type="checkbox"/> Droplet	<input type="checkbox"/> Standar <input type="checkbox"/> Airborne <input type="checkbox"/> Kontak <input type="checkbox"/> Droplet
Tim Dokter	DPJP dr. SULISTIANA DEWI, Sp.KJ TIM: NIP. 19760929 200604 2 011	DPJP dr. SULISTIANA DEWI, Sp.KJ TIM: NIP. 19760929 200604 2 011	DPJP TIM:
Pemeriksaan	<input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> Radiologi	<input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> Radiologi	<input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> Radiologi
Prosedur/ Tindakan			
Nutrisi	Diet: MB Batasan cairan <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	Diet: MB Batasan cairan <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	Diet: Batasan cairan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
Aktivitas	<input type="checkbox"/> Tirah baring total <input type="checkbox"/> Tirah baring parsial <input checked="" type="checkbox"/> Mandiri	<input type="checkbox"/> Tirah baring total <input type="checkbox"/> Tirah baring parsial <input checked="" type="checkbox"/> Mandiri	<input type="checkbox"/> Tirah baring total <input type="checkbox"/> Tirah baring parsial <input type="checkbox"/> Mandiri
Pengobatan	<input type="checkbox"/> Sesuai IMR <input type="checkbox"/> Revisi pengobatan	<input type="checkbox"/> Sesuai IMR <input type="checkbox"/> Revisi pengobatan	<input type="checkbox"/> Sesuai IMR <input type="checkbox"/> Revisi pengobatan
Keperawatan	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi asuhan Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Prosedur Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi dengan medis <input checked="" type="checkbox"/> Pendidikan Kesehatan	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi asuhan Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Prosedur Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi dengan medis <input checked="" type="checkbox"/> Pendidikan Kesehatan	<input type="checkbox"/> Observasi asuhan Keperawatan <input type="checkbox"/> Prosedur Keperawatan <input type="checkbox"/> Kolaborasi dengan medis <input type="checkbox"/> Pendidikan Kesehatan
Tindakan Rehabilitasi Medik	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Konsultasi			
Sasaran			
Nama & Paraf Dokter	dr. SULISTIANA DEWI, Sp.KJ TIM: NIP. 19760929 200604 2 011	dr. SULISTIANA DEWI, Sp.KJ TIM: NIP. 19760929 200604 2 011	

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



CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL/ JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
9/9-22 15.30	perawat	<p>PBM psikiatri pindahan 160 dlm ucu dan sadar ore rawat dr. dewi dg dr psikohik akut</p> <p>S : > Keluarga mengatakan pasien mengo muk dirumah sejak 2 hari y pasien memsak 2 barang dirumah y tertawa 2 sendiri, bicara 2 sendiri y pasien ada dengar 2 suara perem puan. y Bicara tidak nyambung y kurang tidur ± sudah 2 hari y mandi dan makan ada y pasien tidak ada riwayat ggn jiwa y Riw trauma ⊖, ujang ⊖ y Tidak ada keluarga kerabat selain ggn jiwa</p> <p><u>Genogram</u></p>  <p>D: ADL dibantu Kontak mata kurang Interaksi kurang Emosi labil pasien gelisah</p> <p>TD: HR: 88x; T: 36,5</p>	<p>Adus dr. dewi y inj lidamer 2x100 (m) y inj dipen 2x200 (m) y Risperidon 2x3 mg (po) y THP 2x2 mg (po) y clozapin 1x25 mg (po)</p> <p>yang menyerahkan Ah (#isa danur)</p> <p>yang menerima J (Hniyah)</p>	

dr. SULISTIANA DEWI, Sp.KJ
 NIP. 19760329 200604 2 011



CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL/JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Insimka ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
10/9/22 06.00	perawat S,	<p>A : Halusinasi</p> <p>P : Bina hubungan saling percaya Identifikasi halusinasi; isi, waktu Kontrol halusinasi dg obat.</p> <p>S,</p> <p>O. rawatan H 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> - keasab mata ada. - insulasi' luncy. - emosi labil - malam - 1/2 porsi - malam pas ada tidur - adl diarahkan. <p>A. Halusinasi</p> <p>p - bina hub saling percaya.</p> <p>- kontrol halusinasi 3 obat</p>	<ul style="list-style-type: none"> - yg lodo 2x1 - yg Dipen 2x2 - kn lain langg <p>yg menyakit</p> <p>(Am'iyah)</p> <p>yg menerima</p> <p>(DAVID)</p>	

dr. SULISTIANA DEWI,
 NIP. 19760929 200604

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

pelaksanaan asesmen ulang dilakukan:
 Perawat : minimal 1x sehari termasuk akhir minggu/ libur untuk pasien akut, jika ada perubahan penting kondisi pasien
 Apoteker : minimal 1x per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien
 Ahli gizi : minimal 1x sehari, jika ada perubahan penting kondisi pasien
 Fisioterapist : sesuai kurjungan ke rehabilitasi medik.
 Ahli gizi : sesuai hasil skoring 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 skoring setiap 7 hari

MPP : Situasional dalam bentuk SOAP

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



CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL/ JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN <small>(Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME di awal asahen, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)</small>	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH <small>(Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)</small>	REVIEW & VERIFIKASI DPJP <small>(Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)</small>
	10/01/2021 10.00 WIB Perawat	S : O : kontak muka ada Interaksi ada ADL diarahkan emosi pasien labil H 2 A : Halusinasi P : BHP kolaborasi dalam pemberian obat kontrol halusinasi dgn obat	Tang menyerahkan Jh (DANI)	
	10/01/2021 Perawat 13.15 d.	S : - O : lhb ada : tidak ada : Emosi labil : H2 A : Halusinasi P : BHP : lhb ada pblm obat E - klien mengatakan mau pulang O - Interaksi ada - adl diarahkan - Emosi klien labil - H3 - Makan (+) A - Halusinasi P - Bina hub saling percaya - kontrol halusinasi dgn obat	Yg menyerahkan (DANI)	
	11/01/2021 Perawat 07.30 WIB		Yg Menyerah (DIKO SAPUTRA)	
			yang menyerahkan (DIKO SAPUTRA)	
			yang menerima Ch (Eko Danu)	

