



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD MOHAMMAD NATSIR**  
 Jl. Simpang Rimbuto Kota Solok Telp. (0755) 20001 Faks. (0755) 20003  
 Website: www.rsudmohammadnatsir.sumbaprov.go.id  
 email: rsud.mohammadnatsir@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*  
*085364695528 (Cholali)* .....  
 Status Spiritual : Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan : .....





**PENGKAJIAN KEBUTUHAN INFORMASI DAN EDUKASI PASIEN DAN KELUARGA ( diisi oleh perawat)**  
**Persiapan :**  
 Data pasien : Tinggal bersama :  Anak  Orang tua  Sendiri  Suami/ istri  
 Edukasi diberikan kepada :  pasien  Orang tua (ayah dan ibu)  Keluarga ( Suami/ istri/ kakak/ adik) *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.....  
 Kesiapan Pasien dan/ atau Keluarga menerima informasi dan Edukasi :  Ya  Tidak

Tanda tangan dan nama jelas  
  
 Harlinda Soliman, S. Nutrisi

**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 <sup>00</sup> 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. ungu	<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. pah.	<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	



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.sumbawab.go.id  
 email: rsudmohammadsir@sumbarprov.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 ramban	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 diruangan -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 mbina	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



### 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)