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

Keterangan SOAP
 S (Subjective): Keluhan Pasien, O (Objective): Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkini
 P (Planning): Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan. (profesi Dokter, Apoteker)
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 (Review): Rencana dan perubahan tindak lanjut. (Profesi perawat/ bidan)
Keputusan asesmen ulang dilakukan:
 - die (DPJP) : minimal 1x sehari termasuk akhir minggu/ libur untuk pasien akut, jika ada perubahan penting kondisi pasien
 - swat : minimal 1x per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien
 - A. 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 ulang 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 ulang skrining setiap 7 hari
 MPP : Situasional dalam bentuk SOAP
 Terima kasih atas kerfajemanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL/ JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN <small>(Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)</small>	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH <small>(Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)</small>	REVIEW & VERIFIKASI DPJP <small>(Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)</small>
11/9-22 1200 wtb	perawat	S : O : Adl diarahkan Introlusi ada Kontak mata ada. Emosi labil makan habis Rawatan H3 A : Halusinasi P : BHSP Identifikasi halusinasi Kontrol halusinasi dg obat	yang menyerahkan Gh (Elsa Denun) yang menerima Nanda	
11/9/22 19.00 wtb	perawat	S : O : interchen ada kontak mata ada emosi labil makan habis Rawatan H3 A : Halusinasi P : BHSP kontrol halusinasi dengan obat	Yang menyerahkan Nanda Yang menerima Nanda	
12/9/22	perawat	S : permenyatakan ingin pulang, O kontak mata ada Emosi masih labil fektaran makan masih. tolong. Rawatan H4. Bm di arahkan. A : Halusinasi P : BHSP kontrol halusinasi dg obat	Yang menyerahkan (Nanda) Yang menerima (Nanda)	Yaato Haryadi, A.Md. I

dr. SULISTIANA DEWI, Sp.J

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar No. 10760029 20060420



CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL/JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
12 Sept 2022		S: peristalsis peristalsis di 2 yg baik - teraba 4, APL Rangsang - tidak @. O: lebih / teraba - kulumen @. A: Probiotik Abat S: Pat Mngakha lya pny O: haki ah : khal msh ah : Ensi hki : Kuantu H4 A: Hulusi P: Btng : kulumen dh pku adaf : khal fg hulusi	yg loman 2x1m yg Diperhidramin 2x2m Rungles 2x2 Thp 2x2 Clozapin 1x25 cel	dr. ZULISHALIYATUL FAJRIAH, M.Sc, Sp.KJ NIP. 19860819 201101 2005
17/9/22 11.30 ab.	Paraf		Ahis - loman 2x1 - Difen 2x2 - Rtp 2x3 - Thp 2x2 - Clozapin 1x25 - cel DR yg Mngakha () yg Mngakha ()	dr. SULISTIANA DEWI, Sp.KJ NIP. 19760829 200604 2 011

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

Waktu pelaksanaan asesmen ulang dilakukan:
 medis (DPJP) : minimal 1x sehari termasuk akhir minggu/ libur untuk pasien akut, jika ada perubahan penting kondisi pasien
 rawat : minimal 1x per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien
 A 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



1219112019

CP

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL/ JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
12/9-22	Perawat	S. pat mengahka [m] O. in [m] [m] m [m] d a H A [m] a s A. Halusinasi [m] [m] [m] [m] [m] [m]	[m] [m] [m] dr. MUKHLIS S, S.Kep NIK. 1990.0101.2016.001	
13/9-22 05.40 WIB	Perawat	S: - klien mengatakan ingin pulang. O: - kontak mata ada - interaksi ada - Adl diarahkan - emosi lebih - klien tenang - tidur ada - makan ada dan habis 1 porsi. - Rawatan HS. A: Halusinasi P: - BHSP - kontrol halusinasi dgn obat	- hasil labor fadar di lapor ke dr. meli "Therapy lanjut". Yang menyerahkan [m] (Wifa Asilya) Yang menerima [m]	READ BACK RSUD SOL dr. SULISTIANA DEWI, Sp.K NIP. 19860815 dr. SULISTIANA DEWI, Sp.K 1760929 200604 2 01

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



CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL/JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN <small>(Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir kalimat)</small>	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH <small>(Instruksl ditulis dengan rinci dan jelas)</small>	REVIEW & VERIFIKASI DPJP <small>(Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)</small>
13/9-2021 13/9 12:00	pmwari	<p>S: sbhl Jut daskha - Colpomer 2x1g D: dupat sebek - Dipen 2x2g Flomac (R) A: Psobekh pnt Hg</p> <p>S, pas mengasab tdk ada nam paku bayangan. O. Rawatan Hs - kontak mata ada - Interaksi ada - pas gylh diam - emua' labil - ubien kemay. - makan habis. A. Halusin'as. P. Guna hub salis pucya. - kontrol halusin'as' g obat.</p>	<p>- Colpomer 2x1g - Dipen 2x2g - Hg 2x2g - oby (kem) - Hg lodomer 2x1g - 5 Dipen 2x2g - Hs lain lauz - pas digabungkan g pas lain. Hs pas di oby Hs menyerahk (Hsiyat). Hs menyemua</p>	

(Divo **SUGULISTIANA DEWI, Sp.KJ**
 NIP.19760929 200604 2 011

Legenda
 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:
 Bedah (DPJP) : minimal 1x sehari termasuk akhir minggu libur untuk pasien skut, jika ada perubahan penting kondisi pasien
 Rawat : minimal 1x per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien
 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, lanjutan pengkajian dan ulangi setiap 7 hari, skor 2 beresiko tinggi, bekerja sama dengan tim dukungan gizi, penata asuhan gizi monitoring setiap hari ulangi skrining setiap 7 hari
 MPP : Situasional dalam bentuk SOAP
 Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL/JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
13/9/22 18.00 WIB	Perawat	S: klien mengatakan mau pulang O: klien Rawatan HS - Interaksi ada - Kontak mata ada - klien banyak diam - Emosi masih labil - Diet Makan habis 1 porsi A: Halusinasi P: bina hub saling percaya - kontrol halusinasi dgn obat	- Inj lodomer 2x1 amp (07.00 WIB dan 19.00 WIB) - Inj Dipen 2x1 amp (07.00 WIB dan 19.00 WIB) - klien di Observasi kesehariannya - Thy oral lanjut Yang menyerahkan [Signature] DILUSAPUTRA	
14/9-22 06.00 WIB	Perawat	S: klien ngakut mau pulang O: lbh rawat HS - Interaksi ada - kontak mata ada - Emosi labil A: Halusinasi P: terapi - kontrol halusinasi dgn obat	Yang menerima [Signature] Evaluasi kg. S. [Signature] 1/2 obat dan [Signature] yg [Signature] ([Signature])	
14/9-22	Perawat	S: stabil [Signature], mau pulang O: [Signature] - [Signature] - [Signature] A: [Signature] P: [Signature] - [Signature]	yg [Signature] ([Signature]) yg [Signature] [Signature] [Signature] [Signature] dr. [Signature] NIP. 19760929 20060	

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



CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL/ JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
14/7-22	Apt	S: pasien stabil & obat D: TD: 110/80 mmHg A: Intensi: obat - monitor berkala → Pmg + Tmg → p. ejaan antiholergik P: - asuhan yg monitor berkala - bangun minum air putih		
14/07/22 10:30	Gibi	A: n/m: (E), asupn (C) - Asupan ± 100% kebutuhan - TD: 110/80 mmHg D: obat ini table ade Dx. gib. J: Diet: Gibi Seimbang - Benih: biaya - Frekuensi: 3x. utu + sud M } asupn E } - finis/edisi:		
14/07/22 10:30	Perawat	S: pasien mengatakan tidak ada keluhan apa-apa pasien mengatakan ingin pulang.	di susut dari waktu Adm: JHP 2x Resperden 2x doaph 1x	

Harinda Sofyan
 Nutrisi

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)
 OAPI/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:
 Perawat: minimal 1x sehari termasuk akhir minggu/ libur untuk pasien akut, jika ada perubahan penting kondisi pasien
 Apoteker: minimal 1x per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien
 Fisioterapist: sesuai kunjungan ke rehabilitasi medik.
 Ahli gizi: sesuai hasil skrining nutrisi: skor 0 beresiko rendah ulangi setiap 7 hari, skor 1 beresiko menengah monitoring asupan setiap 3 hari.
 Jika tidak ada peningkatan, lanjutkan pengkajian dan ulangi setiap 7 hari, skor ≥ 2 beresiko tinggi, bekerja sama dengan tim dukungan gizi, penata asuhan gizi monitoring setiap hari ulangi skrining setiap 7 hari
 MPP: Situasional dalam bentuk SOAP
 Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL/ JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
14/9/22 Perawat 16.30 WIB		<p>O: Reaksi diri ke 6 Kontak mata ada interaksi ada tidak ada mendengar suara ? Emosi Lelah Adl diarahkan</p> <p>A: Halusinasi</p> <p>P: Btsp kontrol halusinasi dg obat</p> <p style="text-align: center;">Jl (Putri Marullati)</p> <p>P:</p> <p>O: klien kooperatif - kontak mata (+) - Interaksi (+) <small>halusinasi</small> - Emosi masih labil - klien tidak ada mendengar suara ? - Adl di Arakkan</p> <p>A: Halusinasi</p> <p>P: Bina hub saling percaya - kontrol halusinasi dg obat</p>	<p>Evaluasi tindakan Terapan pasien</p> <p>yang menyerahkan Jl (Putri Marullati)</p> <p>yang menerima Diko Saputra</p> <p>Lanjutkan obat oral dan obat injeksi yang di berikan sesuai jam pemberian</p> <p>- Evaluasi kegiatan harian pasien</p> <p>Yg menyerahkan Diko Saputra</p> <p>Yg menerima Elsa Danu</p>	

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



CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL/JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
15/9.22 perawat 06.00.10.10		<p>S : O : APL diarahkan Kontak mata ada Interaksi ada Emosi masih labil tidur ada makan habis 1 porsi Rawatan han g</p> <p>A : Halusinasi P : 1. Bina hubungan saling percaya. 2. Kontrol halusinasi dg obat</p>	<p>Evaluasi kegiatan ha nian pasien yang menyerahkan ah (Ela Danur) yang menerima (Haramis)</p>	
15 sept 2022		<p>S : - Sebelanja px "menuntut ilmu" supaya jadi "orang pintar" ± 2 bulan yg. - t/m (+) APL diarahkan</p> <p>O : - Anggah / tidak menerima d. ide kebeneran</p> <p>A : - Kenopronia p... H7</p>	<p>Rappin 2+3 HEP 2+2 Clozimin 1+2</p> <p>dr. ZULISMALIA TU PAJRIAH, M.Sc, Sp.K NIP. 19860819 201101 2 006</p>	

Keterangan SOAP :

S (subjective): Keluhan Pasien, O (Objective): Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkini

P (Planning): Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan. (profesi Dokter, Apoteker)

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

SOAPI/SOAPIER: S (subjective): Keluhan Pasien, O (Objective): Pemeriksaan dan hasil penunjang lainnya, A (Assesment): Penilaian terkini

P (Planning): Rencana tindakan, tindakan dan target yang diharapkan, I (Intervensi): Tindakan yang dilakukan, E (Evaluasi)

R (Revision): Rencana dan perubahan tindak lanjut. (Profesi perawat/ bidan)

pelaksanaan asesmen ulang dilakukan:

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

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

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

Fisioterapist : sesuai kurungan ke rehabilitasi medik.

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

MPP : Situasional dalam bentuk SOAP

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



CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL/ JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
15/9. 2022 12.14	Perawat	J. pat mengalami bengkak s. hui D. intake intake m. h. \odot AD & ANK- upaya \odot makan \odot A. Halusinasi B. Higi Kontrol balun & obat	D. & m. h. h. k. j. - Higi 2x3 x - Pnp 2x2 x - Elompin 1x2x5 x - Eum- s. k. j. - km l. s. - k. j. s. j. - k. j. s. j.	
15/9 22 A 20 WB	Perawat	S: pasien mengatakan ingin pulang O: Perawat hari ke 7. Kontak mata. ada Interaksi ada. Makan-habis. Emosi labil. pasien tidak ada wondengar rusa? Adl diarahkan A- Halusinasi B- Higi kontrol Halusinasi dg obat (Putri Nurulhikmah)	- Evaluasi kegiatan rencana pasca- komunikasi terapeutik yang mengarah sl. (Putri Nurulhikmah) yang menghina (Elsa Danurr.)	

NS. HASRIN S. KEP
 NIP. 19751118 200801 2 004

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



CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
16/9-22 06.00	perawat	S: O: ADL diarahkan Kontak mata ada Interaksi ada Emosi labil makan habis tidur ada Rawatan hari 8 A: Halusinasi P: BHSP Kontrol halusinasi dg obat	Evaluasi kegiatan harian yang menyerahkan ah (Elsa Danur) yang menerima ah (David)	
16/9-22 11.00 Perawat		S: Halusasi dan obat O: Supaya tidak leher baka A: Halusinasi P: BHSP Kontrol halusinasi dengan obat	perawat perawat Chyris	
16/9/2022 11.00 Perawat		A: Halusinasi P: BHSP Kontrol halusinasi dengan obat	Advise dr Dewi oral - Rp 223 Jhp 2x2 Clozapin 125 yang menyerahkan ah (David) yang menerima ah (David)	

M. SUKISTIRNA DEWI, Sp.KJ
 NIP. 19760929 20064 2 011

Yanto Harjadi, A.Md. I

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

pelaksanaan asesmen ulang dilakukan:
 a. DPJP : minimal 1x sehari termasuk akhir minggu libur untuk pasien akut, jika ada perubahan penting kondisi pasien
 a. swat : minimal 1x per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien
 a. 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



CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL/ JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
16/9/22 18.45 WIB	Perawat	S: - klien mengatakan ingin pulang. O: - Kontak mata ada - Interaksi ada - emosi mulai stabil - Klien tenang - Adl diarahkan - makan habis - Klien tdk ada mendengar suara "lagi". A: Halusinasi P: - BHSP	- evaluasi kegiatan harian klien. - Lanjutkan therapy obat klien Yang menyerahkan Yaato Haryadi, A.Md. I	
17/9/22 07.30 Perawat	Perawat	- kontrol halusinasi dgn obat - ket mangan brikah shai - mangan mangan ndi d'ark. Hg. mangan ad pabr ad A. Halusinasi 1. Mey. krmn m	- yang menerima Ms. HASRI NIP. 197... - yang menerima Ms. HASRI NIP. 197... (Dito Saputra)	
17/9/22 18.30 WIB	perawat	S: - klien mengatakan dirinya tidak terlalu bisa bertanya O: - Interaksi ada - Kontak mata ada - Adl diarahkan - Hg Rawatan - makan habis 1 porsi A - Halusinasi P - Bina hub saling percaya - kontrol halusinasi dgn obat	- Evaluasi kegiatan harian klien - Lanjut Thy obat klien Yang menyerahkan (Dito Saputra) Yang menerima (Wifa Anika)	

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



CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL/JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
17/5-22 18.00 WIB	Perawat	<p>S: - klien mengatakan tidak sakit lagi dari kapan pulang buk ?</p> <p>O: - Kontak mata ada - Interaksi ada - Adl diarahkan - Emosi stabil - Klien tenang - makan habis 1 porsi</p> <p>A: Halusinasi</p> <p>P: - BHSP - kontrol halusinasi dgn obat</p>	<p>- evaluasi kegiatan sehari-hari klien.</p> <p>- lanjutkan therapy obat klien</p> <p>Tang meredakan</p> <p>(wifa Aisyah)</p> <p>Tang menerima</p>	
18/5-2022 17.00 WIB	Perawat	<p>S: - Int mngakn sdh GDSN</p> <p>O: mntn - Int mntn - GDSN - mntn - pntn</p> <p>A: Halusinasi</p> <p>P: - BHSP - kontrol halusinasi dgn obat</p>	<p>- lanjutkan therapy obat klien</p> <p>Tang meredakan</p> <p>(wifa Aisyah)</p> <p>Tang menerima</p>	

Yanto Haryadi, A.Md. I

Yanto Haryadi, A.Md. I

dr. SULISTIANA, Sp.KJ
 NIP. 19760929190604 2 011

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

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
 Apoteker : minimal 1x sehari, jika ada perubahan penting kondisi pasien
 A lain : 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 skning setiap 7 hari
 MPP : Situasional dalam bentuk SOAP

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



CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL / JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
10/9 22 12.06	perawat	<p>S: pas mengadab ingin pny-</p> <p>O: - kurnk mada ada - intnkn' ada - emoa' trtbl - pat tenag. - pat korpentif. - makur kakt - adl di'arahkn - rawatan H10.</p> <p>A: Hn kurn' aas.</p> <p>P: binn hub paly' por Coy - kontrol kulum' nkn. dy oban</p>	<p>- evaluasi kegiatan harian pas</p> <p>yg menyertak (Hnyas)</p> <p>yg menyertak (Jor)</p>	<p>NS. JOHANDA LESMANA, S. Kepp</p>
12/9 22 17 12.06	perawat	<p>S: pasien mengatakan ingin pny-</p> <p>O: berakmat ada. H10 interaksi ada emosi stabil. penerangan. kooperatif. Ad diarahkan. mata flabid</p> <p>A: Hn kurn' aas</p> <p>P: pcp kontrol kulum' nkn. dy oban</p> <p>NS. JOHANDA LESMANA, S. Kepp</p>	<p>- evaluasi kepatuhan pasien.</p> <p>- tantu' tangg. dnt pny-</p> <p>yang menyertak.</p>	<p>NS. JOHANDA LESMANA, S. Kepp</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. Siropang Rambio Kota Solok Telp. (0755) 30601 Faks. (0755) 20901
 Website: www.rsudmohammadsurabaprov.go.id
 email: rsud.mohamsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis : 231708
 Nama Pasien :
 Tanggal Lahir :
 (Mohon diisi atau lengkap jika ada)

DP

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL/JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
19/9	Pasien	<p>5. per menyatakan inguply.</p> <p>0. timbal mata GI.</p> <p>Intervensi GI</p> <p>kecapaian GI</p> <p>makan bernutrisi</p> <p>Emasi stabil</p> <p>Rareatan H II</p> <p>6. Halusnasi</p> <p>P ISFSP</p> <p>kontrol kelusnasi sy abar</p> <p>19/9-20</p> <p>0. Still ke GI, reapiasi</p> <p>lungg selut</p> <p>0: depark / Abs</p> <p>Aklu</p> <p>A: Susppan part</p>	<p>19/9 menyatakan</p> <p>Yaato Haryadi, A.Md. Fsp</p> <p>19/9 menyatakan</p> <p>(ROZA WINARTY, S.K)</p> <p>Asperidn 203</p> <p>Pr 202</p> <p>Chy 203</p>	

Keterangan

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

Rencana asesmen ulang dilakukan:

- Ahli gizi : minimal 1x sehari termasuk akhir minggu/ libur untuk pasien akut, jika ada perubahan penting kondisi pasien
- Perawat : minimal 1x per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien
- Apoteker : minimal 1x sehari, jika ada perubahan penting kondisi pasien
- Fisioterapist : sesuai kunjungan ke rehabilitasi medik.
- Ahli gizi : sesuai hasil skrining nutrisi: skor 0 beresiko rendah ulang 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 ulang skrining setiap 7 hari
- MPP : Situasional dalam bentuk SOAP

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

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



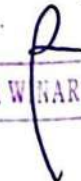
PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
 Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp: (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
 Website: www.rsudmohammadsir.sumbarprov.go.id
 email: rsud.mohammadsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis : 23112108
 Nama Pasien _____
 Tanggal Lahir _____
 (Mohon diisi atau s. _____ jika ada)

L/P

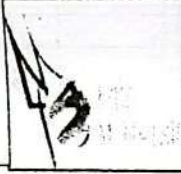
CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL/ JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)
19/1-22 10 ⁰⁰ WIB	Perawat.	<p>S : Pasien menyatakan senang karena sudah bisa pulang</p> <p>D : - Pasien tenang - Emosi stabil - ATL mandiri - Halusinasi tidak ada - Intubasi ada - Konduktifitas ada</p> <p>A : Halusinasi kontrol</p> <p>P : Intervensi dituntaskan.</p>	<p>Pasien boleh pulang Perawat sudah ke PICU - Kontrol ulang ke PICU 20/1-22</p> <p>- Kesperian 2x3 mg - Thp 2x2 mg - clonazepam 1x1 mg</p>	<p style="text-align: center;">  Ns. ROZA W. NARTY, S. Kep </p>

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



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



No Rekam Medis : **231708**
 Nama Pasien
 Tanggal Lahir
 (Mohon diisi atas)

L/P

ASESMEN AWAL DAN ULANG RESIKO JATUH PSIKIATRI (SKALA EDMONSON)

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

Hal dari.....

RM.RI.06.8/ Rev.00.2019/-

KESEIMBANGAN	Dengan alat bantu (kursi roda, walker, dll)	8												
	Vertigo/ kelemahan	10												
	Goyah/ membutuhkan bantuan dan menyadari kemampuan	8	8	8	8	8	8	8						
	Goyah tapi lupa keterbatasan	15												
7 NUTRISI	Mengonsumsi sedikit makanan atau minuman dalam 24 jam terakhir	12												
	Tidak ada kelainan dengan nafsu makan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
8 GANGGUAN POLA TIDUR	Tidak ada gangguan tidur	8					8	8	8	8	8	8	8	
	Ada keluhan gangguan tidur yang dilaporkan oleh pasien, keluarga atau petugas	12	12	12	12	12								
9 RIWAYAT JATUH	Tidak ada riwayat jatuh	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	Ada riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	12												
TOTAL SKOR			75	95	95	78	78	78	78	78	78	78	78	
Nama dan tanda tangan perawat			Eka d/	Ward	ca/	elst	Nand	Hur	(23)	pt		Rdwo	Hur/	22

INTERVENSI DAN MONITORING EVALUASI RESIKO JATUH PSIKIATRI (SKALA EDMONSON)

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

Hai dari.....

RM.RI.06.8/ Rev.00.2019/-



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



No Rekam Medi RAHMAL
 Nama Pasien
 Tanggal Lahir
 (Mohon diisi)

**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	kurva rambu	10/9-22	<input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input checked="" type="checkbox"/> Ceramah 5' <input type="checkbox"/> Praktek langsung <input type="checkbox"/> Simulasi <input type="checkbox"/>	Mengerti	Dokter spesialis DPJP	
2			<input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Praktek langsung <input type="checkbox"/> Simulasi <input type="checkbox"/>		Dokter umum penerima limbah tugas	
3	-perawatan diwangan -hala dan kewgiban pasien dan keluarga	9/9-22	<input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input checked="" type="checkbox"/> Ceramah 5' <input type="checkbox"/> Praktek langsung <input type="checkbox"/> Simulasi <input type="checkbox"/>	paham	Perawat/Bidan Aisa	Yanti
4	PIU	14/9-22	<input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input checked="" type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Praktek langsung <input type="checkbox"/> Simulasi <input type="checkbox"/>	bel. mengerti	Apoteker	
3	dieta ntrisi	17-09-22	<input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Demonstrasi 5' <input checked="" type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Praktek langsung <input type="checkbox"/> Simulasi <input type="checkbox"/>	bel. paham	Ahli Gizi Harlinda Sofyan, SST Nutrisionis	
6			<input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Praktek langsung <input type="checkbox"/> Simulasi <input type="checkbox"/>		Phisioterapis	
7	Kontrol ulay setelah rawat	14/9-22	<input checked="" type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Ceramah 5 menit <input type="checkbox"/> Praktek langsung <input type="checkbox"/> Simulasi <input type="checkbox"/>	Mengerti	Ns. ROZ. WINARTY, S.Kep	
8			<input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Praktek langsung <input type="checkbox"/> Simulasi <input type="checkbox"/>			

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

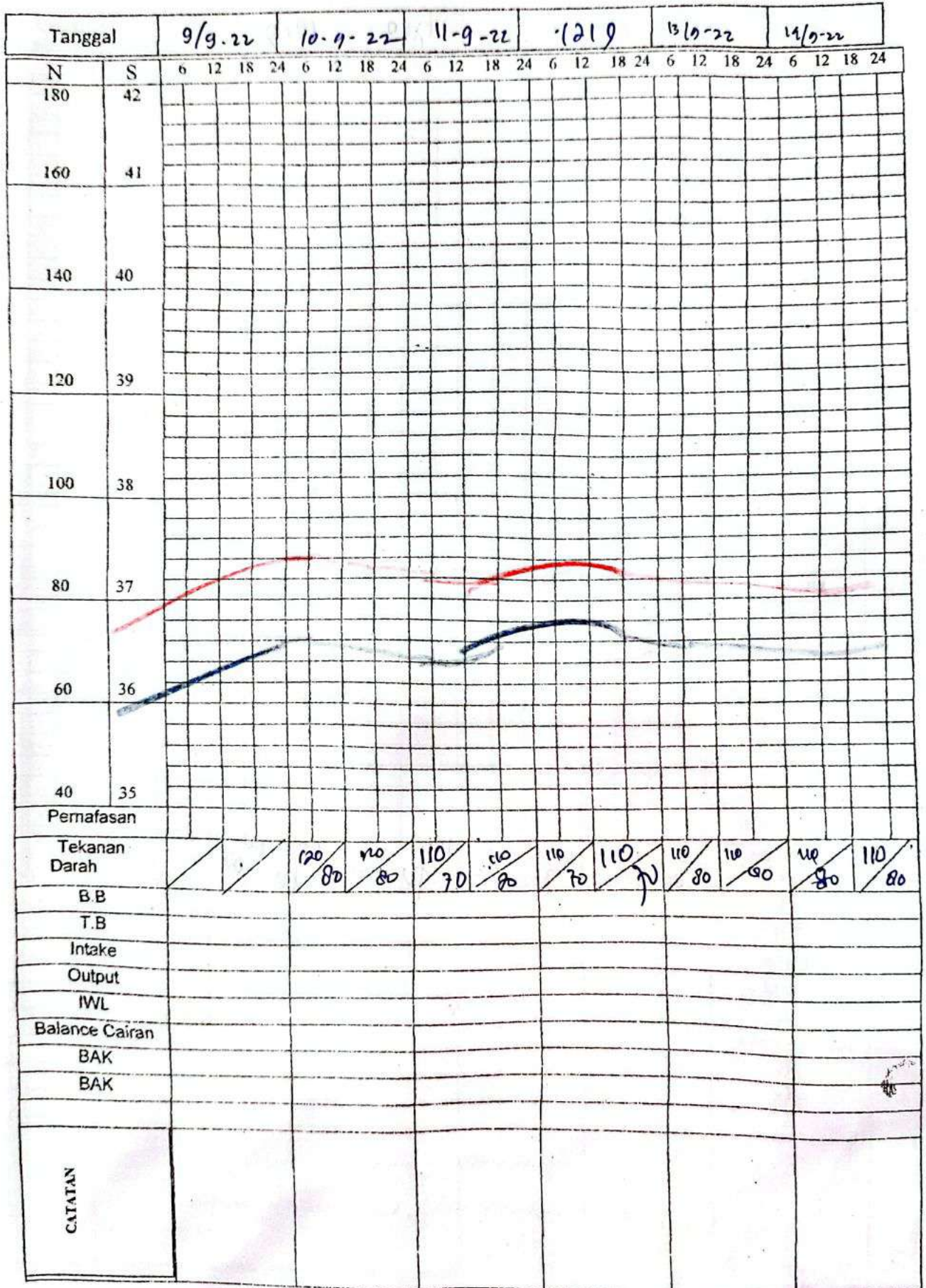


PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
 Jl. Simpang Rimbuto Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks. (0755) 20003
 Website: www.rsudmohammadsir.sumbarprov.go.id
 email: rsud_mohammadsir@sumbarprov.go.id



No Rekam Medis : 231708 L/P
 Nama Pasien :
 Tanggal Lahir :
 (Mohon diisi)

GRAFIK



... dari



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Sisinga Rumbokku Sokik - Telp. (0745) 20003 Faks. (0745) 20003
Website: www.rsudmohammatsir.sumbatprov.go.id
email: rsud.mohammatsir@sumbatprov.go.id



DAFTAR PEMBERIAN OBAT

No Rekam Medis : 231788
Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi)

LP

Nama DPJP : Ruang : bskuah 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)																	
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL			9/9-22	10-9-22	11-9-22	12-9-22	13-9-22	14-9-22	15-9-22	16-9-22	17-9-22	18-9-22								
1	R/ <u>lodomer</u>					19	07	19	07	19	07	19	07	19	07	19	07	19	07	19	07	19	07
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL			19	07	19	07	19	07	19	07	19	07	19	07	19	07	19	07	19	07
2	R/ <u>Udenhidramin</u>					19	07	19	07	19	07	19	07	19	07	19	07	19	07	19	07	19	07
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL			19	07	19	07	19	07	19	07	19	07	19	07	19	07	19	07	19	07
3	R/																						
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL																				
4	R/																						
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL																				
5	R/																						
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL																				
6	R/																						
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL																				
7	R/																						
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL																				
8	R/																						
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL																				
9	R/																						
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL																				
10	R/																						
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL																				

Paraf Pasien/Keluarga Pasien

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

ANDARISASI WAKTU PEMBERIAN OBAT

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

.....dari.....

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

RM.RI.09/Rev.01.2019



FORMULIR TRANSFER PASIEN INTERNAL

Nomor RM :
 Nama : rahmad
 Tanggal Lahir :
 (Mohon Diisi)

Jenis Kelamin : L P
 Pendidikan :

Tanggal Masuk : 9/9/21 Tanggal Keluar :
 Jam Masuk : Jam Pindah :
 Asal Ruang Rawat : IGD Ruang Rawat Selanjutnya : psikiatri

Dari Dokter IGD/Jaga Ruangan : dr silva Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) : dr dewisp

Diagnosis Utama : psikohk akut
 Perlu mendapat perhatian :
 Alergi, sebutkan
 MRSA (Metisilin Resistant Stapilococcus Aureus)

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

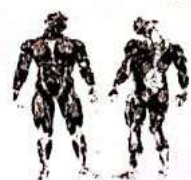
Metode pemindahan pasien :
 Kursi roda
 Brankar
 Tempat tidur
 Petugas pendamping :
 1. perawat
 2.
 3.
 Pasien diberitahu mengenai alasan pemindahan
 Ya Tidak

Keluarga Pasien diberitahu mengenai alasan pemindahan
 Ya Tidak
 Nama :
 Hubungan :

Peralatan yang menyertai pasien saat pindah
 Oksigen Ventilator
 Kateter Urin Pompa infus
 Alat Penghisap
 Valve Mask Bag
 Sonde Lambung
 Keadaan pasien saat pindah
 Keadaan Umum :
 Kesadaran :
 Tekanan Darah : mmHg
 Nadi : /menit
 Pernapasan : /menit
 Suhu : °C
 BB/TB : Kg/Cm
 Resiko Jatuh Skor
 Resiko rendah
 Resiko sedang
 Tidak beresiko

Skala Nyeri :
 Skor Nyeri : Jenis Nyeri : Akut Kronik
 Lokasi :
 Durasi :
 Status Psikologi
 Marah Depresi
 Takut Gelisah
 Psikotik Cemas
 Kecenderungan bunuh diri
 Lain-lain:.....
 Tidak ada masalah

Pemeriksaan Fisik :
 Status Lokasi (signifikan temuan yang)





INFORMASI MEDIS

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

Status kemandirian

Mandiri	Butuh Bantuan	Tidak dapat Melaksanakan
---------	---------------	--------------------------

Aktivitas di Tempat tidur	Berguling			
	Duduk			
Higiene Pribadi	Wajah, rambut, tangan			
	Batang tubuh & perineum			
	Ekstramitas bawah			
	Traktus digestivus			
Berpakaian	Traktus urinarius			
	Ekstremitas atas			
	Batang tubuh			
Pergerakan	Ekstremitas bawah			
	Jalan kaki			
	Kursi roda			

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

Intervensi/tindakan yang sudah dilakukan :

- INT DEP 1c
 - INT Iodomer 1a

Diet

- MPB

Rencana

perawat psikiatri

Terapi saat Pindah :

Nama Obat	Jumlah	Dosis	Frekuensi	Cara Pemberian
INT Iodomer			2x1	
INT Difenhidramin			2x2	
Risperidon			2x3	
THP			2x2	
clozapin			1x25	

Solok : Tgl..... Jam:

Dokter yang mengirim,

(Signature)

Solok : Tgl 9/9/22 Jam:

Dokter/ perawat/ petugas yang mengantarkan

(Signature)

Solok : Tgl 9/9/22 Jam: 15.30

Dokter/ perawat yang menerima, Jam :

(Signature)
 Elsa Danur



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT JUMUD DAERAH SOLOK

da Solok
x (0755) 20003
oo.co.id



PENGAJIAN KEPERAWATAN
PSIKIATRI GAWAT DARURAT

1. IDENTITAS (beri ta) (yang sesuai)

Nama : No. RM : 231988

Tanggal Lahir/umur : 8 Januari 2011 tahun Agama : Islam Kristen lain-lain

Jenis kelamin : LK PR Status perkawinan : Kawin Tidak Kawin

Alamat : Pulau Pangane No. telp. :

Riwayat didapatkan dari : Autoanamnesis alloanamnesis dengan :

Datang ke IGD : Tanggal 9.1.9.....2022 Jam datang: 13.15 Respon time: 0

Transportasi ke Rumah Sakit : Kendaraan Pribadi Ambulance Lainnya.....

Rujukan : Tidak Ya, Ket: RS Pusk Dr Bidan Perawat Lain-lain.....

Penanggung Jawab Biaya : BPJS Inhealth PJKA Umum PLN Asuransi lain.....

2. PEMERIKSAAN AWAL/PENGAJIAN jam :

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

Tidak diketahui
 jika alergi ps gelang warna merah

Kategori Triase : Merah Kuning Hijau

3. Alasan Masuk RS (Keluhan Utama Saat Masuk RS).....
 (Pas ml pernapas & taw, batuk mlt Ct), m fume kpti (-)
 mcaw fclak agant.

4. STATUS MENTAL :

Penampilan :

Afek : Tidak sesuai Sesuai Lainnya

Ansietas : Tidak ada Ringan Sedang Berat Panik

Pembicaraan : Koheren Inkoheren

Daya tilik : Baik Buruk

Perilaku : Kooperatif Hiperaktif Agitasi Paranoid
 Menarik Diri Lainnya :

Disorientasi : Tidak ada Waktu Tempat Orang

Halusinasi : vcl c k.

Waham :

Gangguan memori : Tidak ada Jangka panjang
 Jangka pendek

Resiko Bunuh diri : Tidak ada Isyarat Ancaman
 Percobaan, cara :

5. Respon Nyeri (diberi tanda v sesuai keadaan nyeri pasien pada) :

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

Nutrisi : Skrining gizi (berdasarkan malnutrition Screening Tool/MST)
 Bila skor ≥ 2 atau pasien dengan diagnose khusus wajib lapor DPJP, disarankan untuk ahli

8. Asuhan Keperawatan :

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

8. transfer : Rawat Inap ruang : Psikiatri Rujuk Pulang, control ke : tanggal :

lok, Jam:

ma & Tanda tangan Perawat Melakukan Pengkajian: (..... Yulia M.....)



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SOLOK
 Jl. Simanunggalan No. 100
 a Solok (0755) 20003
 o.co.id



PENGKAJIAN MEDIS
 PSIKIATRI GAWAT DARURAT

IDENTITAS (beri tanda latta yang sesuai)

Nama : No. RM : 231782
 Tanggal Lahir/ Umur : 9/9/2002 Tahun Agama : Islam Kristen Lain-lain
 Jenis Kelamin : LK PR Status Perkawinan : Kawin Tidak kawin
 Alamat : Pulau Panjang No. Telp. :

PENGKAJIAN MEDIS

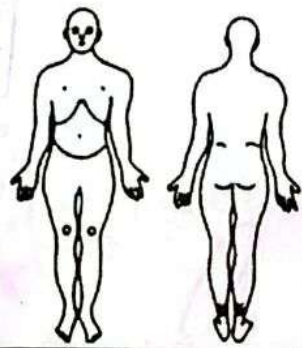
(Anamnesa, Pemeriksaan fisik umum/khusus diagnosis, penatalaksanaan medis, pemeriksaan penunjang) :

Sambungan

S/ pacu dibarengi dengan trauma yang berat di rumah
 A/ psikotik Akut
 hecom. delir yg hrs
 (Husnani ct)
 R trauma kepala (-)
 PPD (-).
 P. pjsman dkt (-)
 - ujiassi lodomer + diazepam
 - ujiassi labrum 2x1 apulur
 - ujiassi diperhidromin 2x2 apulur
 Risperidone 2 mg mg qd.
 - Thep 2x2 mg qd
 - Clozapin 1x15 mg qd

READ BACK
 RSUD SOLOK

OK : CM delir kooperatif
 to :
 Hn :
 Kt : w x c
 r :
 Kpda : ca - c, ca r
 Anaki : us ct/rt, ds c-rt, ds c/rt
 Ml : qnd ct, pmltlo cpl
 Ekt : akt qnd ds/rt



Observasi

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

Tindak Lanjut Pasien :
 Dipulangkan (jam)
 Dirawat di
 Dikonsultasikan ke DPJP
 Dirujuk ke Atas dasar Tempat penuh Fasilitas lebih baik Permintaan pasien/ klg
 Sarana Transportasi yang digunakan : Pribadi Ambulance Lainnya
 Pasien meninggal di Jam Tanggal
 Penyebab kematian

Tingkat / Derajat
 Kebutuhan perawat pasien kritis

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

Dokter Jaga



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR



Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp: (0755) 20003 Faxes: (0755) 20003
 Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id Email:

Dokter Patologi Klinik : dr. Soufni Morawati, SpPK

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

NO SEP : 0922-2658
 NO LAB : **2209121329**
 NO MR : 221788
 NAMA :
 TGL. LAHIR : 1 Tahun 27 Hari
 JENIS KELAMIN : Laki-laki
 ALAMAT : PULAU PUNJUNG - Dharmasraya
 RUANGAN : / PSIKIATRI /
 DOKTER PENGIRIM : dr. Zulismalliatul Fajriah, Msc, Sp. KJ
 TGL TRANSAKSI : 12-09-2022 10:56
 TGL HASIL SELESAI : 12-09-2022 12:04
 TGL CETAK : 12-09-2022 12:04
 HALAMAN : 1 / 1

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

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. Tafsir Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik, E.N. Kosasih dan A.S. Kosasihedisi kedua 2008

Di Verifikasi Oleh : Nilai Yani

Spesime Waktu pengambilan spesimen
 - Darah 12/09/2022 11:43:57



Di Authorisasi Oleh
 (dr. Soufni Morawati, SpPK)



SURAT PERSETUJUAN UMUM

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

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

Nama	Sara L.	Pekerjaa	Plygn
Alamat	P. Pngis	No Telpon	-

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

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

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

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

3. MELEPASKAN DARI KEWAJIBAN TERHADAP BARANG MILIK PASIEN :

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

4. PERMINTAAN PRIVASI

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

5. KERAHASIAAN INFORMASI

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

6. PELEPASAN INFORMASI

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

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



No Rekam Medis: 23170
 Nama Pasien _____
 Tanggal Lahir _____
 (Mohon diisi atau stempel jika ada)

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.

Solak, 9/9 2022 jam..... WIB

Pihak Pasien
 Pasien/ Keluarga

Saksi dari keluarga

Pihak Rumah Sakit sebagai saksi :

Petugas Admission

C. A. H.

Petugas IGD/ Ruangan

)*Coret yang tidak perlu

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



FORMULIR PENETAPAN DOKTER PENANGGUNG JAWAB PASIEN (DPJP)

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

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sarah kumala
 Umur : 17
 Pekerjaan : Siswa
 Alamat : Papan Serayan

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

Nama : Rahmad
 Umur : 21 th.
 Pekerjaan : -
 Alamat : pulau punggung
 Nomor RM : 231788

Dengan ini menyatakan dengan sadar dan sesungguhnya bahwa :

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

Dengan pernyataan inisaya buat dengan sebenar-benarnya.

Petugas rumah sakit,

Und

(.....)
 NIP.

Solok, 9/9/2022
 Saya yang menyatakan,

[Signature]

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PASIEN RAWAT INAP

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

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

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

Dengan ini menyatakan bahwa :

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

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

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

~~tidak ada~~ -

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

Solok, 9/9-2022

Diketahui oleh

Petugas Rumah Sakit

[Signature]
 G.A. H.

Saya yang Menyatakan

[Signature]

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas



No
 Nar RAHMAU
 Ter

PENGANTAR UNTUK DIRAWAT

DPJP	TGL. MASUK : 9-9-2022
KELAS RAWATAN : 3	TGL. KELUAR : 19 - 9 - 22
Dokter Pengirim	dr. Taufik.
Diagnosa	psikotik akut.
Dokter yang Merawat	dr sulistiana dewi sp.kj
Tanggal Masuk	9 / 9 / 22
Rencana Operasi / Tindakan	
Nama Operasi/ Tindakan	
Tanggal/ Jam	
Terlampir	
Foto/ Resep	
Lain-lain	
Pemesanan kamar	
Tanggal Pemesanan	
Kelas	
Tanggal/ jam	
Dokter Pengirim	Petugas Admission
<i>dr. Taufik</i>	<i>Uca H.</i>
(.....)	(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas