URUTAN LETAK FORMULIR REKAM MEDIS
RSUD MOHAMMAD NATSIR
TAHUN 2019

PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
RSUD MOHAMMAD NATSIR

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

Dipindai dengan CamScanner

FORMULIR RAWAT JALAN

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

FORMULIR RAWAT INAP

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

Dipindai dengan CamScanner

RM.RI 03 C	Pengkajian Awal Pasien Terintegrasi Rawat Inap Maternitas	Rev.01.2019/RM 03;16;16.5;9.1;31
RM.RI 03.1 C	Catatan Persalinan	Rev.00.2019/ -
RM.RI 03.2 C	Partograf	Rev.01.2019/ RM 16.4
RM.RI 03.3 C	Laporan Partus	Rev.00.2019/ -
RM.RI 03 D	Pengkajian Awal Pasien Terintegrasi Rawat Inap Neonatus	Rev.01.2019/ RM 15;15.1;15.5;09.1;31
RM.RI 03 D.01	Surat Identitas Bayi	Rev.01.2019/ RM.15.2
RM.RI 03 D.02	New Ballard Score	Rev.00.2019/ -
RM.RI 03 D.03	Fenton Preterm Growth Chart Girls/ Boys	Rev.00.2019/ -
RM.RI 03 D.04	Klarifikasi Neonatus Berdasarkan Maturitas dan Pertumbuhan Intrauterin	Rev.00.2019/ -
RM.RI Kh 01	Pengkajian Awal Medis Pasien Geriatri	Rev.00.2019/ -
RM.RI Kh 02	Pengkajian Awal Pasien Terintegrasi Rawat Inap Psikiatri/ Jiwa	Rev.01.2019/ RM 21
RM.RI Kh 02.1	Asuhan Keperawatan Psikiatri / Jiwa	Rev.01.2019/ RM 21.2
RM.RI Kh 02.2	Jadwal Kegiatan Harian Pasien Psikiatri/ Jiwa	Rev.01.2019/ RM 21.3
RM.RI Kh 03	Pengkajian Awal Medis Pasien Rawat Inap Mata/ THT	Rev.00.2019/ -
RM.RI Kh 04	Pengkajian Awal Medis Pasien Neurologi	Rev.00.2019/ -
RM.RI Kh 04.2	Perencanaan Pulang Pasien Terintegrasi (Discharge Planning)	Rev.01.2019/ RM 06.5;15.5;16.3;21.1
RM.RI Kh 05	Pengkajian Restrain	Rev.01.2019/ RM 35
RM.RI Kh 06	Pengkajian Awal Pasien Terintegrasi Rawat Inap Penyakit Menular/ Infeksius	Rev.01.2019/ RM 25
RM.RI Kh 07	Catatan Khusus Pasien Perawatan Akhir Kehidupan (Pasien Terminal)	Rev.01.2019/ RM 24
RM.RI Kh 08	Pengkajian Awal Pasien Terintegrasi Rawat Inap Sistem Imun Terganggu	Rev.01.2019/ RM 28
RM.RI Kh 09	Asesmen Wajib Lapor dan Rehabilitasi Medis	Rev.01.2019/ RM 26
RM.RI 04	Rencana Asuhan Terintegrasi atau Plan of Care	Rev.00.2019/ -
RM.RI 04.1	Clinical Pathway Terintegrasi	Rev.01.2019/ RM 06.5;15,5;16;3;21.1
RM.RI 04.3	Asesmen Awal Manajemen Pelayanan Pasien (MPP)	Rev.01.2019/ RM 05
RM.RI 05	Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)	Rev.01.2019/ RM 05
RM.RI 06.1	Asesmen Awal dan Ulang *Critical Pain Observasion Tools* (CPOT)	Rev.01.2019/ RM 29.1
RM.RI 06.2	Asesmen Awal dan Ulang Nyeri *FLACCS*	Rev.01.2019/ RM 29.1
RM.RI 06.3	Asesmen Awal dan Ulang Nyeri *NIPS* Usia anak < 1 tahun	Rev.01.2019/ RM 15.6
RM.RI 06.3a	Asesmen Awal dan Ulang Nyeri NIPS Usia 0-1 bulan	Rev.00.2019/ -

Dipindai dengan CamScanner

RM.RI 06.4	Pengkajian Ulang dan Pengelolaan nyeri *Wong Baker Face dan Numeric Rating Scale*	Rev.01.2019/ RM 29
RM.RI 06.5	Asesmen Awal dan Ulang Resiko Jatuh Geriatri	Rev.01.2019/ RM 33.1
RM.RI 06.6	Asesmen Awal dan Ulang Resiko Jatuh *Humpty Dumpty*	Rev.01.2019/ RM 33
RM.RI 06.7	Asesmen Awal dan Ulang Resiko Jatuh *Morse Falls Scale*	Rev.01.2019/ RM 33.2
RM.RI 06.8	Asesmen Awal dan Ulang Resiko Jatuh Psikiatri *(Skala Edmonson)*	Rev.00.2019/ -
RM.RI 06.9	Pengkajian Kulit Awal dan Ulang Mengukur Resiko Dekubitus	Rev.00.2019/ -
RM.RI 06.10	Informasi dan Edukasi Pasien dan Keluarga Terintegrasi dan Perkembangan Lanjutannya	Rev.01.2019/ RM 31.1 dan RM.RJ 11
RM.RI 07	Grafik	Rev.01.2019/ RM 04
RM.RI 08	Salinan resep	Rev.01.2019/ RM 8
RM.RI 09	Daftar Pemberian Obat	Rev.01.2019/ RM 09
RM.RI 10	Formulir Transfer Pasien Internal	Rev.01.2019/ RM 10
RM.RI 10.1	Serah Terima Antar Ruangan	Rev.01.2019/ RM 06.6
RM.RI 11	Pemberian Informasi Transfer/ Rujuk	Rev.01.2019/ RM 11
RM.RI 11.1	Transfer atau Rujuk Ke Rumah Sakit Lain	Rev.01.2019/ RM 11.1
RM.RI 12.1	Indikasi Pasien Masuk dan Keluar ICU	Rev.00.2019/ -
RM.RI 12.2	Pengkajian Awal Terintegrasi Pasien Masuk Ruang Intensif	Rev.01.2019/RM 22.1;22.2
RM.RI 12.3	Observasi Harian Pasien ICU / NICU	Rev.01.2019/ RM 13;13.1
RM.RI 12.4	Kriteria Pasien Masuk Ruang Intensif Neonatus	Rev.00.2019/ -

FORMULIR IGD

RM.IGD.13	Asesmen Awal Gawat Darurat dan Terintegrasi	Rev.01.2019/RM 13;13.1

FORMULIR PASIEN OPERASI

RM.OK 14.1	Pengkajian Pra Bedah	Rev.02.2019/ RM 14
RM.OK 14.2	Lembar Konsultasi Anestesi	Rev.00.2019/ -
RM.OK 14.3	Penandaan Lokasi Operasi	Rev.01.2019/ RM 14
RM.OK 14.4	Pengkajian Pra Anestesi	Rev.01.2019/ RM 14.6
RM.OK 14.5	Informed Consent Anestesi Lokal	Rev.01.2019/ RM 14.4
RM.OK 14.6	Informed Consent Anestesi	Rev.01.2019/ RM 14.1;14.2;14.3
RM.OK 14.7	Daftar Serah Terima Pasien Kamar Operasi	Rev.01.2019/ RM 14.14
RM.OK 14.8	Ceklis Keselamatan Operasi	Rev.02.2019/ RM 14.9

Dipindai dengan CamScanner

RM.OK 14.9	Laporan Anestesi	Rev.02.2019/ RM 14.7
RM.OK 14.10	Laporan Operasi	Rev.02.2019/ RM 14.5
RM.OK 14.11	Askep Perioperatif	Rev.02.2019/ RM 14.10
RM.OK 14.12	Monitoring di Ruang Memulihan Pasca Anestesi dan Bedah	Rev.02.2019/ RM 14.11

FORMULIR PENUNJANG DAN HASIL PENUNJANG (LABOR, RADIOLOGI)

a. Laboratorium

RM.PNJ 01.1	Permintaan Pemeriksaan Laboratorium	Rev.01.2019/ RM 07.1
RM.PNJ 01.2	Hasil Pemeriksaan Laboratorium Kimia Klinik	Rev.01.2019/ RM 07.2
RM.PNJ 01.3	Hasil Pemeriksaan Laboratorium Cairan Tubuh	Rev.01.2019/ RM 07.3
RM.PNJ 01.4	Hasil Pemeriksaan Laboratorium Hematologi	Rev.01.2019/ RM 07.4
RM.PNJ 01.5	Hasil Pemeriksaan Laboratorium Urinalisa	Rev.01.2019/ RM 07.5
RM.PNJ 01.6	Permintaan Pemeriksaan Mikrobiologi	Rev.00.2019/ -
RM.PNJ 01.7	Hasil Pemeriksaan Mikrobiologi	
RM.PNJ 01.8	Surat Permintaan Komponen Darah	Rev.01.2019/ RM 07.7
RM.PNJ 01.9	Pengantar Pengantar Pengambilan Darah	Rev.01.2019/ RM 07.7
RM.PNJ 01.10	Formulir Reaksi Transfusi	Rev.01.2019/ RM 07.7
RM.PNJ 01.11	Surat Pernyataan Untuk Permintaan Darah Cyto	Rev.01.2019/ RM 07.8
RM.PNJ 01.12	Hasil Pemeriksaan Uji Cocok Serasi	Rev.01.2019/ RM 07.9
RM.PNJ 01.13	Pemberian Informasi Serta Persetujuan atau Penolakan Transfusi Darah	Rev.01.2019/ RM.P 04
RM.PNJ 01.14	Permintaan Pemeriksaan Histopatologi dan Sitologi	Rev.01.2019/ RM 07.14
RM.PNJ 01.15	Informed Consent Pemeriksaan Histopatologi dan Sitologi	Rev.01.2019/ RM 07.13
RM.PNJ 01.16	Hasil Pemeriksaan Histopatologi	Rev.01.2019/ RM 07.11
RM.PNJ 01.17	Hasil Pemeriksaan Sitologi	Rev.01.2019/ RM 07.11
RM.PNJ 01.18	Permintaan Pemeriksaan Pap-Smear	Rev.00.2019/ -

b. Radiologi

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

c. Gizi

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

Dipindai dengan CamScanner

d. Fisioterapi

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

e. lain-lain

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

FORMULIR PERSETUJUAN

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

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl.SimpangRumbio Kota SolokTelp (0755) 20003 Fax: (0755) 20003
Website:www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id
email:rsud.natsir@sumbarprov.go.id

No RekamMedis : ☐☐☐☐☐☐ L/P
NamaPasien :
TanggalLahir :
(Mohondiisiataustempeljikaada)

(1)

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI RAWAT JALAN

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

KLINIK YANG DITUJU (*diberi tanda v sesuai kondisi pasien pada* ☐)	Tgl/ Jam Kunjungan	UsiaSaat Kunjungan
☐ Bedah ☐ Penyakit Dalam ☐ Geriatri ☐ Anak ☐ Kebidanan ☐ Kulit dan Kelamin ☐ Paru ☐ THT ☐ Mata ☐ Neurologi ☐ Bedah Orthopedi ☐ Jiwa ☐ Jantung ☐ Gigi ☐ VCT ☐ Gigi Bedah Mulut ☐ Hemodialisa	___/___/____ _____Wib	_____

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

KULTURAL,SPRITUAL DAN EKONOMI (*diberitanda v sesuaikondisipasienpada* ☐).

Alamat : .....
Agama : ☐ Islam ☐ Kristen ☐ lain-lain .....
Status perkawinan : ☐ Kawin ☐TidakKawin ☐.....
Pendidikan : ☐ SD ☐ SMP ☐ SMA ☐.....
Pekerjaan : ☐ PNS ☐ABRI ☐Swasta ☐.....
PJ biaya : ☐ BPJS ☐Umum☐ PJKA ☐Inhealth☐ PLN ☐Jampersal☐Asuransi lain.....

Kewarganegaraan : ☐ WNI ☐ WNA
Nilai-nilai budaya : .....
Bahasa sehari-sehari : ☐ Minang ☐ Indonesia .....
No.Telp : .....

Rujukan : ☐ Tidak ☐Ya, Ket: ☐RS ☐ Puskesmas ☐ Praktek dokte r ☐ Praktek Bidan ☐ Lain-lain.....
Nama Ayah :..... Nama Ibu :.....
Nama Keluarga /Istri/ suami/ anak :.....
Pernah dirawat di RSUD M Natsirtanggal :.....Ruangan .....Dirawat di RSUD M. Natsir ke ☐1 ☐2 ☐ 3

I. PENGKAJIAN KEPERAWATAN (diisi oleh Perawat/ bidan)

STATUS PSIKOLOGIS : ☐ Cemas ☐ Takut ☐ Marah ☐ Sedih ☐ Kecenderungan Bunuh Diri ☐ Lain – lain,
STATUS MENTAL : ☐ **Sadar dan Orientasi Baik** ☐ Ada Masalah Perilaku, Sebutkan .....
☐ Perilaku kekerasan yang dialami pasien sebelumnya .....
Bila terdapat masalah psikologis, pasien di rujuk ke psikiater/ psikolog melalui DPJP

RIWAYAT ALERGI :☐ Tidak ☐ Ya Jelaskan

TANDA VITAL & NYERI	NUTRISI	PENGKAJIAN FUNGSIONAL DAN RESIKO JATUH	KELUHAN UTAMA
TD: ...../..... mmHg , N: ..... x/mt P : ...../mt S :.....Celcius Skor Nyeri; .....*(Wong baker faces)* 2*. *(Numeric rating scale.* lingkari 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	BB : _____ Kg TB : _____cm IMT: _____ kg/m² KhususPediatri Lingkar Kepala : _cm Skriningnutrisi(*MST*): Skor :.....	1. Alat bantu ; _____ 2. Prothesis : _____ 3. CacatTubuh: _____ 4.ADL : ☐Mandiri☐Dibantu 5. Penilaian resiko jatuh: ☐Tdkberesiko☐rendah☐Tinggi	_____ _____ _____ _____ _____ _____

MasalahKeperawatan /Kebidanan_____
RencanaAsuhan :_____

II. PENGKAJIAN MEDIS (DiisiolehDokter)

ANAMNESIS
Keluhan utama
_____
Riwayat penyakit sekarang
_____
_____
_____

DIAGNOSIS AWAL
_____

Kategoriasesmenawalrawatjalan
☐Pasien baru, ☐Pasien dengan diagnosis baru,
Pasien dengan kunjungan kedua yang jarak waktu lama sesuai regulasi.
Asesmen awal harus diperbaharui ,ceklist dibawah ini :
☐ ≥ 1 bulan diagnosis akut ☐3 bulan pada penyakit yang kronis.

PEMERIKSAAN FISIK

Kepala	☐Normal	☐Abnormal	
Leher	☐Normal	☐Abnormal	
Mulut	☐Normal	☐Abnormal	
Paru	☐Normal	☐Abnormal	
Genitalia	☐Normal	☐Abnormal	
Mata	☐Normal	☐Abnormal	
THT	☐Normal	☐Abnormal	
Jantung	☐Normal	☐Abnormal	
Abdomen	☐Normal	☐Abnormal	
Ektremitas	☐Normal	☐Abnormal	

Status gizi(Pediatrik)☐Gizi buruk☐Gizi cukup ☐Gizi lebih
Pemeriksaan gigi☐caries ☐infeksi☐karang gigi☐ lain

Rencana (Edukasi,diagnostic,terapi,rujukan)
PENUNJANG:☐Labor ☐Radiologi☐EKG ☐USG
☐_____
☐_____
TERAPI
_____

DirujukKe
☐Ahli gizi klinik ☐Rehabilitasi Medik ☐ Tim nyeri
☐Lain-lain..... ☐Poli spesialis_____

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

PENGKAJIAN ULANG PASIEN TERINTEGRASI RAWAT JALAN

TGL/ JAM BEROBAT	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ ADIME disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca / mereview seluruh rencana asuhan)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

L/P

RIWAYAT PASIEN RAWAT JALAN *OUTPATIENT SUMMARY*

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

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

INFORMASI DAN EDUKASI PASIEN DAN KELUARGA TERINTEGRASI DAN PERKEMBANGAN LANJUTANNYA

No	Penjelasan Pendidikan	Tanggal	Metode/Durasi	Keterangan dan evaluasi	Paraf/nama edukator	Paraf/ nama pasien/kel
1			◻ Diskusi ◻ Demonstrasi ◻ Ceramah ◻ Praktek langsung ◻ Simulasi ◻		**Dokter spesialis DPJP**	
2			◻ Diskusi ◻ Demonstrasi ◻ Ceramah ◻ Praktek langsung ◻ Simulasi ◻		**Dokter umum penerima limpah tugas**	
3			◻ Diskusi ◻ Demonstrasi ◻ Ceramah ◻ Praktek langsung ◻ Simulasi ◻		Perawat/ Bidan	
4			◻ Diskusi ◻ Demonstrasi ◻ Ceramah ◻ Praktek langsung ◻ Simulasi ◻		Apoteker	
5			◻ Diskusi ◻ Demonstrasi ◻ Ceramah ◻ Praktek langsung ◻ Simulasi ◻		Ahli Gizi	
6			◻ Diskusi ◻ Demonstrasi ◻ Ceramah ◻ Praktek langsung ◻ Simulasi ◻		Phisioterapis	
7			◻ Diskusi ◻ Demonstrasi ◻ Ceramah ◻ Praktek langsung ◻ Simulasi ◻			
8			◻ Diskusi ◻ Demonstrasi ◻ Ceramah ◻ Praktek langsung ◻ Simulasi ◻			

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT JALAN GIGI

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

Pengkajian : Tanggal _____ Jam _____
Pengkajian diperoleh dari : ☐ **Pasien** (***Auto anamnesa***) ☐Keluarga (***Alloanamnesa***)

Diisi oleh Dokter gigi .

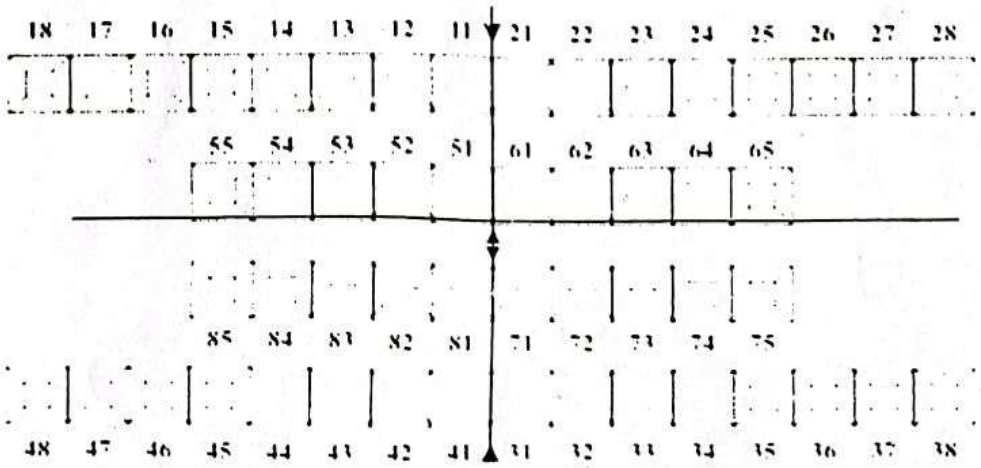
PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan Intra Oral : _____

Muka : Simetris/Tidak simetris

Kelenjer limpe : Kanan : Teraba/Tidak Teraba Kiri : Teraba/Tidak Teraba
Keras/Lunak Keras/Lunak
Sakit/Tidak Sakit Sakit/Tidak sakit

Pemeriksaan Intra Oral : _____
Pemeriksaan Gigi Geligi _____



2. **Pemeriksaan Penunjang** ☐. Laboratorium :

☐. Radiologi :

☐. Fisioterapi

3. **Kesimpulan** :

4. **Rekomendasi** :

Solok, ...20

Drg.....

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI RAWAT JALAN PSIKIATRI/ JIWA

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

Pengkajian : Tanggal _____ Jam _____
Pengkajian diperoleh dari : ☐ **Pasien (*Auto anamnesa*)** ☐ Keluarga **(*Alloanamnesa*)**

Diisi oleh Dokter.

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT JALAN KEBIDANAN

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

Pengkajian : Tanggal _____ Jam _____
Pengkajian diperoleh dari : ❑**Pasien (*Auto anamnesa*)** ❑Keluarga **(*Alloanamnesa*)**

A. **Riwayat Kehamilan, persalinan** (diisi oleh bidan)

1. Riwayat Haid : Menarche : ..... Th Siklus : ..... hr ❑ Teratur ❑ Tidak
   Disminorhoea : ❑ ya ❑ Tidak , Jumlah darah haid :❑ sedikit ❑ normal ❑ banyak
   Kehamilan sekarang : G P A Haid terakhir :..... Taksiran partus :.....
   ANC.....x
   Imunisasi TT : ▫ Tidak ada ▫ Ada x
   Pergerakan anak dalam 24 jam terakhir : x
   Palpasi : L I : .....
   L II :.....
   L III :.....
   L IV :. .....
   Auskultasi : DJJ : ..... Frekuensi :.....Irama :❑Teratur ❑ Tidak
   Intensitas :❑Kuat ❑ Sedang ❑ Lemah Mc Donal : .....cm, TBBJ : .....gr

2. Riwayat menikah
   Status perkawinan sekarang ▫ Menikah /Pernikahan ke ..... ▫ .....
   Jumlah paritas..... Jumlah anak .....orang Usia Menikah pertama .....th
   Jarak kelahiran / persalinan .....

3. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Yang Lalu

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

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

B. **Bila pasien ginekologi** (diisi oleh bidan)

- Umur haid pertama kali .... HPHT.....
- Riwayat Haid : Menarche : ..... Th Siklus : ..... hr ❑ Teratur ❑ Tidak
- Disminorhoea : ❑ ya ❑ Tidak
- Jumlah darah haid :❑ sedikit ❑ normal ❑ banyak
- Keputihan : ❑ gatal ❑ bau ❑ warna

Riwayat penyakit ginekologi yang lalu :.....

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

KONDISI PASIEN YANG DILAKUKAN TERMINASI KEHAMILAN (diisi oleh dokter)

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

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

- Asesmen terminasi kehamilan pada trimester III

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

- Plasenta Previa
- Solutio Plasenta
- Ketuban Pecah Dini
- Preekslampsi dan Ekslampsia
- Kehamilan lewat waktu
- Pertumbuhan janin terhambat
- OligoHidramion
- .....

Hasil Pemeriksaan khusus (diisi oleh dokter)

- .Pemeriksaan abdomen

- Pemeriksaan Ano genital :

- Pemeriksaan Dalam :

- USG

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

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT JALAN MATA

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

Pengkajian : Tanggal _____ Jam _____
Pengkajian diperoleh dari : ☐**Pasien (*Auto anamnesa)*** ☐Keluarga **(*Alloanamnesa*)**

Diisi oleh Dokter.

1. **Anamnesa**
   Keluhanutama :_____

   Penyakitsekarang : _____

2. **PemeriksaanFisik**

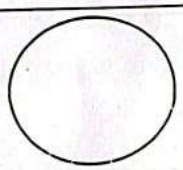
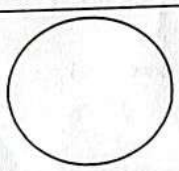
Mata Kanan (Right Eye)	Parameter	Mata Kiri (Left Eye)
	Visus Sebelum koreksi (Visual Acuity)	
	Pemeriksaan Kaca mata lama dengan Lensometer	
	Auto Refraktometer	
	Koreksi (Corection)	
	Adisi (addition)	
	Pupil Distance	
	Visus Setelah di koreksi	
	Kelopak Mata (Eyelid)	
	Konjungtiva (Conjungtiva)	

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

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

Diagnosa :

Anjuran :

Solok,

Dokter Spesialis Mata

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

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

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

Tanggal masuk : .....20..... jam:..... Unit Kerja :. IGD/ KLINIK .....
Pengkajian diperoleh dari : ❑ Pasien Sendiri (*Auto anamnesa*)
❑ Keluarga, hubungan dengan pasien..... (*Alloanamnesa*)

Beri tanda √ pada ❑ sesuai tempat masuk pasien.
❑GAWAT DARURAT (diisi oleh dokter)
Skrining Awal

ANAMNESIS(diisi oleh dokter)

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

Tindak Lanjut : Ditempatkan di ruang isolasi IGD ❑ Tidak ❑ya, alasan_____
Atau dipindahkan ke ruang Isolasi khusus ❑ rawat Inap _____
❑ Ruang MDR/ TB_____
Diare aktif periksa : ❑clostridium difficile / ❑ Staphylococcus aureus yang resisten terhadap terhadap methicillin
Dirujuk Ke RS Lain _____

Tanggal / Jam
Dokter jaga yang melakukan pengkajian

(_____)

❑ RAWAT JALAN (diisi oleh dokter)
Pasien Masuk Rawat jalan setelah dilakukan konsul ke poli spesialis _____
ANAMNESIS(diisi oleh dokter)

Tindak Lanjut Medis:

Kesimpulan :
Ditempatkan di ruang isolasi ❑ Tidak ❑ ya, _____
❑ Ruang MDR/ TB_____
Atau dipindahkan ke ruang Isolasi khusus ❑ rawat Inap _____
Yang dilakukan perawat/ bidan di klinik.....
❑Perawat melampirkan format skrining pasien rawat jalan dan cek penggunaan masker
❑Khusus pasien TB/ TB MDR tempatkan di ruang tunggu khusus.

Tanggal / Jam
Perawat yang melakukan pengkajian

(.....)

Tanggal / Jam
DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

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

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

Tanggal masuk : .....20..... jam:..... Unit Kerja :. IGD/ KLINIK .....
Pengkajian diperoleh dari : ❑ Pasien Sendiri (*Auto anamnesa*)
❑ Keluarga, hubungan dengan pasien..... (*Alloanamnesa*)

Beri tanda √ pada ❑ sesuai tempat masuk pasien.
❑GAWAT DARURAT (diisi oleh dokter)
Skrining Awal

ANAMNESIS(diisi oleh dokter)

Kesimpulan : (Diisi oleh dokter)
Jenis Penyakit gangguan autoimun ❑ Lupus ❑ Rheumatoid arthritis ❑ Multiple sclerosis (MS)
❑ Sindrom Guillain-Barre ❑ Diabetes melitus tipe 1 ❑ Psoriasis
❑ Penyakit Graves ❑ Hashimoto ❑ Myasthenia gravis (MG) ❑ Vaskulitis
❑HIV/ AIDS ❑_____ ❑_____ ❑ _____

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

Dirujuk Ke RS Lain _____

Tanggal / Jam
Dokter jaga yang melakukan pengkajian

(_____)

❑ RAWAT JALAN (diisi oleh dokter)
Pasien Masuk Rawat jalan setelah dilakukan konsul ke poli spesialis _____
ANAMNESIS(diisi oleh dokter)

Tindak Lanjut Medis:

Kesimpulan :
Jenis Penyakit gangguan autoimun ❑ Lupus ❑ Rheumatoid arthritis ❑ Multiple sclerosis (MS)
❑ Sindrom Guillain-Barre ❑ Diabetes melitus tipe 1 ❑ Psoriasis
❑ Penyakit Graves ❑ Hashimoto ❑ Myasthenia gravis (MG) ❑ Vaskulitis
❑HIV/ AIDS ❑_____ ❑_____ ❑ _____
Ditempatkan di ruang isolasi ❑ Tidak ❑ ya, _____
Acc dirawat inap dengan alasan : _____
Dirujuk ke RS lain :
Khusus pasien suspect/ dengan HIV/AIDS langsung dikirim klinik VCT
Dirawat di rawat inap di ruang : _____

Tanggal / Jam
Perawat yang melakukan pengkajian

(.....)

Tanggal / Jam
DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

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

RM.RJ Kh 01.6,RM IGD 13. /Rev.00.2019/-

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20003 Faks: (0755) 20603
Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id

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

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

OBSERVASI HEMODIALISIS

Pengkajian : Tanggal _____ Jam _____
Pengkajian diperolen dari : ❑ **Pasien (*Auto anamnesa)*** ❑ Keluarga **(*Alloanamnesa*)**

Diisi maksimal 10 menit pre –HD (beri tanda √ pada ▫ pilihan)
Dx . Medis..... Jam .....
No. Mesin :..... Riw. Alergi obat :.....
Hemodialisis ke-:..... Cara bayar :. BPJS ▫ PBI ▫ Non PBI ▫.....
Tipe dialiser N/R :.....

1. PENGKAJIAN KEPERAWATAN :
Keluhan utama : ▫ sesak nafas ▫ mual, muntah ▫ gatal ▫ lain-lain :.....
Skala nyeri : (Wong baker faces & Numeric / VAS)
❑ Tidak nyeri 0 Nyeri ringan 1-3 ❑ Nyeri sedang 4-6 ❑ Nyeri Berat 7-10
❑ Tidak nyeri ❑ Nyeri akut ❑ Nyeri kronis
Apakah nyeri menghalangi tidur? ▫ ya ▫ tdk, **Apakah nyeri menghalangi aktivitas?** ▫ ya ▫ tdk
Nyeri Hilang Jika : ❑ Minum Obat ❑ Istirahat ❑ Mendengar Musik ❑ Berubah Posisi Tidur ❑ lain-lain... .... Sebutkan .....**Durasi:** .....**Frekuensi :** .....**Karakteristik** .....
Tindak lanjut nyeri : ▫ Edukasi ▫ Intervensi ▫ Konsul ke .....

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

3. Resiko jatuh (skala jatuh morse)
Kategori : ❑ Resiko tinggi > 45 ❑ Resiko sedang 25-44 ❑ Resiko ringan < 25

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

5. GIZI.(dikaji tiap 3 bulan sekali atau diulangi jika dianggap terjadi perburukan asupan gizi)
- Tanggal..... ▫ (berdasarkan malnutrition Screening Tool/MST) (cara penilaian terlampir)
- Kesimpulan ▫ Skor 0-1 : Resiko malnutrisi rendah ,▫ Skor 2-3 : Resiko malnutrisi sedang
▫ Skor 4-5 : Resiko malnutrisi tinggi . Bila skor ≥ 2 atau pasien dengan diagnosa khusus wajib lapor DPJP, disarankan untuk ahli gizi melakukan asuhan gizi.

Rekomendasi .....

6. RIWAYAT PSIKOSOSIAL
- Adakah keyakinan/tradisi/budaya yang berkaitan dg pelayanan kesehatan yg akan diberikan ▫Tidak ▫ya
- Kendala komunikasi ; ▫ Tidak ada ▫ Ada, jelaskan.....
- Yang merawat dirumah : ▫ Tidak ada ▫ Ada, jelaskan.....
- *Kondisi saat ini* *▫Tenang ▫ Gelisah ▫Takut terhadap tindakan :▫ Marah ▫ Mudah tersinggung*

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

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

Diisi maksimal 10 menit pre –HD (beri tanda √ pada ☐ pilihan)

INTERVENSI KOLABORASI

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

INSTRUKSI MEDIK

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

TINDAKAN KEPERAWATAN

Observasi	Jam	TD	H/R	Eff.BF	UFG	UFR	UF	TBV	Tekanan			Jlh HEP	Ket.	Paraf Nama Jelas
									AP	VP	TMP			
Pre HD														
Post HD							Jml					Jml	Balance	
							Ttl UF .....ml							

Komplikasi selama HD

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

EVALUASI KEPERAWATAN

DISCHARGE PLANNING (gunakan form sedukasi jika diperlukan)

Nama Pasien	Nama dan tanda tangan perawat

EVALUASI MEDIK

Obat	Catatan Medis	Ttd & Nama Dokter

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

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADANLAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl.Simpang Rumbio Kota SolokTelp (0755) 20826-20327Fax. (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id

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

CATATAN WAKTU MASUK & KELUAR

NOMOR	NIK	Dirawat di RS yang ke 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9	
NAMA *(Tulis Dengan Huruf Cetak)*		STATUS PERKAWINAN 1. Kawin 4. Janda 2. Duda 3. Belum Kawin 5. Cerai	26–29 ☐☐☐☐ 30–31 ☐☐
ALAMAT			
SUKU BANGSA 1. Minang 4. Indonesia 2. Jawa 5. Asing 3. Tapanuli 6. Lain2	AGAMA/KEPERCAYAAN 1. Islam 4. Budha 2. Protestan 5. Lain-lain 3. Hindu	JENIS KELAMIN 1. Laki-laki 2. Perempuan	NO. HP ....
Nama keluarga terdekat/Alamatnya	Tgl. Lahir	PEKERJAAN	
NamaAyah/ suami Umur :	Kasus Polisi 1.Ya 2.Tidak	UMUR WAKTU MASUK Thn Bln Hr	32–35 ☐☐☐☐
ama Ibu/ Istri Umur :		DIKIRIM OLEH	
1. Umum 2. Melahirkan 3. Bayi lahir hidup	Asuransi Kesehatan 1.Ya 2.Tidak	Tgl. Masuk Tgl Bln Thn Jam	36–39 ☐☐☐☐
BAGIAN 1. Bedah/Orthopedi/ Bedah Mulut 2. Penyakit Dalam 3. Jiwa/ Psikiatri 4. Kebidanan 5. perinatologi 6. THT/ Mata 7. Pusako 8. Serunai 9. Neurologi 10. ICU 11. CVCU 12. PICU 13. NICU 14. Anak 15. Paru		Tgl. Keluar Tgl Bln Thn Jam	
		LAMA DIRAWAT / HARI PERAWATAN	40–43 ☐☐☐☐
SEBAB DIRAWAT		Dokter jaga/ Klinik Nama & Tanda tangan	
DIAGNOSA UTAMA (26-29) (32-35)			
KOMPLIKASI (32-35)			44–47 ☐☐☐☐
DIAGNOSA TAMBAHAN (40-43)			
OPERASI I Tgl. Operasi			
OPERASI II Tgl. Operasi			48–51 ☐☐☐☐ 52–53 ☐☐

DIAGNOSA/OPERASI TULIS DENGAN HURUF CETAK DAN JANGAN DI SINGKAT

Catatan Pindah ke bangsal ..... Tgl. .....

KEADAAN KELUAR : 1. Sembuh 2. Perbaikan 3. Lain-lain 4. Meninggal sebelum 48 jam 5. Meninggal sesudah 48		CARA KELUAR 1. Atas Persetujuan 2. Pulang paksa 3. Pindah RS lain 4. Lari 5. Meninggal
MENINGGAL	☐ Autopsi ☐ Tanpa Autopsi	

Penderita Alergi akan :

Nama & Tanda tangan DPJP

(.....)

Dipindai dengan CamScanner

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

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

SEBAB KEMATIAN

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

Keterangan khusus untuk :

I. MATI KARENA RUDA PAKSA (violent deat)
   a. Minum ruda paksa
   b. Cara kejadian ruda paksa
   c. Sifat jelas (kerusakan tubuh)

   a. bunuh diri-pembunuhan-kecelakaan
   b. .....
   .....
   .....

II. LAHIRAN MATI (ISTILLBIRIN)

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

Sebab kelahiran mati.....

III. PERSALINAN, KEHAMILAN

a. Apakah ini peristiwa persalinan.....Ya/ Tidak

b. Apakah ini peristiwa kelahiran.....Ya/ Tidak

IV. OPERASI

a. Apakah dialami operasi.....Ya/ Tidak

b. Jenis operasi.....Ya/ Tidak

Solok, ...
Yang memberikan keterangan sebab kematian

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

RINGKASAN KELUAR (RESUME)

DPJP :	TGL MASUK :
KLS RAWATAN :	TGL KELUAR :

INDIKASI PASIEN DIRAWAT :

ANAMNESIS :
RIWAYAT PENYAKIT :

PEMERIKSAAN FISIK :

PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK :

DIAGNOSA UTAMA :
KOMORBIDITAS LAINNYA :

TINDAKAN DIAGNOSTIK / PROSEDUR TERAPI :
OPERASI :

PERKEMBANGAN SELAMA PERAWATAN/ DENGAN KOMPLIKASI (JIKA ADA) :

OBAT YANG DIBERIKAN SELAMA RAWAT INAP :

OBAT YANG DIGUNAKAN DIRUMAH :

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

INSTRUKSI TINDAK LANJUT :

PENGOBATAN DILANJUTKAN DIBERI TANDA ✓ PADA KONTAK

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

INSTRUKSI TINDAK LANJUT SUDAH DIJELASKAN KEPADA PASIEN

Solok, Jam

TTD PASIEN / KELUARGA

TTD DOKTER PENANGGUNG JAWAB

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

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

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

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI RAWAT INAP ANAK

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

IDENTITAS KELUARGA (diisi oleh perawat)

Nama Ayah:.....Umur.....Pekerjaan..... **Nama Ibu** :.....Umur. .....

ANAMNESIS (diisi oleh dokter)

Pengkajian diperoleh dari : ❑ **Pasien Sendiri (*Auto anamnesa*)**

❑ **Keluarga, hubungan dengan pasien**..... **(*Alloanamnesa*)**

KELUHAN UTAMA (diisi oleh dokter)

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG (diisi oleh dokter)

(diisi oleh dokter)

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU (termasuk riwayat rawat inap/ riwayat operasi bl/th)	(diisi oleh dokter) **RIWAYAT KEHAMILAN DAN KELAHIRAN**
1) Pernah dirawat sebelumnya □ ya : □ tidak -Alasan dirawat : ..... - Lama dirawat : ..... 2) Pernah Operasi : □ ya □ Tidak -jenis operasi : ..... -waktu operasi: 3) Jenis Imunisasi : 1.BCG : .....x 2.Polio : .....x 3.DPT : .....x 3.Hepatitis : .....x 4.Campak : x	A. Riwayat kehamilan : B. Riwayat persalinan : □ SC □ Norma □ Vacum / forsep □ Cukup bulan BB gr, panjang cm □ Kurang bulan BB gr, panjang cm **RIWAYAT PENGOBATAN :**

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

KEDUDUKAN ANAK DALAM KELUARGA (diisi oleh dokter)

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

Riwayat penyakit keturunan/menular : □ jantung □ Epilepsi □ hepatitis □ hipertensi □ Lain.....

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

RIWAYAT ALERGI / REAKSI (diisi oleh perawat).

☐ Tidak ada alergi
☐ Alergi obat, sebutkan : ..... Reaksi .....
☐ Alergi makanan, sebutkan : ..... Reaksi .....
☐ Alergi lainnya, sebutkan : ..... Reaksi .....
☐ Tidak diketahui

Bila pasien alergi gunakan gelang "merah"

SKRINING STATUS FUNGSIONAL (diisi oleh perawat)

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

☐ Mandiri (Skor 20) ☐ Perlu bantuan (ringan = 12-19, sedang = 9-11, berat = 5-8) Sebutkan .....

☐ Ketergantungan total, dilaporkan ke **dokter** (☐ ya, jam..... ☐ Tidak)

FUNGSIONAL UMUM : Pengkajian fungsi (diisi oleh perawat)

(Sensorik , kognitif, motorik .) 1.Alat bantu ; _____2. Prothesis : _____3. CacatTubuh: _____

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

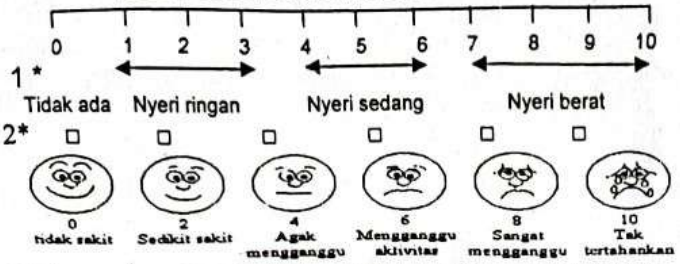
Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

BERAPAKAH SKALA NYERI ANDA ?



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

P : .....
Q : .....
R : .....
S : .....
T : .....

☐ 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. Setaip 3 jam bila skor nyeri4-6
5. Setiap 1 jam bila skor nyeri 7-10
6. Dihentikan bila skor nyeri 0

Mohon lengkapi asesmen awal dan ulang nyeri

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

TINDAK LANJUT NYERI :
☐ Edukasi ☐ Intervensi ☐ Konsul ke

SKRINING NUTRISI (diisi oleh perawat)

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

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

☐ **skor 0-1** ☐ **skor 2-3** ☐ **skor4-5**

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

PENGKAJIAN KULIT (diisi oleh perawat)

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

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

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

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

Jumlah Total Skor Braden.....

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

Dipindai dengan CamScanner

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

SKRINING RESIKO CEDERA / JATUH (diisi oleh perawat)

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

PEMERIKSAAN MULTI ORGAN (diisi oleh dokter)

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

HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG (dicantumkan oleh dokter)
Merupakan hasil pemeriksaan laboratorium rutin dan pemeriksaan penunjang lainnya (rontgen, EKG, dll) – Data yang relevan atau bermakna secara klinis.

- **DIAGNOSA SEMENTARA :**
- **DIAGNOSA DIFFERENSIAL**
- **PENATALAKSANAAN :**

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

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

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

REKONSILIASI OBAT SAAT ADMISI

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

Review kembali saat pasien akan pulang

NO	NAMA OBAT	DOSIS	FREKUENSI	CARA PEMBERIAN	WAKTU PEMBERIAN TERAKHIR	TINDAK LANJUT	PERUBAHAN ATURAN PAKAI
1						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
2						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
3						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
4						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
5						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
6						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	

Diketahui oleh farmasi :Nama :..... Tanggal dan tanda tangan : .....

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

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

Status Mental : ◻ **Sadar dan Orientasi Baik** ◻ Ada Masalah Perilaku, Sebutkan .....
◻ Perilaku kekerasan yang dialami pasien sebelumnya .....
Bila terdapat masalah psikologis, pasien di rujuk ke psikiater/ psikolog melalui DPJP

Status Sosial : Hubungan pasien dengan anggota keluarga ◻ Baik ◻ Tidak Baik
Tempat Tinggal : **Rumah**/ Apartemen / Panti / Lainnya :.....
Kerabat terdekat yang dapat dihubungi : Nama;.....
Hubungan .....Nomor Telepon:.....

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

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

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

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

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

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
☐ 8Managemen nyeri ☐9.Teknik Rehabilitasi ☐ 10.Bahaya merokok ☐ 11.Penggunaan alat medis yang aman
☐ 12.Rujukan edukasi. ☐ 13.Proses penyakit ☐ 14.Obat-obatan ☐ 15Prosedur (contoh : cara perawatan luka)
☐ 16.Pencegahan factor resiko ☐ 17. Lingkungan yang perlu dislapkan pasca dirawat
☐ 18.Cara batuk efekltif ☐ 19.cara melakukan latihan ROM aktif/ ☐ 20.cara melakukan teknik relaksasi
☐ 21.Cara menggunakan alat kesehatan ☐ 22.Cara mengurangi / mengatasi nyeri
☐ 23.Kebutuhan privasi tambahan :..... ☐ 24.Lain-lainnya.....

Tanda tangan dan nama jelas

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

EDUKASI

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

DAFTAR MASALAH / DIAGNOSIS KEPERAWATAN (diisi oleh perawat)

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

PERENCANAAN PULANG/ DISHARGE PLANNING (Diisi oleh perawat)

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

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

Perawat/ bidan yang melakukan pengkajian

(.....)

Tanggal / Jam

DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

RM.RI 03 A /Rev.01.2019/RM 03;17; 06.5; 09.1; 31

Dipindai dengan CamScanner

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

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

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Ruang :_____

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

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR

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

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

KOMUNIKASI SAAT SERAH TERIMA (OPERAN) SHIFT DINAS

TANGGAL : ..... RUANGAN:.....

SHIFT	.....	.....	.....
SITUATION	**DPJP** :..... **Diagnosa medis** :..... **Masalah Keperawatan:**	**DPJP** :..... **Diagnosa medis** :..... **Masalah Keperawatan:**	**DPJP** :..... **Diagnosa medis** :..... **Masalah Keperawatan:** ....
BACKROUND	**Keluhan utama** :..... .... **Riwayat alergi** ☐ tidak ☐ ya, sebutkan	**Keluhan utama** :..... .... **Riwayat alergi** ☐ tidak ☐ ya, sebutkan	**Keluhan utama** :..... .... **Riwayat alergi** ☐ tidak ☐ ya, sebutkan .....
ASSESMENT	**Pemeriksaan diagnostik ditempat tidur (TTV)** Tensi.....Nadi..... Suhu :..... ..Pernafasan : ..... **Nutrisi** oral : ☐ ya ☐ tidak Jenis diet:..... Puasa ☐ ya ☐ tidak Total perenteral Nutrition ☐ ya ☐ tidak **Perawatan luka** (Wound care) ☐ ya ☐ tidak Lokasi :..... Grade :..... Dressing..... Observasi..... Braden Score:..... **Skala Nyeri** : ..... Pengkajian ulang nyeri tiap....., jam/ shift pengkajian nyeri mendalam P:..... Q..... R..... S..... T:..... Pengelolaan dan managemen nyeri dengan : 1. ..... 2..... **Resiko jatuh** ☐ ya ☐ tidak Skala morse/ humpty dumpty/ ontario (geriatri) (lingkari) Skor :..... ☐ rendah ☐ sedang ☐ tinggi, dilakukan pengkajian ulang tiap..... **Alat medik terpasang pd pasien** **1. IVFD** :..... ☐ ya ☐ tidak Tglpasang:.....kondisi:..... **2. NGT** ☐ ya nomor.....☐ tidak Tgl pasang ; kondisi :..... **3. Kateter** ☐ ya nomor.....☐ tidak Tgl pasang ; kondisi	**Pemeriksaan diagnostik ditempat tidur (TTV)** Tensi.....Nadi..... Suhu :..... ..Pernafasan : ..... **Nutrisi** oral : ☐ ya ☐ tidak Jenis diet:..... Puasa ☐ ya ☐ tidak Total perenteral Nutrition ☐ ya ☐ tidak **Perawatan luka** (Wound care) ☐ ya ☐ tidak Lokasi :..... Grade :..... Dressing..... Observasi..... Braden Score:..... **Skala Nyeri** : ..... Pengkajian ulang nyeri tiap....., jam/ shift pengkajian nyeri mendalam P:..... Q..... R..... S..... T:..... Pengelolaan dan managemen nyeri dengan : 1. ..... 2..... **Resiko jatuh** ☐ ya ☐ tidak Skala morse/ humpty dumpty/ ontario (geriatri) (lingkari) Skor :..... ☐ rendah ☐ sedang ☐ tinggi, dilakukan pengkajian ulang tiap..... **Alat medik terpasang pd pasien** **1. IVFD** :..... ☐ ya ☐ tidak Tglpasang:.....kondisi:..... **2. NGT** ☐ ya nomor.....☐ tidak Tgl pasang ; kondisi :..... **3. Kateter** ☐ ya nomor.....☐ tidak Tgl pasang ; kondisi :.....	**Pemeriksaan diagnostik ditempat tidur (TTV)** Tensi.....Nadi..... Suhu :..... ..Pernafasan : ..... **Nutrisi** oral : ☐ ya ☐ tidak Jenis diet:..... Puasa ☐ ya ☐ tidak Total perenteral Nutrition ☐ ya ☐ tidak **Perawatan luka** (Wound care) ☐ ya ☐ tidak Lokasi :..... Grade :..... Dressing..... Observasi..... Braden Score:..... **Skala Nyeri** : ..... Pengkajian ulang nyeri tiap....., jam/ shift pengkajian nyeri mendalam P:..... Q..... R..... S..... T:..... Pengelolaan dan managemen nyeri dengan : 1. ..... 2..... **Resiko jatuh** ☐ ya ☐ tidak Skala morse/ humpty dumpty/ ontario (geriatri) (lingkari) Skor :..... ☐ rendah ☐ sedang ☐ tinggi, dilakukan pengkajian ulang tiap..... **Alat medik terpasang pd pasien** **1. IVFD** :..... ☐ ya ☐ tidak Tglpasang:.....kondisi:..... **2. NGT** ☐ ya nomor.....☐ tidak Tgl pasang ; kondisi :..... **3. Kateter** ☐ ya nomor.....☐ tidak Tgl pasang ; kondisi :.....

RM.RI 03A.2 atau 03B.2/Rev.00.2019/-

Dipindai dengan CamScanner

	4. **Terpasang Drain** □ ya □ tidak Tgl pasang ; kondisi :..... 5. **Penggunaan O2** ;.....lt/mt Saturasi :.....% ❑ Nasal kanul ❑ Simple mask ❑ Rebreathing mask ❑ NRM **Terapi cairan dan elektrolit** Oral □ ya □ tidak Batasan minum .....ml/24 jam. IV line : □ ya □ tidak Tanggal terpasang :..... ❑ Infusion pump ❑ Syringe pump ❑..... **Serah terima antar PPA dg melaporkan hasil yang diperoleh diluar rentang angka normal secara menyolok akan beresiko tinggi mengancam jiwa yaitu hasil pemeriksaan diagnostik kritis . Pada Jam .....** 1.Laboratorium:..... ..... DPJP sudah terinfo □ ya □ tdk Evaluasi :..... ..... 2.Radiologi: .... DPJP sudah terinfo □ ya □ tdk Evaluasi:..... ..... 3. Lain-lain .... DPJP sudah terinfo □ ya □ tdk Evaluasi:..... ..... **Hasil serah terima PPA sudah ditindaklanjuti Jam :.....** **Jika pesan dilakukan secara verbal lewat telpon diberi stempel konfirmasi cek ulang di CPPT**	4. **Terpasang Drain** □ ya □ tidak Tgl pasang ; kondisi :..... 5. **Penggunaan O2** ;.....lt/mt Saturasi :.....% ❑ Nasal kanul ❑ Simple mask ❑ Rebreathing mask ❑ NRM **Terapi cairan dan elektrolit** Oral □ ya □ tidak Batasan minum .....ml/24 jam. IV line : □ ya □ tidak Tanggal terpasang :..... ❑ Infusion pump ❑ Syringe pump ❑..... **Serah terima antar PPA dg melaporkan hasil yang diperoleh diluar rentang angka normal secara menyolok akan beresiko tinggi mengancam jiwa yaitu hasil pemeriksaan diagnostik kritis . Pada Jam .....** 1.Laboratorium:..... ..... DPJP sudah terinfo □ ya □ tdk Evaluasi :..... ..... 2.Radiologi: .... DPJP sudah terinfo □ ya □ tdk Evaluasi:..... ..... 3. Lain-lain .... DPJP sudah terinfo □ ya □ tdk Evaluasi:..... ..... **Hasil serah terima PPA sudah ditindaklanjuti Jam :.....** **Jika pesan dilakukan secara verbal lewat telpon diberi stempel konfirmasi cek ulang di CPPT**	4. **Terpasang Drain** □ ya □ tidak Tgl pasang ; kondisi :..... 5. **Penggunaan O2** ;.....lt/mt Saturasi :.....% ❑ Nasal kanul ❑ Simple mask ❑ Rebreathing mask ❑ NRM **Terapi cairan dan elektrolit** Oral □ ya □ tidak Batasan minum .....ml/24 jam. IV line : □ ya □ tidak Tanggal terpasang :..... ❑ Infusion pump ❑ Syringe pump ❑..... **Serah terima antar PPA dg melaporkan hasil yang diperoleh diluar rentang angka normal secara menyolok akan beresiko tinggi mengancam jiwa yaitu hasil pemeriksaan diagnostik kritis . Pada Jam .....** 1.Laboratorium:..... ..... DPJP sudah terinfo □ ya □ tdk Evaluasi :..... ..... 2.Radiologi: .... DPJP sudah terinfo □ ya □ tdk Evaluasi:..... ..... 3. Lain-lain .... DPJP sudah terinfo □ ya □ tdk Evaluasi:..... ..... **Hasil serah terima PPA sudah ditindaklanjuti Jam :.....** **Jika pesan dilakukan secara verbal lewat telpon diberi stempel konfirmasi cek ulang di CPPT**
RECOMMENDATION	**Tindakan medis/ keperawatan yang akan dilakukan:** 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....	**Tindakan medis/ keperawatan yang akan dilakukan:** 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....	**Tindakan medis/ keperawatan yang akan dilakukan:** 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
EVALUASI SAAT OPERAN			
Nama &TT Petugas memberi overan	Jam ;..... (.....)	Jam ;..... (.....)	Jam ;..... (.....)
Nama &TT Petugas Menerima overan	Jam ;..... (.....)	Jam ;..... (.....)	Jam ;..... (.....)
Nama &TT Keluarga Pasien			

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH

RSUD MOHAMMAD NATSIR

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

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

TINDAKAN HARIAN KEPERAWATAN

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

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

RM.RI 03A.3 Atau 03B.3 atau 03C.05 atau 03D.07 / Rev.01.2019 /RM.06.4

Dipindai dengan CamScanner

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

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

Tanggal masuk ruang rawat.....**20**..... **Jam:**..... **Unit Kerja :**.....

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI RAWAT INAP DEWASA/ USIA LANJUT

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

ANAMNESIS(diisi oleh dokter)
Pengkajian diperoleh dari : ❑ **Pasien Sendiri (*Auto anamnesa*)**
❑ **Keluarga, hubungan dengan pasien**..... **(*Alloanamnesa*)**

KELUHAN UTAMA (diisi oleh dokter)

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG (diisi oleh dokter)

(diisi oleh dokter) **(diisi oleh dokter)**

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU (termasuk riwayat rawat inap/ riwayat operasi) (bulan/ tahun)	**RIWAYAT PENGOBATAN**
	Alat implant : Ya / Tidak

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

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

RIWAYAT 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)

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

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

Dipindai dengan CamScanner

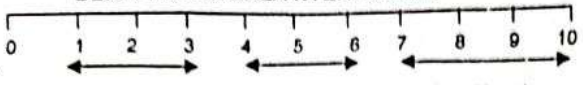
PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

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

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

BERAPAKAH SKALA NYERI ANDA ?

1 *



2* ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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. Setaip 3 jam bila skor nyeri4-6
5. Setiap 1 jam bila skor nyeri 7-10
6. Dihentikan bila skor nyeri 0

Mohon lengkapi asesmen awal dan ulang nyeri

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

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

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

SKRINING RESIKO CEDERA / JATUH (diisi oleh perawat)

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

☐ **Penilaian Resiko jatuh pasien Dewasa** *(Fall Morse Scale)*

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

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

☐ **Penilaian Resiko jatuh pasien geriatri > 60 tahun .** *(Ontario Mod'ified 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
	b. Tidak yakin / tidak tahu / terasa baju lebih longgar	2
	c. Jika ya, berapa penurunan berat badan tersebut	
	1-5 kg	1
	6-10 kg	2
	11-15 kg	3
	>15 kg	4
2.	Apakah asupan makan berkurang karena berkurangnya nafsu makan?	
	a. Tidak	0
	b. Ya	1
	Total skor	+
3 .	Pasien dengan **diagnosa khusus** : penyakit DM, ginjal kronik, Sirosis Hati, PFOK, HD, kanker, stroke, pneumonia, transplantasi sumsum tulang , cedera kepala berat, luka bakar, pasien kebidaan, pasien anak dan lain-lain (sebutkan)..... ☐ Ya ☐ Tidak	

☐**skor 0-1** ☐ **skor 2-3** ☐ **skor4-5**

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

PEMERIKSAAN MULTI ORGAN (diisi oleh dokter)

Keadaan Umum :

Kulit dan Selaput Lendir :

Kelenjer Getah Bening :

Kepala :

Leher :

Jantung dan Pembuluh Darah

Paru-paru :

Perut :

Genitalia :

Anggota Gerak :

PENGKAJIAN KULIT (diisi oleh perawat)

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

Resiko dekubitus
□ Ya □ Tidak

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

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

Jumlah Total Skor Braden.....

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

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

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp.(0755) 20303 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

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

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

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

Status Mental : ☐ **Sadar dan Orientasi Baik** ☐ Ada Masalah Perilaku, Sebutkan .....
☐ Perilaku kekerasan yang dialami pasien sebelumnya .....
Bila terdapat masalah psikologis, pasien di rujuk ke psikiater/ psikolog melalui DPJP

Status Sosial : Hubungan pasien dengan anggota keluarga ☐ Baik ☐ Tidak Baik
Tempat Tinggal : **Rumah**/ Apartemen / Panti / Lainnya :.....
Kerabat terdekat yang dapat dihubungi : Nama;.....
Hubungan .....Nomor Telepon:.....

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

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

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

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

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

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

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

Tanda tangan dan nama jelas

EDUKASI

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

Dipindai dengan CamScanner

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

HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG (dicantumkan oleh dokter)
Merupakan hasil pemeriksaan laboratorium rutin dan pemeriksaan penunjang lainnya (rontgen, EKG, dll) – Data yang relevan atau bermakna secara klinis.

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

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

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

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

PERENCANAAN PULANG/ DISHARGE PLANNING (Diisi oleh perawat)
KRITERIA DISHARGE 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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

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

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

REKONSILIASI OBAT SAAT ADMISI

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

Review kembali saat pasien akan pulang

NO	NAMA OBAT	DOSIS	FREKUENSI	CARA PEMBERIAN	WAKTU PEMBERIAN TERAKHIR	TINDAK LANJUT	PERUBAHAN ATURAN PAKAI
1						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
2						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
3						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai beruban (...) Stop	
4						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
5						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
6						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
7						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
8						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
9						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
10						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	

Diketahui oleh farmasi
Nama :
Tanggal dan tanda tangan :

RENCANA PERAWATAN INTERDISIPLIN / REFERAL

1. Diet dan nutrisi ❑ Ya ❑Tidak
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

Perawat yang melakukan pengkajian

(.....)

Tanggal / Jam

DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI RAWAT INAP MATERNITAS

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

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

ANAMNESIS (diisi oleh dokter)
Pengkajian diperoleh dari : ☐ **Pasien Sendiri (Auto anamnesa)** ☐ **Keluarga (Alloanamnesa)**
KELUHAN UTAMA (diisi oleh dokter)

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG (diisi oleh dokter)

(diisi oleh dokter) **RIWAYAT PENYAKIT DAHULU** (termasuk riwayat rawat inap/ riwayat operasi) (bulan/ tahun)	***(diisi oleh dokter)*** **RIWAYAT PENGOBATAN**
	Alat implant : Ya / Tidak

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

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

RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN (diisi oleh bidan)

1. Riwayat Haid : Menarche : ..... Th Siklus : ..... hr ☐ Teratur ☐ Tidak
   Disminorhoea : ☐ ya ☐Tidak
2. Riwayat menikah
   Status perkawinan sekarang ☐ Menikah /Pernikahan ke ..... ☐ .....
   Jumlah paritas..... Jumlah anak .....orang Usia Menikah pertama .....th
   Jarak kelahiran / persalinan .....

3 .**Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Yang Lalu**(diisi oleh bidan)

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

RIWAYAT ALERGI / REAKSI (diisi oleh bidan).

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

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

BERAPAKAH SKALA NYERI ANDA?

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

1* ☐ ☐☐ ☐ ☐ ☐

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

Tidak ada nyeri *Nyeri ringan* *Nyeri sedang* *Nyeri berat*

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

P : .....
Q : .....
R : .....
S : .....
T : .....

Nyeri Akut Lokasi : ..... Intensitas, Istirahat ..... Aktivitas.....
☐ Nyeri Kronis Lokasi : ..... Intensitas, Istirahat..... Aktivitas.....
☐ Tidak ada nyeri

Nyeri Hilang
☐ Minum Obat ☐ Istirahat☐ Mendengar Musik
☐ Berubah Posisi Tidur ☐ Lain – Lain ;
Sebutkan ....

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. Setaip 3 jam bila skor nyeri4-6
5. Setiap 1 jam bila skor nyeri 7-10
6. Dihentikan bila skor nyeri 0

Pakai format ulang nyeri

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

Tindak Lanjut nyeri :

☐ Edukasi ☐ Intervensi ☐ Konsul ke ..... ☐.....

FUNGSIONAL UMUM : Pengkajian fungsi(diisi oleh bidan)

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

Alat bantu jalan, sebutkan
.....
.....
.....

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

SKRINING RESIKO CEDERA / JATUH (diisi oleh bidan)

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

Penilaian Resiko jatuh pasien Dewasa (*Fall Morse Scale)*

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

PEMERIKSAAN JASMANI : (diisi oleh dokter)

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

SKRINING NUTRISI (diisi oleh bidan)

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

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

☐skor 0-1 ☐ skor 2-3 ☐ skor4-5

Bila skor ≥ 2 atau pasien dengan diagnosa khusus : pasien beresiko malnutrisi , **Konsul ke ahli gizi**
hasil skrining nutrisi **skor 0 beresiko rendah ulangi setiap 7 hari, skor 1 beresiko menengah**monitoring asupan **setiap 3 hari**
Jika tidak ada peningkatan, lanjutkan pengkajian dan ulangi setiap 7 hari, s 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

Dipindai dengan CamScanner

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

- Tanda Vital : TD : .....mmHg. Nadi : .....x/I Suhu : .....C, Pernafasan : .....x/mt.
- TB :..... cm, BB : .....Kg, Keadaan Umum : Kesadaran: ❑ CM ❑ Menurun ❑ Tidak sadar

1. G.....P.....A.....H.....
2. Tanda – tanda Bersalin
   Kontraksi : ❑ Tidak Ada ❑ Ada, Frekuensi : ..... x dalam 10 menit
   Kekuatan : ❑ Ringan ❑ Sedang ❑ Kuat
3. Pengeluaran Pervaginam :Darah Lendir : ❑ Tidak Ada ❑ Ada
   Air Ketuban : ❑ Tidak Ada ❑ Ada Jam ..... Banyak.....cc.
   Darah : ❑ Tidak Ada ❑ Ada Jam : ..... Banyak.....cc.
4. Masalah-masalah khusus : ❑ Tidak ada ❑ Ada .....
5. Riwayat Kehamilan Sekarang : HPHT ..... TP..... ANC.....x ke.....
   Imunisasi TT : ❑ Tidak ada ❑ Ada x
6. Pergerakan anak dalam 24 jam terakhir : x
7. Palpasi : L I : .....
   L II :.....
   L III :.....
   L IV :.....
   Auskultasi : DJJ : ..... Frekuensi :.....Irama :❑Teratur ❑ Tidak
   Intensitas :❑Kuat ❑ Sedang ❑ LemahMc Donal : .....cm, TBBJ : .....gr
8. **Pemeriksaan Ano genital**
   Perineum : Luka parut : ❑ Tidak Ada ❑ Ada
   Vulva : Edema : ❑Tidak Ada ❑Ada (I/II/III) Varises: ❑Tidak ada ❑ Ada
   Anus : Hemorhoid : ❑Ya ❑Tidak
   Pemeriksaan Dalam :
   a. Pemeriksaan obstetri
      - Dinding vagina : .....
      - Pembukaan : .....Penipisan porsio : .....
      - Ketuban : ..... . Presentasi fetus : .....
      - *Posisi* :..... *Penurunan* : .....

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

Pengkajian Gynekologi (Diisi oleh bidan)

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

.....
.....

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

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

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

Status Mental :❑ Sadar dan Orientasi Baik❑ Ada Masalah Perilaku, Sebutkan .....
❑ Perilaku kekerasan yang dialami pasien sebelumnya .....
Bila terdapat masalah psikologis, pasien di rujuk ke psikiater/ psikolog melalui DPJP
Status Sosial : Hubungan pasien dengan anggota keluarga ❑ Baik ❑ Tidak Baik
Tempat Tinggal :**Rumah**/ Apartemen / Panti / Lainnya :.....
Kerabat terdekat yang dapat dihubungi : Nama;..... .... Hubungan ..... No.Telp.....
Status Spiritual : Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan : .....

Dipindai dengan CamScanner

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

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

KONDISI PASIEN YANG DILAKUKAN TERMINASI KEHAMILAN (diisi oleh dokter)

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

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

- Assesmen terminasi kehamilan pada trimester III

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

- Plasenta Previa
- Solutio Plasenta
- Ketuban Pecah Dini
- Preekslampsi dan Ekslampsia
- Kehamilan lewat waktu
- Pertumbuhan janin terhambat
- OligoHidramion
- .....

Status lokasi :: _____

Pemeriksaan Penunjang: : _____

Diagnosis: _____

Rencana (Edukasi,diagnostic,terapi,rujukan) : _____

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

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

REKONSILIASI OBAT SAAT ADMISI

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

Review kembali saat pasien akan pulang

NO	NAMA OBAT	DOSIS	FREKUENSI	CARA PEMBERIAN	WAKTU PEMBERIAN TERAKHIR	TINDAK LANJUT	PERUBAHAN ATURAN PAKAI
1						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
2						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
3						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
4						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
5						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	

Diketahui oleh farmasi :Nama :.....tanggal dan tanda tangan;.....

Dipindai dengan CamScanner

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

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

DAFTAR MASALAH KEBIDANAN (diisi oleh bidan)

ASESMEN

PENATALAKSANAAN

PENGKAJIAN KEBUTUHAN INFORMASI DAN EDUKASI (diisi oleh bidan)

Persiapan

Bahasa : ◻ Indonesia ◻ Inggris ◻ Daerah ◻ lain-lain.....Kebutuhan penterjemah: ◻ Ya ◻ Tidak
Pendidikan pasien : ◻ SD ◻ SLTP ◻ SLTA ◻ S1 ◻ Lain- lain.....
Baca dan tulis : ◻ baik ◻ Kurang, Pilihan cara belajar : ◻ Verbal ◻ Tulisan, Budaya / Suku/ Etnis .....

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

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

Kebutuhan Edukasi(pilih topic pembelajaran pada kotak yang tersedia)

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

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

EDUKASI

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

PERENCANAAN PULANG/ DISHARGE PLANNING(Diisi oleh bidan)

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

RENCANA PERAWATAN INTERDISIPLIN / REFERAL

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

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

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

CATATAN PERSALINAN

(diisi oleh bidan)

Masuk Kamar Bersalin tanggal _____ Jam _____

Riwayat partus_____

His mulai tanggal _____ jam_____

Ketuban : ☐ Belum ☐ sudah pecah sejak tanggal _____ Jam_____(lamanya_____jam)

Perdarahan antepartum sejak tanggal _____ Banyaknya _____

Gangguan kesadaran ; _____ Kejang _____

Rasa mengejang sejak _____ Nyeri pada _____

Tindakan / pengobatan yang telah diberikan _____

Pemeriksaan Khusus

_____

_____

_____

HB _____ *gr% Leuko* _____ */mm*

Golongan darah: _____

Ureum : _____ mg %

Gula darah ; _____ mg %

Urin ; _____

Status Presens:

Jantung : _____

Edema : _____

Paru : _____

Abdomen : _____

Hal-hal lain: _____

Status Obstetricus

Fundus uteri : _____ Letak anak_____

Bunyi jantung janin _____ / menit ☐ Teratur ☐ Tak teratur☐ Tak Terdengar_____

Pemeriksaan dalam Tanggal _____ Jam _____ Oleh_____

Keadaan portio _____ Pembukaaan _____

Ketuban _____ bagian terendah & turunnya _____

Posisi : _____ lain-lain: _____

Kesan pemeriksaan panggung : _____

Daya akomodasi _____gram . Taksiran berat bayi (Oleh:

_____gram

Imbang feto pelvic _____

DIAGNOSIS

Ibu : _____

Bayi :_____

Prognosis

Ibu : _____ Bayi : _____

RENCANA / TINDAKAN/ PENGOBATAN

Solok, _____**jam**_____
Bidan : _____
Dokter jaga: _____

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

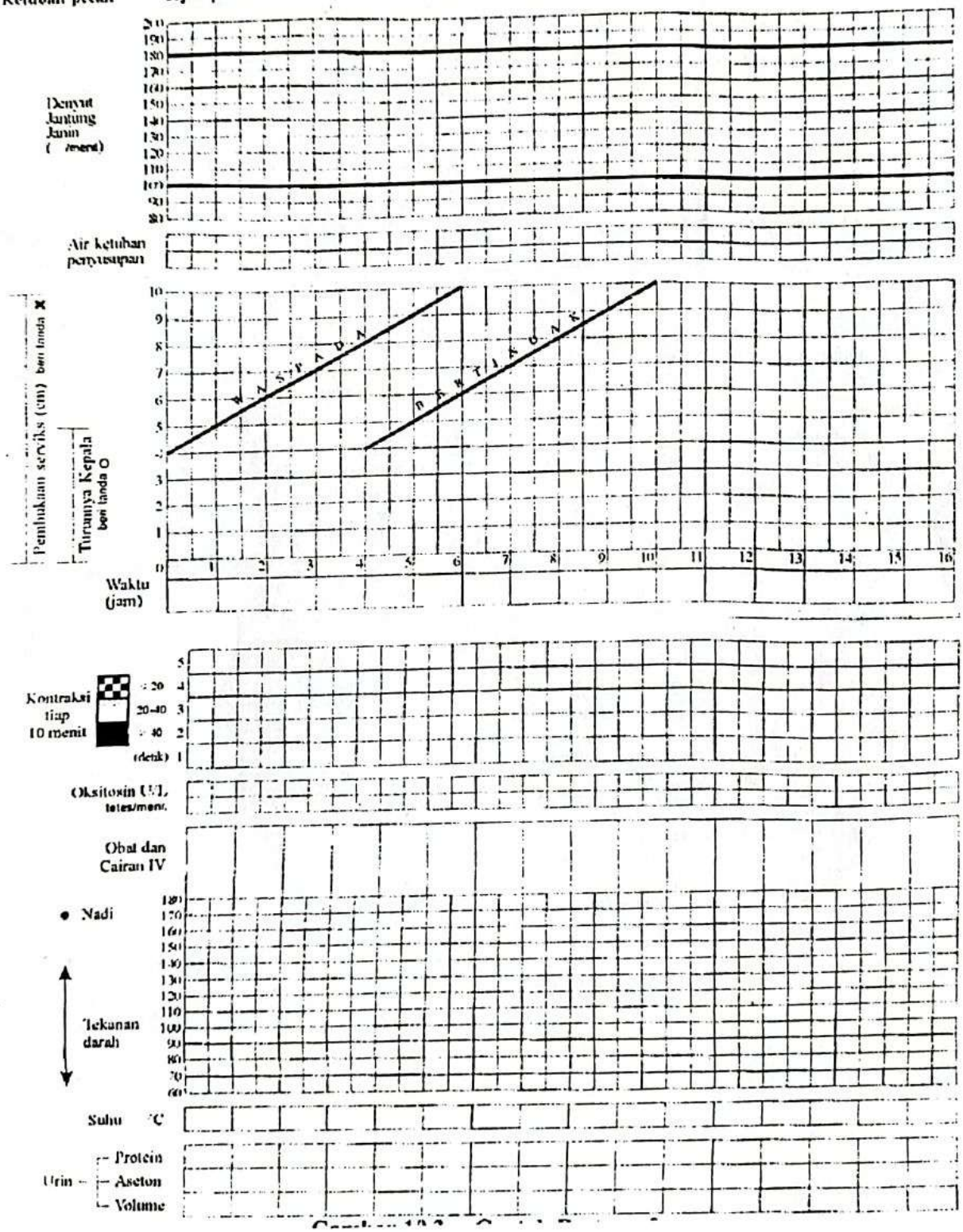
Dipindai dengan CamScanner

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

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

PARTOGRAF

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



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

RM.RI 03.2 C/Rev.01.2019/RM 16.4

Dipindai dengan CamScanner

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

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

LAPORAN PARTUS

Bayi , lahir tanggal _____ Jam _____ Lelakl/ Perempuan , Kembar _____

Lahir hidup/ mati, maceratio tingkat : _____ ❑ Asfiksia ❑ Resusitasi ❑ Kematian

Berat : _____ gram , panjang : _____ cm Kelainan bawaan: _____

NO. RM Bayi : _____

Jenis partus_____

Atas indikasi_____

Luka jalan lahir : ❑ episiotomy ruptura perineal tingkat :

Jahitan :_____

Pengobatan:_____

Transfusi darah/ cairan : _____

Placenta lahir : _____ ❑ Lengkap ❑ tak lengkap

Kelainan pada placenta_____

Panjang tali pusat: _____cm Insertio_____ robekan ke I_____

Berat :_____gram, ukuran_____ PA No. _____ tgl _____

Perdarahan (kala III + kala IV) _____ cc ❑Perdarahan post partum

Keadaan ibu postpartum KU_____ Tensi _____Nadi _____Pernafasan_____

FU_____ Konstraksi _____Perdarahan_____

Bidan _____

Solok, _____jam_____

Tanda Tangan

(: _____)

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

RM.RI 03.3 C/Rev.00.2019/-

Dipindai dengan CamScanner

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

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

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

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI NEONATUS

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

A. Anamnesis Ibu(diisi oleh dokter)

Identitas orang tua :

Nama Ibu	:.....	Nama Ayah	:.....
Umur	:.....	Umur	:.....
Perkawinan Ke	:.....	Perkawinan Ke	:.....
Pekerjaan	:.....	Pekerjaan	:.....
Pendidikan	:.....	Pendidikan	:.....
Agama	:.....	Agama	:.....

2.Riwayat kelahiran yang lalu (diisi oleh dokter)

No	Tanggal/ Tahun kelahiran	Sex	Berat badan lahir	Keadaan bayi		Penyakit wanita hamil	Jenis persalinan	Lain-lain
				Anak hidup + < 1 hari + < 28 hari + > 28 hari Lahir mati Abortus Lain-lain	Toksemi Eklamsi CPD Perdarahan Lain-lain	Diabetes Ileus Jantung Hipertensi Lain-lain	Spontan Sunsang Ekst. forcep SC	
1				☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	
2				☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	
3				☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	
4				☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	
5				☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	
6				☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	
7				☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	
8				☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	

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

4.Riwayat Persalinan/ Kelahiran (diisi oleh dokter)
Persalinan : ❑ Spontan ❑ Induksi dengan cara : ..... ❑ SC ❑Ekstraksi vakum/ forceps
Tempat lahir ❑ RSUD M. Natsir ❑Luar RS . Indikasi..... .....
Obat-obatan yang dipakai : ❑ Analgesia ❑ Anestesi ❑ Antibiotik ❑ Lain-lain.....

5. Lama Persalinan (diisi oleh dokter)
Kala I :.....Jam, Kala II:.....jam, Pecah Ketuban :....Jam sebelum persalinan,Suhu ibu dlm persalinan .....

6. Riwayat Kehamilan sekarang (diisi oleh dokter)
G ..... P..... A ..... Pemeriksaan antenatal ❑ Sp OG ❑ Bidan ❑tidak ada
❑ *Pemeriksaan teratur* ❑ *Pemeriksaaan tidak teratur*
Kelainan ❑Isoimmunisasi ❑ Toxsemia ❑ Hydroamnion ❑ Perdarahan pervagina
❑Diabetes ❑Infeksi Tr. Urogen ❑Lain-lain

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

8. **USG Antenatal** (diisi oleh dokter)
Usia kehamilan:

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

Riwayat alergi/ reaksi bayi

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

Bila pasien alergi gunakan gelang "merah"

B. Anamnesis neonatus (diisi oleh dokter)

1. Keadaan bayi baru lahir

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

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

SCORE (pengisian : ▫ 1 menit pertama △ 5 menit kedua)

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

3. Cara resusitasi (diisi oleh dokter)

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

Keterangan:

Golongan darah :..... RH :.....

7. Hasil pemeriksaan penunjang (diisi oleh dokter)

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

4. Keluhan utama (diisi oleh dokter)

:.....
.....

5. Riwayat Penyakit Sekarang **((diisi oleh dokter)**

6. Pemeriksaan fisik (diisi oleh dokter)

Keadaan Umum :

Nadi : ..... Nafas ..... Suhu..... SpO2; .....

- ➢ Tonus/ keaktifan : .....
- ➢ Reflek moro : .....
- ➢ Reflek Rooting : .....
- ➢ Reflek isap : .....
- ➢ Reflek pegang : .....
- ➢ Kulit : .....
- ➢ Kepala : .....
- ➢ Fontanel : .....
- ➢ Mata : .....
- ➢ Mulut : .....
- ➢ Paru-paru : .....
- ➢ Jantung : .....
- ➢ Perut : .....
- ➢ Tali pusat : .....
- ➢ Genitalia : .....
- ➢ Anggota gerak : .....
- ➢ Kel. Kongenital : .....
- ➢ Lingkaran Kepala :..... panjang lengan : .....

Lingkar dada :..... panjang tungkai :.....
Lingkar perut :..... Kepala-simfisis :.....
Simfisis- kaki : .....

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

8. Penilaian Skor Downes (diisi oleh dokter)

Pernapasan	0	1	2	Nilai
Frekuensi nafas	< 60/menit	60 – 80 menit	>80/menit	
Retraksi	Tidak ada retraksi	Retraksi ringan	Retraksi berat	
Sianosis	Tidak sianosis	Sianosis hilang dengan O_2	Sianosis menetap walaupun diberi O_2	
Air Entry	Udara masuk	Penurunan ringan udara masuk	Tidak ada udara masuk	
Merintih	Tidak merintih	Dapat di dengar dengan stetoskop	Dapat didengar tanpa alat bantu	
			Total Nilai	

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

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

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

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

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

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

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

Kebutuhan Edukasi (pilih topic pembelajaran pada kotak yang tersedia)

☐ 1. Hak untuk berpartisipasi pada proses pelayanan ☐ 2. Prosedur pemeriksaan penunjang ☐3.Diet dan nutrisi
☐ 4.Proses pemberian informed consent ☐ 5 Kondisi kes. Diagnosis pasti dan penatalaksanaannya
☐ 6 Penggunaan obat secara efektif, aman, efek samping serta interaksinya ☐ 7. Stimulasi tumbuh kembang
☐ 8. Perawatan luka ☐9. Managemen nyeri ☐ 10. Perawatan stoma ☐ 11. Rehabilitasi ☐12 jaminan finansial ☐ 13. *Perawatan bayi baru lahir : Cara menjemur bayi, cara merawat tali pusat, cara menyusui* baik yang benar, pijat bayi, cara memandikan bayi, metode kangguru , lain-lain.....
☐ 14. Mengenal tanda dan bahaya bayi baru lahir yaitu : antara lain :

- Bayi tidak mau minum, memuntahkan minum ASI/ Susu Formula
- Kejang, Bergerak jika dirangsang, Nafas cepat > 60 x/ menit, Nafas lambat < 30 x/ menit
- Tarikan dinding dada kedalam, Merintih, Teraba demam (suhu > 37,5 C), Teraba dingin suhu ketiak 36 C
- Nanah yang banyak dimata, Pusar kemerahan,
- Tampak kuning pada muka, badan, kaki, telapak tangan dan telapak kaki, diare

Kesediaan Keluarga menerima informasi dan Edukasi : ☐ Ya ☐ Tidak

Nama &TT Keluarga:

EDUKASI

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

12. Diagnosa Medis (diisi oleh dokter)

Pengobatan/ tata laksana

13. Masalah Keperawatan (diisi oleh perawat/ bidan)

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

14. Rekonsiliasi obat (diisi oleh dokter

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

REKONSILIASI OBAT SAAT ADMISI

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

Review kembali saat pasien akan pulang

NO	NAMA OBAT	DOSIS	FREKUENSI	CARA PEMBERIAN	WAKTU PEMBERIAN TERAKHIR	TINDAK LANJUT	PERUBAHAN ATURAN PAKAI
1						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
2						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
3						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
4						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	
5						(...) lanjut aturan pakai sama (...)lanjut aturan pakai berubah (...) Stop	

Diketahui oleh farmasi Nama : ..... Tanggal dan tanda tangan : .....

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

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

16.RENCANA PERAWATAN INTERDISIPLIN / REFERAL

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

Tanggal / Jam **Tanggal / Jam**

Perawat / bidan yang melakukan pengkajian DPJP yang melakukan pengkajian

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

SURAT IDENTITAS BAYI

Nama Ibu :..... Nama Ayah :..... Ruangan /Kelas :...../ I/II/III/VIP/VVI *(mohon dilingkari)*	Alamat :..... ..... Telp /Hp :.....

Tanggal lahir :.....jam.....
Jenis kelamin bayi : ☐ lk ☐ pr
Dokter/ Bidan Penolong :.....
Warna kulit :.....
BB :.....Kg, Panjang Badan : .....cm, Lingkar Kepala.....cm

Cap Ibu Jari Tangan Kanan Ibu	Semua jari & telapak kaki Kanan bayi	Semua jari & telapak kaki Kiri bayi

Tanda tangan orang yang menentukan jenis kelamin (Dokter Jaga)	Tanda Tangan Bidan/ Perawat
(.....)	(.....)

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

Tanggal,.....
Jam :.....

Tanda tangan perawat;bidan /saksi

Tanda tangan ibu/ wali

( ) ( )

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

RM.RI 3D.1/ Rev.0..2019/RM.15.2

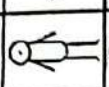
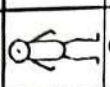
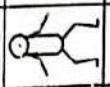
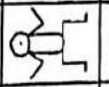
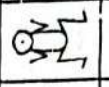
Dipindai dengan CamScanner

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

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

New Ballard Score

NEUROMUSCULAR MATURITY

NEUROMUSCULAR MATURITY SIGN	SCORE -1	0	1	2	3	4	5	RECORD SCORE HERE
POSTURE								
SQUARE WINDOW (Wrist)	>90°	90°	60°	45°	30°	0°		
ARM RECOIL		180°	140°-180°	110°-140°	90°-110°	<90°		
POPLITEAL ANGLE	180°	160°	140°	120°	100°	90°	<90°	
SCARF SIGN								
HEEL TO EAR								
							TOTAL NEUROMUSCULAR MATURITY SCORE	

Total Score _____

MATURITY RATING

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

PHYSICAL MATURITY

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

GESTATIONAL AGE (weeks)

By exam _____

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

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

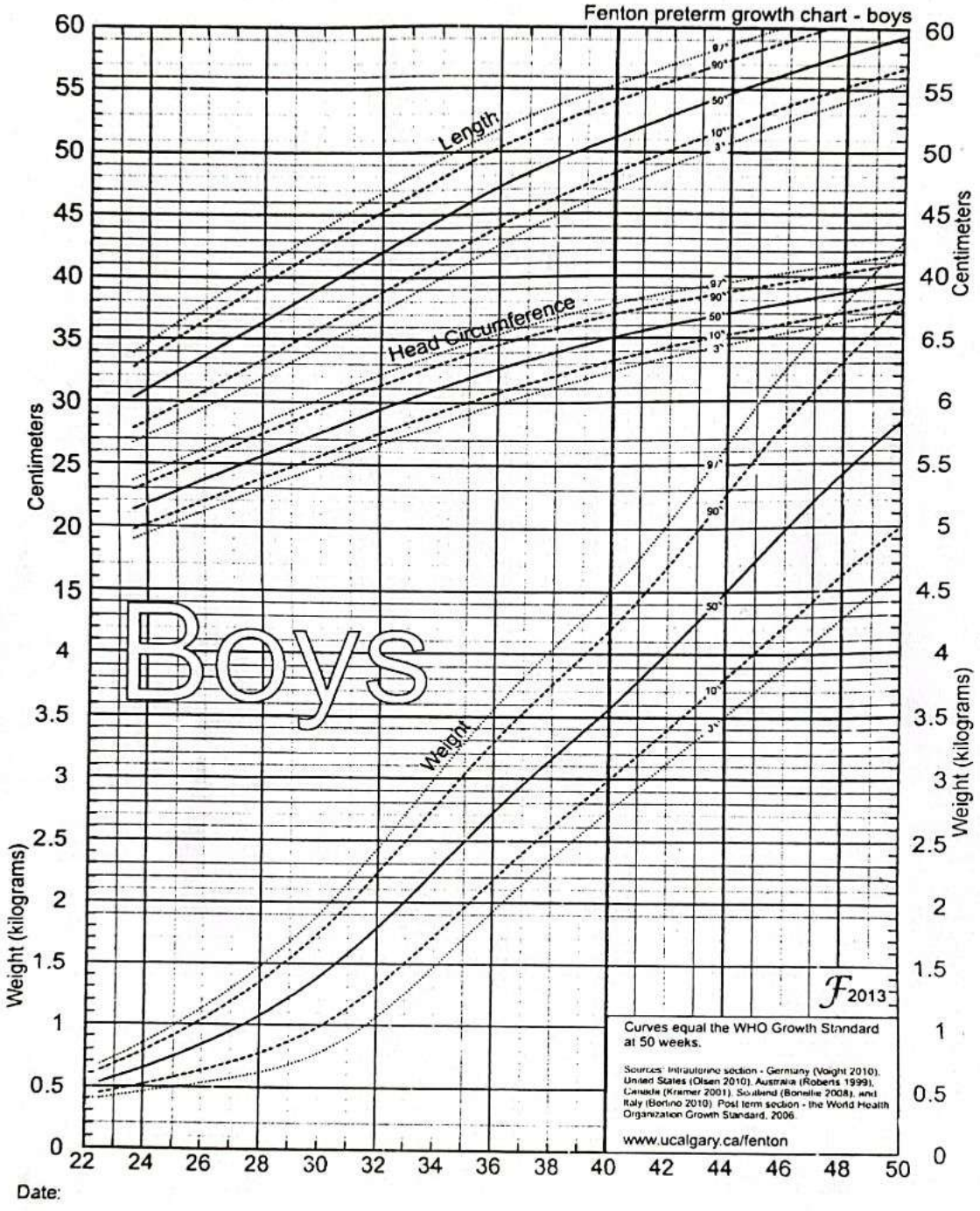
RM.RI 3D.02/ Rev.00.2019/-

Dipindai dengan CamScanner

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

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

FENTON PRETERM GROWTH CHART BOYS



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

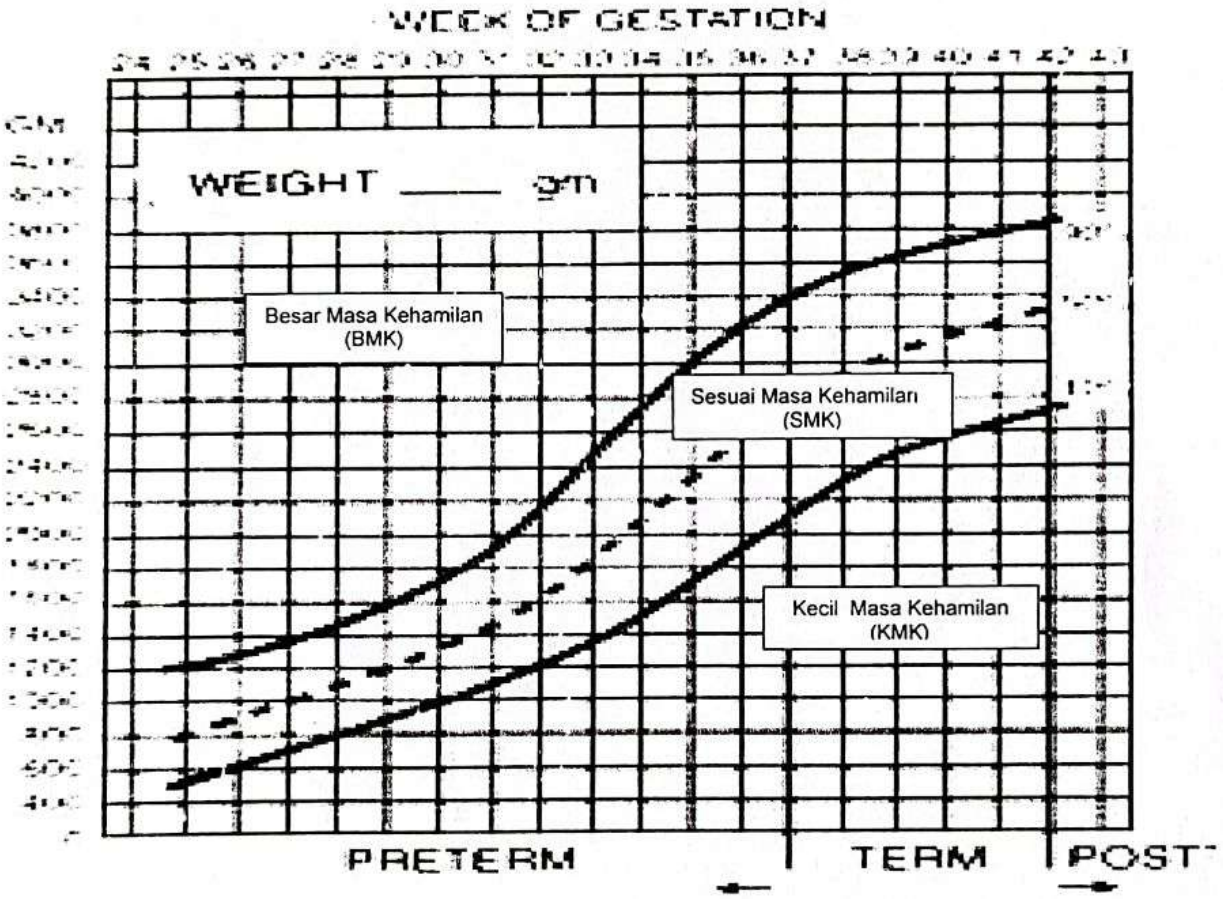
Dipindai dengan CamScanner

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

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

KLASIFIKASI NEONATUS BERDASARKAN MATURITAS DAN PERTUMBUHAN INTRAUTERIN

(LUBCHENCO CURVE)



Kesimpulan

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

Asesmen tambahan: Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL MEDIS PASIEN GERIATRI

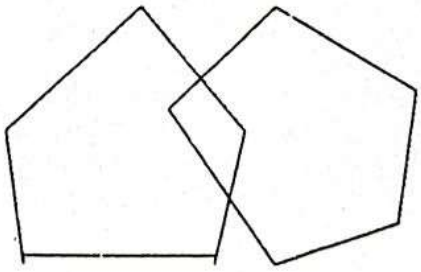
(Formulir ini digunakan untuk pasien usia lanjut dan harus dilengkapi dalam 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat)

I. PENGKAJIAN STATUS MENTAL MINI

(MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

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

JUMLAH : ( )



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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

II. PENGKAJIAN *ABBREVIATED MENTAL TEST (AMT)*

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

III. PENAPISAN DEPRESI

(GERIATRIC DEPRESSION SCALE)

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

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

IV. STATUS FUNGSIONAL

(INDEKS ADL BARTHEL)

No	Fungsi	Skor	Keterangan	Nilai Skor
3.01	Mengendalikan rangsang pembuangan tinja	0 1 2	Tak terkendali / tak teratur (perlu pencahar) Kadang-kadang tak terkendali (1x seminggu) Terkendali teratur	
3.02	Mengendalikan rangsang berkemih	0 1 2	Tak terkendali atau pakai kateter Kadang-kadang tak terkendali (hanya1x/ 24 jam) Mandiri	
3.03	Membersikan diri (seka muka, sisir rambut, sikat gigi)	0 1	Butuh pertolongan orang lain Mandiri	
3.04	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0 1 2	Tergantung pertolongan orang lain Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri beberapa kegiatan yang lain Mandiri	
3.05	Makan	0 1 2	Tidak mampu Perlu ditolong memotong makanan Mandiri	
3.06	Berubah sikap dari berbaring ke *duduk*	0 1 2 3	Tidak mampu *Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk(2orang)* Bantuan minimal 1 orang Mandiri	
3.07	Berpindah / berjalan	0 1 2 3	Tidak mampu Bisa (pindah) dengan kursi roda Berjalan dengan bantuan 1 orang Mandiri	
3.08	Memakai baju	0 1 2	Tergantung orang lain Sebagian dibantu (misalnya mengancing baju) Mandiri	
3.09	Naik turun tangga	0 1 2	Tidak mampu Butuh pertolongan Mandiri	
3.10	Mandi	0 1	Tergantung orang lain Mandiri	
TOTAL SKOR				

Keterangan ***Skor :***

20 : Mandiri *5 – 8 : Ketergantungan berat* *9-11 : Ketergantungan sedang*

12 – 19 : Ketergantungan ringan *0 – 4 : Ketergantungan total*

SKOR INDEKS ADL BARTHEL (ADL)

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

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

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl.Sirapang Rumbio Kota Solok Telp.(0755) 20003 Faks: (0755) 20603
Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

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

V. SKOR *INDEKS INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING*

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

Total nilai :.....

*) Skor total antara 0-8
Skor total yang semakin rendah menandakan semakin tinggi tingkat ketergantungan

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

VI. STATUS NUTRISI *(MINI NUTRISIONAL ASSESMENT (MNA)*

BB:..... TB:..... TL :.....

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

PENAPISAN (*SCREENING*)

A. Apakah ada penurunan asupan makanan dalam jangka waktu 3 bulan oleh karena kehilangan nafsu makan, masalah pencernaan, kesulitan menelan, atau mengunyah?
0 = nafsu makan yang sangat berkurang
1 = nafsu makan sedikit berkurang (sedang)
2 = nafsu makan biasa saja

B. Penurunan berat badan dalam 3 bulan terakhir: 0 = penurunan berat badan lebih dari 3 kg
1 = tidak tahu
2 = penurunan berat badan 1 – 3 kg
3 = tidak ada penurunan berat badan

C. Mobilitas
0 = harus berbaring di tempat tidur atau menggunakan kursi roda
1 = bisa keluar dari tempat tidur atau kursi roda, tetapi tidak bisa ke luar rumah.
2 = bisa keluar rumah

D. Menderita stress psikologis atau penyakit akut dalam 3 bulan terakhir
0 = ya 2 = tidak

E. Masalah neuropsikologis
0 = demensia berat atau depresi berat
1 = demensia ringan
2 = tidak ada masalah psikologis

F. Indeks massa tubuh (IMT) (berat badan dalam kg/tinggi badan dalam m2)
0= IMT < 19 1 = IMT 19 - < 21
= IMT 21 - < 223 3 = IMT 23 atau lebih

TOTAL

- Skor PENAPISAN (Subtotal maksimum 14 poin)
- Skor ≥ 12 normal, tidak beresiko → tdk perlu melengkapi pengkajian
- Skor ≤ 11 kemungkinan malnutrisi → lanjutkan pengkajian

PENGKAJIAN (ASSESMENT)

G. Hidup mandiri, tidak tergantung orang lain (bukan di rumah sakit atau panti werdha)
0 = tidak *1 = ya*

H. Minum obat lebih dari 3 macam dalam 1 hari
0 = ya 1 = tidak

I. Terdapat ulkus dekubitus/luka tekan atau luka di kulit
0 = ya 1 = tidak

J. Berapa kali pasien makan lengkap dalam 1 hari ?
0 = 1 kali 1 = 2 kali 2 = 3 kali

K. Konsumsi BM tertentu yg diketahui sebagai BM sumber protein (asupan protein)
- Sedikitnya 1 penukar dari produk susu *(susu, keju, yogurt) per hari (ya/tidak)*
- Dua penukar atau lebih dari kacang-kacangan atau telur perminggu (ya/tidak)
- Daging, ikan, atau unggas tiap hari (ya/tidak)

0,0 = jika 0 atau 1 pertanyaan jawabannya 'ya'
0,5 = jika 2 pertanyaan jawabannya 'ya'
1,0 = jika 3 pertanyaan jawabannya 'ya'

L. Adakah mengkonsumsi 2 penukar atau lebih buah atau sayuran per hari ?
0 = tidak 1 = ya

M. Berapa banyak cairan (air,jus,kopi,teh, susu,...) yang diminum setiap hari ?
0,0 = kurang dari 3 gelas
0,5 = 3 sampai 5 gelas
1,0 = lebih dari 5 gelas

N. Cara makan
0 = tidak dapat makan tanpa bantuan
1 = makan sendiri dengan sedikit kesulitan
2 = dapat makan sendiri tanpa masalah

O. *PAndangan pesien terhadap status gizinya*
0 = merasa dirinya kekurangan makan/kurang gizi
1 = tidak dapat menilai/ tidak yakin akan status gizinya
2 = merasa tidak ada masalah dengan status gizinya.

P. Dibandingkan dengan orang lain yang seumur, bagaimana pasien melihat status kesehatannya ?
0,0 = tidak sebaik mereka
0,5 = tidak tahu
1,0 = sama baik 2,0 = lebih baik

Q. Lingkar Lengan atas (LLA) dalam cm
0,0 = LLA < 21 0,5 = LLA 21 – < 22
1, 0 = LLA ≥ 22

R. Lingkar betis (LB) dalam cm
0 = LB < 31 1 = LB ≥ 31

SKOR PENGKAJIAN
(maksimum 16 poin)

SKOR PENAPISAN

PENILAIAN TOTAL
(Maksimum 30 poni)
SKOR INDIKATOR MALNUTRISI :
.....
17 sampai 23,5 poin ; beresiko malnutrisi
Kurang dari 17 poin : Malnutrisi

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

Dipindai dengan CamScanner

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

VII. STATUS KUALITAS HIDUP (EQ5D)

BAGIAN PERTAMA DARI EQ-5D

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

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

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

3. AKTIVITAS SEHARI-HARI (mis: pekerjaan rumah tangga, aktivitas keluarga, bersantai)
   a. Saya tak mempunyai kesulitan dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari saya ☐
   b. Saya mempunyai keterbatasan dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari ☐
   c. Saya tak mampu melaksanakan kegiatan sehari-hari ☐

4. RASA NYERI/ RASA TAK NYAMAN
   a. Saya tidak mempyai keluhan rasa nyeri atau rasa tak nyaman ☐
   b. Saya sering merasakan agak nyeri/ agak kurang nyaman ☐
   c. Saya menderita karena keluhan rasa nyeri atau tidak nyaman ☐

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

BAGIAN KEDUA DARI EQ-5D

Untuk menyatakan tingkatkesehatan Bapak/ Ibu, berikut adalah sebuat alat ukut dengan skala yang dapat mengambarkan tingkat kesehatan yang menurut Bapak/ Ibu [aling sesuai. Jika tingkat kesehatan yang dirasakan sangat baik maka dapat ditandai ke angka 100 sedangkan jika tingkat kesehatan Bapak/ Ibu sangat buruk maka dapat diberi tanda di angka 0.

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

VIII. STATUS FAIRLY

Sistem Skor FI-40 items

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

Skor FI 40 item: ____ Normal/ Fit/ *Robust*: ≤0,08; *Pre-frail*: >0,08-<0,25; *Frail*:≥0,25

Tanggal..... jam .....
Dokter yang melengkapi pengkajian

(.....)

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI RAWAT INAP JIWA/ *PSIKIATRI*

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

Pengkajian : Tanggal _____ Jam _____
Pengkajian diperoleh dari : ☐**Pasien (*Auto anamnesa*)** ☐Keluarga (***Alloanamnesa***)

Diisi oleh Dokter.

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

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

ASSESMEN AWAL RESIKO

Ket: beritanda √

ASSESMEN BUNUH DIRI

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

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

ASSESMEN KEKERASAN FISIK

KEKERASAN FISIK Faktor Statik (riwayat)	Ya (1)	Tidak (0)	Tidak tahu	KEKERASAN FISIK Faktor Dinamis (saatini)	Ya (1)	Tidak (0)	Tidak tahu
Insiden kekerasan baru-baru ini				Mengeksprəsikan 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, atauagitasi			
Riwayat melakukan tindakan Berbahayaatau ide Kekerasan :.....				Kesenangan untuk ide / tindakan kekerasan			
Riwayat kekerasan masa Kanak-kanak				Perilaku seksual yang tidak wajar			
Kurangnya peran dalam hidup (pekerjaan , hubungan)				Berkurangnya / kehilangan untuk control diri			
Riwayat penggunaan NAFZA				Penggunaan NAFZA			
JumlahSkor :				JumlahSkor:			

FAKTOR-FAKTOR PENCEGAHAN :

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

FAKTOR-FAKTOR LAINNYA

MANAGEMENT PLAN

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

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

Ket: beritanda √

ASESMEN MELARIKAN DIRI

MELARIKAN DIRI Fakto rStatik (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 tidakwajar			
Riwayat penggunaan NAFZA				Penggunaan NAFZA			
Diagnosa gangguan kepribadian				Kemarahan frustasi			
Riwayat kriminal				Ketakutan perawatan (pasien nakes, pengobatan)			
Jumlah Skor :				JumlahSkor:			

FAKTOR-FAKTOR PENCEGAHAN :

MANAGEMENT PLAN

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

HASIL ASSESMEN PASIEN
Resiko Bunuh Diri
Resiko KekerasanFisik
Resiko MelarikanDiri

TanggalAssesmen :	**Nama Petugas :**
Jam Assesmen :	**Paraf Petugas :**

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

L/P

ASUHAN KEPERAWATAN

TGL/ Jam	DIAGNOSA	TINDAKAN	PERTEMUAN					TANDA TANGAN & Nama perawat
			1	2	3	4	5 s/d 12	Pada Pertemuan
	RESIKO BUNUH DIRI	PASIEN	o Identifikasi beratnya masalah resiko bunuh diri, isyarat, ancaman, percobaan (jika percobaan segera rujuk) o Identifikasi benda-benda berbahaya dan mengancam (lingkungan aman untuk pasien) o Latih cara mengendalikan diri dari dorongan bunuh diri; buat daftar aspek positif diri sendiri, latihan afirmasi/ berfikir aspek positif yang dimiliki o Masukkan dalam jadwal latihan berfikir positif 5 kali per hari o	o Evaluasi kegiatan berfikir positif tentang diri sendiri. Beri pujian. Kaji ulang resiko bunuh diri o Latih cara mengendalikan diri dari dorongan bunuh diri ; buat daftar aspek positif keluarga dan lingkungan, latih afirmasi/ berfikir aspek positif keluarga dan lingkungan o Masukkan pada jadwal latihan berfikir positif tentang diri, keluarga dan lingkungan o	o Evaluasi kegiatan berfikir positif tentang diri sendiri. Beri pujian. Kaji resiko bunuh diri o Diskusikan harapan dan masa depan o Diskusikan cara mencapai harapan dan masa depan o Latih cara-cara mencapai harapan dan masa depan secara bertahap (setahap demi setahap) o Masukkan pada jadwal latihan berfikir positif tentang diri, keluarga dan lingkungan dan tahapan kegiatan yang dipilih o	o Evaluasi kegiatan berfikir positif tentang diri sendiri, keluarga dan lingkungan serta kegiatan yang dipilih. Beri pujian. o Latih tahap kedua kegiatan mencapai masa depan o Masukkan pada jadwal latihan berfikir positif tentang diri, keluarga dan lingkungan serta kegiatan yang dipilih untuk persiapan masa depan o	o Evaluasi kegiatan latihan peningkatan positif diri, keluarga dan lingkunganBeri pujian. o Evaluasi tahapan kegiatan mencapai harapan masa depan o Latih kegiatan harian o Nilai kemapuan yang telah mandiri o Nilai apakah resiko bunuh diri teratasi o	

Dipindai dengan CamScanner

		KELUARGA	o Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien o Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya resiko bunuh diri (gunakan booklet) o Jelaskan cara merawat resiko bunuh diri o Latih cara memberikan pujian hal positif pasien, memberi dukungan pencapaian masa depan o Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memerikan pujian o	o Evaluasi kegiatan keluarga dalam memberikan pujian dan penghargaan atas keberhasilan dan aspek positif pasien. Beri pujian o Latih cara memberi penghargaan pada pasien dan menciptakan suasana positif suasana positif dalam keluarga; tidak memberikan keburukan anggota keluarga o Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian o	o Evaluasi kegiatan keluarga dalam memberikan pujian dan penghargaan pada pasien serta menciptakan suasana positif dalam keluarga. Beri pujian o Bersama keluarga berdiskusi dengan pasien tentang harapan masa depan serta langkah-langkah mencapainya o Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian o	o Evaluasi kegiatan keluarga dalam memberikan pujian, penghargaan dan menciptakan suasana positif dan kegiatan awal dalam mencapai harapan masa depan. Beri pujian o Bersama keluarga berdiskusi tentang langkah dan kegiatan untuk mencapai harapan masa depan o Jelaskan follow up ke PKM, tanda kambuh, rujukan o Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian o	o Evaluasi kegiatan keluarga dalam memberikan pujian, penghargaan dan menciptakan suasana positif dan membimbing langkah-langkah mencapai harapan masa depan. Beri pujian o Nilai kemapuan keluarga merawat pasien o Nilai kemapuan keluarga melakukan kontrol ke PKM o	

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

JADWAL KEGIATAN HARIAN PASIEN PSIKIATRI/ JIWA

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

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

PETUNJUK :

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

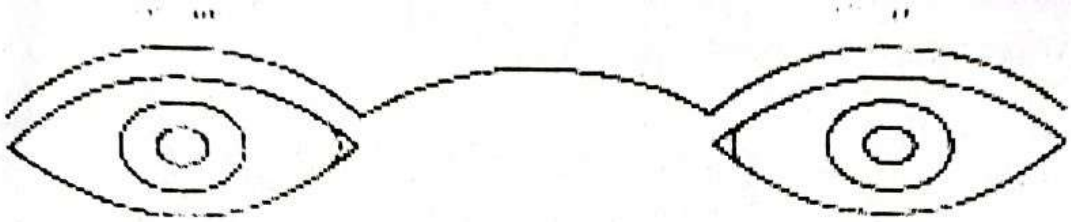
Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL MEDIS PASIEN RAWAT INAP MATA/ THT

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

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

Pemeriksaan Fisik khusus Mata (diisi oleh dokter spesialis mata)



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

Diagnosa :

Anjuran :

Solok,

Dokter Spesialis Mata

(.....)

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL MEDIS PASIEN RAWAT INAP MATA/ THT

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

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

STATUS LOKALIS THT (diisi oleh dokter spesialis THT)

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

Diagnosa :

Anjuran :

Solok,

Dokter Spesialis THT

(.....)

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

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp.(0755) 20003 Faks: (0755) 20[illegible]03
Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

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

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN AWAL MEDIS PASIEN NEUROLOGI

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

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

ANAMNESIS(diisi oleh dokter)
Pengkajian diperoleh dari : ❑ Pasien Sendiri (*Auto anamnesa*)
❑ Keluarga, hubungan dengan pasien..... (*Alloanamnesa*)

Status Internis

1. Keadaan Umum : Tekanan darah.....Nadi.....Pernafasan:..... Suhu.....
2. Cranium
3. Leher
4. Thorak
5. Abdomen
6. Extremitas

a. Status Psikiatri

b. Status Neurologis

➢ **Kepala**

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

Pemeriksaan saraf cranial

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

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

- **Vertebra**
- **Extremitas**

Reflek Fisiologis :

Reflek Patologis

Pemeriksaan kekuatan otot

	T.ka	T ki
	K . ka	K. ki

☐☐☐		☐☐☐				
☐☐☐		☐☐☐				

- **Status Kesadaran**

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

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

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

Tanggal / Jam
DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

Dipindai dengan CamScanner

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

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

Asesmen tambahan

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

PERENCANAAN PULANG PASIEN TERINTEGRASI
(DISCHARGE PLANNING)

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

RM.RI Kh 04.2/Rev.01.2019/RM 06.5;15.5;16.3;21.1

Dipindai dengan CamScanner

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

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

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

Obat-obatan yang dibawakan pulang :

No	NAMA OBAT	DOSIS	JUMLAH	No	NAMA OBAT	DOSIS	JUMLAH
1.			- -	9			
2.				10			
3.				11			
4.				12			
5.				13			
6				14			
7				15			
8				16			

***Khusus pasien Kebidanan**
Mencocokkan nama dan nomor gelang ibu pada bayi ☐ Ya ☐ Tidak
Disaksikan oleh orangtua bayi saat mencocokkan ☐ Ya ☐ Tidak

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

Pulang ke alamat :.....
Nama Penjemput :.....
Hubungan dengan pasien :.....

Solok,
Discharger Planer/ perawat
Pasien/ Keluarga

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

PENGKAJIAN RESTRAIN

PENGKAJIAN STATUS MENTAL

Kesadaran : ◻ compos mentis ◻ Apatis ◻ Delirium ◻ samnolen ◻ stupor ◻ coma
GCS : E..... M..... V.....
Tanda vital: TD : ...../.....mmHg, Nadi :.....x/mt RR:.....x/mt Suhu:.....C.
Skala nyeri :.....
Hasil Observasi :

- ◻ Pasien gelisah atau delirium dan berontak
- ◻ Pasien tidak kooperatif
- ◻ Ketidakmampuan dalam mengikuti perintah untuk tidak meninggalkan tempat tidur

PERTIMBANGAN KLINIS

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

PENILAIAN DAN INSTRUKSI DOKTER

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

RENCANA PENGKAJIAN LANJUTAN

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

PENDIDIKAN RESTRAIN PASIEN ATAU KELUARGA

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

Tanggal / Jam		**Tanggal / Jam**
Perawat / bidan yang melakukan pengkajian	Keluarga yang menyetujui	DPJP yang melakukan pengkajian
(.....	(.....)	(.....)

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

RM.RI Kh 05/Rev. 01.2019/ RM.35

Dipindai dengan CamScanner

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

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

MONITORING RESTRAIN

Observasi restrain	**Kondisi kooperatif atau tidak kooperatif**	**Kriteria untuk menghentikan pemakaian restrain**
1. *Observasi 39 menit ke 1 dan ke 2* setelah tindakan restrain 2. selanjutnya 2 jam		1. Mampu mengenali orang, tempat, lingkungan dan waktu 2. Mampu secara verbal melakukan kesepakatan untuk keamanan 3. Pasien sadar penuh (GCS 15) 4. *Prilaku awal tidak ditemukan*

Lokasi pemasangan restrain (beri tanda √ pada □ sesuai dengan lokasi dan observasi restrain)
□ Pergelangan tangan kiri □ pergelangan kaki kiri □ Badan
□ Pergelangan tangan kanan □ Pergelangan kaki kanan

Tgl Jam	Lokasi Pemasangan restrain	Perawat/bidan		Observasi lokasi pemasangan restrain						Kondisi	Perawat/Bidan	
		Nama	Paraf	Edema		Iritasi		Sirkulasi			Nama	Paraf
				Ya	Tidak	ya	tidak	ya	tidak			

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

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

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI RAWAT INAP PENYAKIT MENULAR/ INFEKSIUS

Tanggal masuk : ... . **.....20.....** **Jam:.....** **Unit Kerja :. .....**

ANAMNESIS(diisi oleh dokter)

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

KELUHAN UTAMA (diisi oleh dokter)

PEMERIKSAAN MULTI ORGAN (diisi oleh dokter)

Keadaan Umum :

HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG KHUSUS (dicantumkan oleh dokter)
Merupakan hasil pemeriksaan laboratorium rutin dan pemeriksaan penunjang lainnya (rontgen, EKG, dll) – Data yang relevan atau bermakna secara klinis.

Diagnosa sementara :

Diagnosa Diferensial

Penatalaksanaan

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

Kebutuhan Edukasi Khusus ruang isolasi yaitu
☐ Pengertian tanda dan gejala TB, pencegahan dan peraturan ruang isolasi
☐ _____
☐ _____
☐ _____

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

Tanda tangan dan nama jelas

Tanggal / Jam
Perawat yang melakukan pengkajian

(.....)

Tanggal / Jam
DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

Asesmen tambahan : Kelompok khusus

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

Berat Badan : _____Kg Tinggi Badan : _____ cm IMT: _____kg/ m ^{2}	
Kewarganegaraan : ☐WNI ☐WNA	*Suku Bangsa : Sebutkan :* _____
Bahasa yang digunakan ☐Indonesia ☐ Inggris ☐Bahasa Daerah ☐Bahasa asing lainnya	Agama : ☐Islam ☐Kristen ☐Katolik ☐Hindu ☐Budha ☐ Kepercayaan
Status : ☐Belum Menikah ☐Sudah menikah ☐ Cerai	Yang merawat : ☐ Suami/ Istri ☐ Anak ☐Tidak ada ☐ lain-lain

Tanggal : / /	Nama lengkap keluarga	Tanda tangan

Perawatan Terintegrasi

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

Isu Psikologis

Asesmen Sistematik Jika diperlukan

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

No Rekam Medis : ☐☐☐☐☐☐

Nama Pasien : L/P

Tanggal Lahir :

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

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

Asesmen Pasien

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

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

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

Tanggal / Jam

DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

Asesmen tambahan : Kelompok khusus
Lanjutkan pengisian rawat Inap Setelah dari IGD/ Rawat Jalan

PENGKAJIAN AWAL PASIEN TERINTEGRASI RAWAT INAP SISTEM IMUN TERGANGGU

Tanggal masuk : ... .**20**..... **Jam:**..... **Unit Kerja :**. .....

ANAMNESIS(diisi oleh dokter)

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

KELUHAN UTAMA (diisi oleh dokter)

PEMERIKSAAN MULTI ORGAN (diisi oleh dokter)

Keadaan Umum :

HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG KHUSUS (dicantumkan oleh dokter)

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

Diagnosa sementara :

Diagnosa Diferensial

Penatalaksanaan

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

Kebutuhan Edukasi Khusus ruang isolasi yaitu

☐ Pengertian tanda dan gejala, pencegahan dan peraturan ruang khusus
☐ _____
☐ _____
☐ _____

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

Tanda tangan dan nama jelas

Tanggal / Jam
Perawat yang melakukan pengkajian

(.....)

Tanggal / Jam
DPJP yang melakukan pengkajian

(.....)

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

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

Tanggal Kedatangan :
Nomor Rekam Medik :
Nama :: Tgl lahir:
Alamat tempat tinggal :
Telp/HP : Jenis Kel: 1 (Lakilaki) 2 (Perempuan)

1	**INFORMASI DEMOGRAFIS**	1.	Status Perkawinan :	Belum Menikah = 1 Menikah = 2 Duda / Janda = 3	
		2.	Pendidikan terakhir :	Tidak sekolah/Tdk tamat SD = 0 Tamat SD =1 Tamat SLTP = 2 Tamat SLTA = 3 Tamat Akademi = 4 Tamat PT = 5	

2	**STATUS MEDIS** *Tanggal asesmen (.....)* Skala Penilaian Pasien	1.	**Riwayat rawat inap yang tidak terkait masalah narkotika**				
			Jenis Penyakit		**Dirawat tahun**	**Lamanya**	
		2.	Riwayat penyakit kronis :		Ya = 1	Tidak = 0	
			Jenis Penyakit :				
		3.	Saat ini sedang menjalani terapi medis ?		Ya = 1	Tidak = 0	
			Jenis terapi medis yang dijalani saat ini:				
		4.	**Status Kesehatan**		**Apakah Pernah Di Tes**		
			4.1	HIV	Ya = 1	Tidak = 0	
			4.2	Hepatitis B	Ya = 1	Tidak = 0	
			4.3	*Hepatitis C*	Ya = 1	Tidak = 0	

3	**STATUS PEKERJAAN / DUKUNGAN HIDUP** *Tanggal asesmen (.....)* Skala Penilaian Pasien	1.	Status pekerjaan	Tidak bekerja = 1 Bekerja = 2 Mahasiswa / pelajar = 8 Ibu rumah tangga = 9			
		2.	Bila bekerja, pola pekerjaan :	Purna waktu = 1 Paruh waktu = 2 Tidak tentu = 99			
		3.	Kode Pekerjaan :	(lihat petunjuk)			
		4.	Keterampilan teknis yang dimiliki:	.....			
		5.	Adakah yang memberi dukungan hidup bagi anda ?	Ya = 1	Tidak = 0 (Lanjut domain 4)		
		6.	Bila Ya, siapakah ?	.....			
		7.	Dalam bentuk apakah?				
			Finansial	Ya = 1	Tidak = 0		
			Tempat tinggal	Ya = 1	Tidak = 0		
			Makan	Ya = 1	Tidak = 0		
			Pengobatan /Perawatan;	Ya = 1	Tidak = 0		

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

L/P

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

4 STATUS PENGGUNAAN NARKOTIKA

Tanggal asesmen (.....)

Skala Penilaian Pasien

Jenis Cara Penggunaan
1. Oral 2. Nasal/sublingual/suppositoria 3. Merokok 4. Injeksi Non-IV 5. IV

	Jenis Napza	30 Hari terakhir	Sepanjang Hidup (Thn)	Cara Pakai
D.1	Alkohol			
D.2	Heroin			
D.3	Metadon / Buprenorfin			
D.4	Opiat lain / Analgesik			
D.5	Barbiturat			
D.6	Sedatif / Hipnotik			
D.7	Kokain			
D.8	Amfetamin			
D.9	Kanabis			
D.10	Halusinogen			
D.11	Inhalan			
D.12	Lebih dari 1 zat / hari (termasuk alkohol			

13.	Jenis zat utama yang disalahgunakan :	.....		
14.	Pernahkah menjalani terapi rehabilitasi ?	Ya = 1	Tidak = 0	
15.	Bila ya, jenis terapi rehabilitasi yang dijalani ? Keterangan :			
16.	Pernahkah mengalami overdosis ?	Ya = 1	Tidak = 0 (lanjut domain 5)	
17.	Bila ya, kapan waktu OD?			
18	Cara penanggulangan	Perawatan di RS = 1		
		Perawatan di Puskesmas = 2		
		Sendiri = 3		

5 STATUS LEGAL

Tanggal asesmen (.....)

Skala Penilaian Pasien

	Berapa kali kah dalam hidup anda ditangkap dan dituntut dengan hal berikut :	
1.	Mencuri di toko / vandalisme	
2.	Bebas bersyarat / masa percobaan	
3.	Masalah narkoba	
4.	Pemalsuan	
5.	Penyerangan bersenjata	
6.	Pembobolan dan pencurian	
7.	Perampokan	
8.	Penyerangan	
9.	Pembakaran rumah	
10.	Perkosaan	
11.	Pembunuhan	
12.	Pelacuran	
13.	Melecehkan pengadilan	
14.	lain-lain ;	
	(masukkan jumlah total pengadi'an, tidak hanya vonis hukuman. Jangan masukkan kejahatan anak-anak (sebelum usia 18) kecuali kalau mereka dituntut sebagai orang dewasa).	
15.	Berapa kali tuntutan diatas berakibat vonis hukuman?	

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

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

6 Riwayat keluarga / Sosial

Tanggal asesmen (.....)

Skala Penilaian Pasien ☐

1. Dalam situasi seperti apakah anda tinggal 3 tahun belakangan ini?

Dengan pasangan & anak = 1	Dengan teman = 6
Dengan pasangan saja = 2	Sendiri = 7
Dengan anak saja = 3	Lingkungan terkontrol = 8
Dengan orang tua = 4	Kondisi yang tidak stabil = 9
Dengan Keluarga = 5	

(Pilih situasi yang paling menggambarkan 3 tahun terakhir. Jika terdapat situasi yang berganti-ganti maka pilihlah situasi yang paling terakhir)

2. Apakah anda hidup dengan seseorang yang mempunyai masalah penyalahgunaan zat sekarang ini? Ya = 1 Tidak = 0

3. Jika ya, siapakah ia/mereka (contreng pada kolom berikut)

1	Saudara kandung / tiri	Ya = 1	Tidak = 0
2	Ayah / Ibu	Ya = 1	Tidak = 0
3	Pasangan	Ya = 1	Tidak = 0
4	Om / tante	Ya = 1	Tidak = 0
5	Teman	Ya = 1	Tidak = 0
6	Lainnya :	Ya = 1	Tidak = 0

4. Apakah anda memiliki konflik serius dalam berhubungan dengan : (Ya = 1 Tidak = 0)

		30 hari terakhir	Sepanjang hidup
1	Ibu	☐	☐
2	Ayah	☐	☐
3	Adik / kakak	☐	☐
4	Pasangan	☐	☐
5	Anak - anak	☐	☐
6	Keluarga lain yang berarti (jelaskan	☐	☐
7	Teman akrab	☐	☐
8	Tetangga	☐	☐
9	Teman sekerja	☐	☐

7 STATUS PSIKIATRIS

Tanggal asesmen (.....)

Skala Penilaian Pasien ☐

	Apakah anda pernah mengalami hal-hal berikut ini (yang bukan akibat langsung dari penggunaan Napza) Ya = 1 Tidak = 0	30 hari terakhir	Sepanjang hidup
1.	Mengalami depresi serius (kesedihan, putus asa, kehilangan minat, susah konsentrasi	☐	☐
2.	Mengalami rasa cemas serius / ketegangan, gelisah, merasa khawatir berlebihan?	☐	☐
3.	Mengalami halusinasi (melihat / mendengar sesuatu yang tidak ada obyeknya)	☐	☐
4.	Mengalami kesulitan mengingat atau fokus pada sesuatu	☐	☐
5.	Mengalami kesukaran mengontrol perilaku kasar, termasuk kemarahan atau kekerasan	☐	☐
6.	Mengalami pikiran serius untuk bunuh diri ?	☐	☐
7.	Berusaha untuk bunuh diri ?	☐	☐
8.	Menerima pengobatan dari psikiater ?	☐	☐

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

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

		MASALAH YANG DIHADAPI									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
KESIMPULAN	Medis										
	Pekerjaan / Dukungan										
	Napza										
	Legal										
	Keluarga / sosial										
	Psikiatris										

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

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

PEMERIKSAAN FISIK

1. Tekanan darah :
2. Nadi :
3. Pernapasan (RR) :
4. Suhu (celcius) :
5. Pemeriksaan Sistemik :

Sistem pencernaan	Sistem jantung dan pembuluh darah	Sistem pernapasan	Sistem saraf pusat	THT dan kulit	Keterangan

6. Hasil Urinalisis

Jenis Zat			
Benzodiazepin	Ya = 1	Tidak = 0	
Kanabis	Ya = 1	Tidak = 0	
Opiat	Ya = 1	Tidak = 0	
Amfetamin	Ya = 1	Tidak = 0	
Kokain	Ya = 1	Tidak = 0	
Barbiturat	Ya = 1	Tidak = 0	
Alkohol	Ya = 1	Tidak = 0	

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

RENCANA ASUHAN TERINTEGRASI atau *PLAN OF CARE*

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

CLINICAL PATHWAY TERINTEGRASI

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

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

Dipindai dengan CamScanner

	Observasi a. Tanda tanda vital b. Skala Nyeri									
9.TATA LAKSANA MEDIS										
Medikamentosa										
Injeksi	a. Analgetik									
	b. Antibiotik : - Ceftriaxone 2 x 1 gr/cefotaxime 2x1gr									
	- Metronidazole infus 3x500mg									
	c. Antipiretik									
	d.AH2 Bloker									
	e. Anti perdarahan									
	f.Anti emetik									
Anastesi	a. Obat emergensi									
	b.Obat anastesi									
Cairan Infus	kristaloid									
Obat Oral	a. Analgetik									
	b. AH2 Bloker									
	c. Obat lain sesuai gejala pasien									
Obat Oral	a. Analgetik									Obat pulang
	b. Antibiotik									
	c. Obat lain sesuai gejala pasien									
10. DIET/NUTRISI & ASUHAN GIZI	Pemberian diet									
	skrining									oleh perawat
	Asesmen Nutrisi									Sesuai hasil skrining MST
	Monitoring terapi nutrisi									
	Edukasi Nutrisi									
11.ASUHAN FARMASI	Rekonsiliasi obat									
	Pemantauan Terapi Obat									
	Monitoring Efek Samping Obat									
12. EVALUASI OUTCOME										
Keluhan Pemeriksaan Klinis Lama Rawatan	Bebas nyeri pada luka post operasi									
	Luka kering									
	Sesuai PPK									
13. RINGKASAN PULANG & EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Pembuatan Asesmen pulang									
	Penjelasan mengenai perkembangan penyakit berkaitan dengan kegiatan perawatan lanjutan & preventif									
	Pembuatan Ringkasan pulang									
	Asesmen Transportasi									
	Surat pengantar kontrol									
	VARIANS									
	CASE MANAJER									

Solok ,____-____-_____

·Dokter Penanggung Jawab Pelayanan :

(_____)

Perawat Penanggung Jawab :

(_____)

Pelaksana Verifikasi :

(_____)

Keterangan :

■ : Yang harus dilakukan

: Bisa ada atau tidak

Beri tanda (V) : Bila sudah dilakukan

Dipindai dengan CamScanner

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

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

CLINICAL PATHWAY TERINTEGRASI

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

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

Dipindai dengan CamScanner

10. DIET/NUTRISI & ASUHAN GIZI	Pemberian diet	■	■	■	■	■	■	■	oleh perawat
	Skrining nutrisi	■							Sesuai hasil skrining MST
	Asesmen Nutrisi		■						
	Monitoring terapi nutrisi			■	■	■	■	■	
	Edukasi Nutrisi							■	
11.ASUHAN FARMASI	Rekonsiliasi obat		■						
	Pemantauan Terapi Obat		■						
	Monitoring Efek Samping Obat		■						
12. EVALUASI OUTCOME									
Keluhan	Bebas keluhan							■	
Pemeriksaan Klinis	Trombosit normal							■	
Lama Rawatan	Sesuai PPK							■	
13. RINGKASAN PULANG & EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Pembuatan Asesmen pulang							■	
	Penjelasan mengenai perkembangan penyakit berkaitan dengan kegiatan perawatan lanjutan & preventif		■	■				■	
	Pembuatan Ringkasan pulang							■	
	Asesmen Transportasi							■	
	Surat pengantar kontrol							■	
	VARIANS								
	CASE MANAJER								

Solok ,____-____-_____

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan :

(_____)

Perawat Penanggung Jawab :

(_____)

Pelaksana Verifikasi :

(_____)

Keterangan

■ : Yang harus dilakukan

: Bisa ada atau tidak

Beri tanda (√) : Bila sudah dilakukan

Dipindai dengan CamScanner

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

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

CLINICAL PATHWAY TERINTEGRASI

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

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

Dipindai dengan CamScanner

• Obat Oral	a. ACE Inhibitol/ ARB (catopril, cinopril, ramipril					■			Obat Pulang
	b. CCB (Amlodipin,					■			
	c. Simtomatis sesual indikasi								
	d. Diuretik (HCT								
10. DIET/NUTRISI & ASUHAN GIZI	Pemberian diet	■	■	■	■	■			
	Skrining nutrisi	■							oleh perawat
	Asesmen Nutrisi		■						Sesual hasil skrining MST
	Monitoring terapi nutrisi			■	■	■			
	Edukasi Nutrisi					■			
11.ASUHAN FARMASI	Rekonsiliasi obat								
	Pemantauan Terapi Obat		■						
	Monitoring Efek Samping Obat		■						
12. EVALUASI OUTCOME									
Keluhan	Bebas keluhan					■			
Pemeriksaan Klinis	Tekanan darah dalam batas normal					■			
Lama Rawatan	Sesual PPK					■			
13. RINGKASAN PULANG & EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Pembuatan Asesmen pulang					■			
	Penjelasan mengenai perkembangan penyakit berkaitan dengan kegiatan perawatan lanjutan & preventif					■			
	Pembuatan Ringkasan pulang					■			
	Asesmen Transportasi					■			
	Surat pengantar kontrol					■			
	VARIANS								
	CASE MANAJER								

Solok, ____-____-_____

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan :

(_____)

Perawat Penanggung Jawab :

(_____)

Pelaksana Verifikasi :

(_____)

Keterangan

■ : Yang harus dilakukan

: Bisa ada atau tidak

Beri tanda (√) : Bila sudah dilakukan

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp.(0755) 20003 Faks: (0753) 20003
Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

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

CLINICAL PATHWAY TERINTEGRASI

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

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

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

Dipindai dengan CamScanner

• anastesi	a.obat emergensi									
	b. Obat anastesi	■								
• Cairan Infus	Kristaloid	■								
	Plasma									
• Obat Oral	a. Cefadroxil 2x500mg			■	■					
	b. Asam mefenamat 3x1 tablet		■	■	■					
	c. SF 1x1 tablet		■	■	■					
	d. Vitamin C 3x1 tab		■	■	■					
• Obat Supostoria	a. misoprostol 200									
	b. ketoprofen (analgetik)									
• Obat Oral	a. Cefadroxil 2x500mg				■					Obat Pulang
	b. Asam mefenamat 3x1 tablet				■					
	c. Vitamin C 3x1tab				■					
	d. SF 1x1 tablet				■					
10. DIET/NUTRISI & ASUHAN GIZI	Pemberian diet		■	■	■					
	Skrining nutrisi	■								oleh Bidan
	Asesmen Nutrisi		■							Sesuai hasil skrining MST
	Monitoring terapi nutrisi		■	■	■					
	Edukasi Nutrisi				■					
11.ASUHAN FARMASI	Rekonsiliasi obat									
	Pemantauan Terapi Obat		■							
	Monitoring Efek Samping Obat		■							
12. REHABILITASI										
Oleh bidan			■							
Oleh fisioterapis										
13. EVALUASI OUTCOME										
Keluhan	Nyeri luka post operasi berkurang				■					
Pemeriksaan Klinis	Luka kering				■					
Lama Rawatan	Sesuai PPK				■					
14. RINGKASAN PULANG & EDUKASI PELAYANAN	Pembuatan Asesmen pulang				■					
	Penjelasan mengenai perkembangan penyakit berkaitan dengan kegiatan perawatan lanjutan & preventif				■					
	Pembuatan Ringkasan pulang				■					
	Asesmen Transportasi				■					
	Surat pengantar kontrol				■					
	VARIANS									
	CASE MANAJER									

Solok ,_____-_____-_____

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan :

(_____)

Bidan Penanggung Jawab :

(_____)

Pelaksana Verifikasi :

(_____)

Keterangan

■ : Yang harus dilakukan

: Bisa ada atau tidak

Beri tanda (√) : Bila sudak dilakukan

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

CLINICAL PATHWAY TERINTEGRASI

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

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI KE 1	2	3	4	5	6	7	KETERANGAN
1. ASESMEN AWAL	Asesmen Awal IGD/Klinik RJ	■							OS masuk lewat IGD atau Klinik RJ
	Asesmen Awal Spesialis (DPJP)	■							
2. LABORATORIUM	a. Hematologi rutin	■							di ulang atas indikasi
	b. Kimia darah (Ureum, cretinin, asam urat, gula darah puasa dan 2 jam pp, lipid profile)	■							
	c. Elektrolit darah	■							
3. RADIOLOGI/IMAGING ELEKTROMEDIK	a. EKG								
	b. Thoraks foto								
	c. CT-Scan otak tanpa kontras								
4. KONSULTASI	a. Spesialis Penyakit Dalam								
	b. Spesialis Rehab Medik								
	c. Spesialis Jantung								
	d. Spesialis lainnya								
5. ASESMEN LANJUTAN	Asesmen Ulang DPJP		■	■	■	■	■	■	Visite dokter
	Asesmen kondisi darurat								Dokter Jaga
6. INFORMASI & EDUKASI	Penjelasan Diagnosis	■							oleh DPJP
	Rencana Terapi	■							
	Risiko	■							
	Komplikasi/KTD	■							DPJP & perawat
	Prognosa	■							DPJP
	Edukasi & latihan	■							oleh perawat
7. RENCANA PEMULANGAN	Identifikasi kebutuhan edukasi dan latihan selama perawatan					■	■	■	oleh DPJP & Perawat
	Identifikasi Kebutuhan di rumah					■	■	■	oleh DPJP, Perawat
8. ASUHAN KEPERAWATAN	**Asesmen Keperawatan**	■	■	■	■	■	■	■	setiap pergantian shift
	Masalah keperawatan								
	a. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak	■	■						
		■	■						
	Intervensi/Tindakan Keperawatan								
	a. Pantau/ catat status neurologis	■	■	■	■	■	■	■	
	b. Letakkan kepala dengan posisi 15°- 30° dan dalam posisi anatomis	■	■	■	■	■	■	■	
	c. Berikan O2 sesuai indikasi								
	d. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi	■	■	■	■	■	■	■	
	e. Lakukan latihan gerak aktif dan pasif pada semua ekstremitas				■	■	■	■	
	f. Latih pasien dalam pemenuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan				■	■	■	■	
	Observasi								
	a. Tanda- tanda vital	■	■	■	■	■	■	■	
	b. Evaluasi pupil	■							
	b. Skala aktivitas	■	■	■	■	■	■	■	
9.TATA LAKSANA MEDIS									
• Medikamentosa									
• Injeksi	Neuroprotektan :								
	a. Citicolin 2x500mg (IV)								
	b. Piracetam 4x3gr (IV)								
• Cairan Infus	Kristaloid	■	■	■	■	■	■	■	

Dipindai dengan CamScanner

• Obat Oral	a. Chlopidogel 1 x 75 mg								
	b. Aspirin/ aspilet 1 x 80 mg								
	c. Neuroprotektan: • Citicolin 2x500-1000 mg								
	• Piracetam 3x1200mg								
	d. Anti Hipertensi								
	?								
	f. Anti Hiperurisemia								
	g. B. Compiek 3x1 tablet								
	h. Asam folat 1x1 tablet								
10. DIET/NUTRISI & ASUHAN GIZI	Pemberian diet								oleh perawat
	Skrining nutrisi								Sesuai hasil skrining MST
	Asesmen Nutrisi								
	Monitoring terapi nutrisi								
	Edukasi Nutrisi								
11.ASUHAN FARMASI	Rekonsiliasi obat								
	Pemantauan Terapi Obat								
	Monitoring Efek Samping Obat								
12. REHABILITASI									Miki-mika
Oleh perawat									
									latihan mobilisasi
Oleh fisioterapis									
13. EVALUASI OUTCOME									
Keluhan	Bebas keluhan								
Pemeriksaan Klinis	Keadaan umum stabil								
Lama Rawatan	Sesuai PPK								
14. RINGKASAN PULANG & EDUKASI PELAYANAN	Pembuatan Asesmen pulang								
	Penjelasan mengenai perkembangan penyakit								
	Pembuatan Ringkasan pulang								
	Asesmen Transportasi								
	Surat pengantar kontrol								
	VARIANS								
	CASE MANAJER								

Solok ,____-____-_____

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan :

(_____)

Perawat Penanggung Jawab :

(_____)

Pelaksana Verifikasi :

(_____)

Keterangan

■ : Yang harus dilakukan

: Bisa ada atau tidak

Beri tanda (√) : Bila sudah dilakukan

Dipindai dengan CamScanner

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

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

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

FORM A. ASESSMEN AWAL MANAJEMEN PELAYANAN PASIEN (MPP)

1. Skrinning awal dan asessemen untuk manajemen pelayanan pasien

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

2. Identifikasi masalah dan kesempatan

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

3. Perencanaan Manajemen Pelayanan Pasien

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

FORM. B CATATAN IMPLEMENTASI MANAJEMEN PELAYANAN PASIEN

Tgl/ jam	CATATAN
	Pelaksanaan Perencanaan Manajemen Pelayanan Pasien

Perencanaan Manajemen Pelayanan Pasien

- ☐ MPP Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai rencana pelayanan yang akan dilakukan PPA, termasuk rencana nutrisi , farmasi, rehabilitasi sesuai format
- ☐ MPP berkolaborasi dengan PPA
- ☐ MPP menyarankan kepada PPA untuk melaksanakan penatalaksanaan sesuai standar dan BPJS
- ☐ MPP memberikan edukasi dan advokasi kepada keluarga untuk dapat percaya diri dalam pengambilan keputusan
- ☐ MPP memastikan bahwa sumber pembiayaan selama perawatan sudah tercover BPJS/ pihak pembayar

Monitoring

- ☐ MPP berkolaborasi dengan PPA dalam pencatatan perjalanan dan perkembangan pasien selama perawatan
- ☐ MPP memverifikasi respon pasien dan keluarga kemungkinan adanya perubahan dan perencanaan asuhan pasien
- ☐ MPP berkolaborasi dengan PPA jika ada perubahan dengan rencana pelayanan

Fasilitasi, Koordinasi, dan Kolaborasi

- ☐ MPP berkolaborasi dengan PPA dan unit lain seperti asuransi/ pihak pembayar
- ☐ MPP secara aktif mengembangkan pelayanan yang berfokus pada pasien dan membantu asuhan terintegrasi dengan PPA
- ☐ MPP menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang fasilitas yang akan diberikan selama perawatan di rumah sakit
- ☐ MPP berkolaborasi dengan PPA terkait privasi pasien
- ☐ MPP membantu PPA dalam mengatasi perbedaan pelayanan antar disiplin ilmu
- ☐ MPP berkolaborasi dengan PPA tentang pemulangan pasien dijelaskan pada pasien dan keluarga

Advokasi

- ☐ MPP berkoordinasi dengan PPA dan staf lain tentang kebutuhan pasien dan kemampuan pasien selama pelayanan
- ☐ MPP menjelaskan kepada pasien dan keluarga terkait pembiayaan dan pengobatan untuk selanjutnya saat kontrol

Hasil Pelayanan

- ☐ MPP mengevaluasi dan mendokumentasikan hasil yang disampaikan oleh PPA kepada pasien dan keluarga
- ☐ MPP mencatat keberhasilan semua hal yang sudah dilakukan selama memberikan pelayanan kepada pasien
- ☐ MPP menilai,mencatat, dan melaporkan apakah pasien puas terhadap pelayanan
- ☐ MPP mengevaluasi kepuasan pasien dan keluarga

Terminasi

- ☐ MPP menyampaikan kepada pasien dan keluarga bahwa asuhan yang diberikan selama palayanan sesuai dengan prosedur rumah sakit

Solok,

MPP

( )

Dipindai dengan CamScanner

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

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

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

TGL/ JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/SOAPIER/ ADIME disertai asesmen, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP (Tulis nama, beri paraf, tanggal, jam) (DPJP harus *membaca / mereview* seluruh rencana asuhan)

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

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

L/P

OBSERVASI TERINTEGRASI

KONTROL INTENSIF							KONTROL INFUS					BALANCE CAIRAN											
												INTAKE					OUTPUT						
Tgl/ jam	Kesadaran	Tensi	Nadi	Suhu	GDR	Advice Dokter/ Terapi	Tgl/ Jam	Jenis cairan	Tetesan	Jml cairan habis	Paraf Perawat/ bidan	Tgl/ jam	infus	minum	makan	TOTAL	urin	BAB	muntah	IWL	TOTAL	TTD Perawat/ Bidan	KET

Dipindai dengan CamScanner

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

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

L/P

ASESMEN AWAL DAN ULANG *CPOT* (*Critical Pain Observation Tools*)

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

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

RM.RI.06.1/Rev.01.2019/ RM 29.2

Dipindai dengan CamScanner

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

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

L/P

ASESMEN AWAL DAN ULANG NYERI

(FLACCS) **(Untuk anak usia 1 sampai 3 tahun))**

Kategori	Parameter	Waktu (Tanggal / bulan / tahun / pukul)							
		Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang	Skor ulang
Wajah	Rileks, ada kontak mata atau senyum	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Sesekali meringis atau mengerutkan kening	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Sering cemberut , mata tertutup , mulut terbuka	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
Kaki	Posisi normal atau santai	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Tidak nyaman , gelisah , tegang	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Menegang atau kaki disusun	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
Aktivitas	Aktivitas normal ,bergerak dengan mudah	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Menggeliat ,menggeser , maju mundur , tegang	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Melengkung , kaku	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
Menangis	Tidak menangis (terjaga atau tertidur	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Erangan atau rengekan, keluhan sesekali	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Menangis terus, teriakan atau isak tangois,sering mengeluh	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
Kenyamanan	Tenang atau santai	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Nyaman ketika disentuh, dipeluk sesekali	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Sulit nyaman walaupun sudah di sentuh, dipeluk,dan diajak bicara	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
Total									
Tindakan		☐Obat ☐	☐Obat ☐	☐Obat ☐	☐Obat ☐	☐Obat ☐	☐Obat ☐	☐Obat ☐	☐Obat ☐
Nama perawat		☐							

Nilai *FLACCS* ☐ 0 : Tidak Nyeri ☐ 1-3 : Nyeri Ringan ☐ 4 – 6 : Nyeri Sedang ☐ 7 -10 : Nyeri Berat

Dipindai dengan CamScanner

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

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

L/P

ASESMEN AWAL DAN ULANG NYERI

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

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

Nilai NIPS : ☐ 0 : Tidak nyeri ☐ 1-2 :Nyeri Ringan ☐ 3-4 : Nyeri Sedang ☐ 4 :Nyeri Berat

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

Dipindai dengan CamScanner

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

RSUD M. NATSIR

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

L/P

ASESMEN AWAL DAN ULANG NYERI

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

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

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

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

...

Dipindai dengan CamScanner

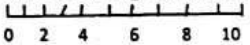
PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp.(0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

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

L/P

PENGKAJIAN ULANG DAN PENGELOLAAN NYERI

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

Skor Nyeri	Pasaro-Mc Caffery Opioid-Induced Sedation Scale (POSS)	Intervensi Non-Farmakologi	Pengkajian Ulang
Wong Baker Face ***Numeric Rating Scale (NRS***  0 2 4 6 8 10 0 :Tidak ada nyeri 1-3 : Nyeri Ringan 4-6 : Nyeri Sedang 7-10 : Nyeri Berat	4: Somnolent,minimal/Tidak respons terhadap rangsangan fisik 3 : Sering mengantuk,bisa dibangunkan, mudah tertidur saat sedang bicara 2 : Agak mengatuk,mudah dibangunkan 1 : Bangun dan sadar 0 : Tidur, mudah dibangunkan	1 : Dingin 2 : Panas 3 : Posisi 4 : Pijat 5 : Musik 6 : TENS (Transcutaneus Electrical Nerve Stimulation) 7 : Relaksasi & Pernapasan	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. Setaip 3 jam bila skor nyeri4-6 5. Setiap 1 jam bila skor nyeri 7-10 6. Dihentikan bila skor nyeri 0

Tgl / Jam	Skor Nyeri	Skor Sedasi	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Pernafasan	Perawat/bidan		Tgl jam	Intervensi farmakologi			Intervensi non farmakologi	Perawat/bidan		Waktu kaji Ulang
							Nama	paraf		Nama Obat	Dosis & Frekunsi	Rute		Nama	paraf	

*. Pada pasien (dewasa dan anak > 3 tahun) yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka, gunakan asesmen Wong Baker faces
* Instruksi: pasien diminta untuk menunjuk / memilih gambar mana yang paling sesuai dengan yang ia rasakan. Tanyakan juga lokasi dan durasi nyeri *Numeric rating scale.*

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

...

Dipindai dengan CamScanner

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

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

U/P

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

Ontario Modified Stratify-Sydney Scoring

Skor Resiko jatuh	Pengkajian resiko jatuh dilakukan pada waktu:	Tindakan yang dilakukan
0-5 : Risiko Rendah (RR) 6-16 : Risiko Sedang (RS) ≥ 16 : Resiko tinggi (RT)	1. Saat pasien masuk RS */ initial asesmen (IA)* 2. Saat kondisi pasien pasien berubah atau ada suatu perubahan dalam terapi medik yang dapat menimbulkan resiko jatuh/ *Change or Condition (CC)* 3. Saat pasien dipindahkan ke unit lain/ *on Ward Transfer (WT)* 4. Setelah kejadian jatuh/ *Post Fall (PF)*	1. Resiko Tinggi (RT) : Merah (intervensi setiap shift dan dinilai ulang setiap 2 hr 2. Resiko sedang (RS): Kuning (intervensi setiap pagi dinilai ulang setiap 3 hari) 3. Resiko rendah (RR) Hijau (intervensi setiap pagi & dinilai ulang setiap 3 hari)

Parameter	Skrining	Keterangan Nilai	Skor awal Tgl.....	Skor ulang Tgl.....	Skor ulang Tgl.....	Skor ulang Tgl.....	Skor ulang Tgl.....	Skor ulang Tgl.....
Riwayat jatuh	Apakah pasien datang ke rumah sakit karena jatuh?	Salah satu jawaban Ya = 6	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
	Jika tidak, apakah pasien mengalami jatuh dalam 2 bulan terakhir?		☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
Status Mental	Apakah pasien Delirium? (tidak dapat membuat keputusan,pola pikir tidak terorganisir, gangguan daya ingat)	Salah satu jawaban Ya = 14	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
	Apakah pasien disorientasi? (salah menyebutkan waktu, tempat ,atau orang		☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
	Apakan pasien mengalami Agitasi? (ketakutan,gelisah, dan cemas)		☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
Penglihatan	Apakah pasien memakai kaca mata?	Salah satu jawaban Ya = 1	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
	Apakah pasien mengeluh adanya penglihatan buram?		☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
	Apakah pasien mempunyai glukoma, katarak, atau degenerasi makula?		☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
Kebiasaan berkemih	Apakah terdapat perubahan perilaku berkemih? (frekuensi, urgensi, inkontinensia nocturnal)	Ya = 2	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
Transfer dari TT ke kursi dan dari kursi kembali TT	Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)	Jumlahkan nilai transfer & mobilitas • Jika nilai total 0-3 beri skor =0 • Jika nilai total 4-6 beri skor =7	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Memerlukan sedikit bantuan (1 orang) /dalam pengawasan		☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Memerlukan bantuan yang nyata (2 orang)		☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
	Tidak dapat duduk dengan seimbang (perlu bantuan total)		☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3
Mobilitas	Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)		☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	Berjalan dengan bantuan 1 orang (verbal / fisik)		☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	Menggunakan kursi roda		☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
	Imobilisasi		☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3
Nama Perawat dan Total Skor								

Dipindai dengan CamScanner

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

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

L/P

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

Ontario Modified Stratify-Sydney Scoring

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

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

...

Dipindai dengan CamScanner

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

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

L/P

ASESMEN AWAL DAN ULANG RESIKO JATUH
HUMPTY DUMPTY (Usia ≤ 14 tahun)

		Nilai	Awal	Skor Tgl	Skor Tgl	Skor Tgl	Skor Tgl	Skor Tgl	Skor Tgl	Skor Tgl	Skor Tgl	Skor Tgl
Usia	☐ < 3 tahun	4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4
	☐ 3 – 7 tahun	3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3
	☐ 7 – 13 tahun	2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
	☐ ≥ 13 tahun	1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
Jenis kelamin	☐ Laki-laki	2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
	☐ Perempuan	1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
Diagnosis	☐ Diagnosis neurologi	4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4
	☐ Perubahan oksigenasi (diagnosis respiratorik, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop, pusing, dsb.)	3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3
	☐ Gangguan perilaku / psikiatri	2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
	☐ Diagnosis lainnya	1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
Gangguan kognitif	☐ Tidak menyadari keterbatasan dirinya	3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3
	☐ Lupa akan adanya keterbatasan	2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
	☐ Orientasi baik terhadap diri sendiri	1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
Faktor lingkungan	☐ Riwayat jatuh dari tempat tidur saat infant -toddler	4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4
	☐ Pasien menggunakan alat bantu / bayi diletakkan dalam tempat tidur bayi / perabot rumah	3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3
	☐ Pasien diletakkan di tempat tidur	2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
	☐ Area di luar rumah sakit	1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
Respons terhadap:												
1. Pembedahan/ sedasi / anestesi	☐ Dalam 24 jam	3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3
	☐ Dalam 48 jam	2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
	☐ > 48 jam atau tidak menjalani pembedahan/sedasi/anestesi	1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
2. Penggunaan medikamentosa	☐ Penggunaan multipel: sedatif, obat hipnosis, barbiturat, fenotiazin, antidepresan, pencahar, diuretik, narkose	3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3
	☐ Penggunaan salah satu obat di atas	2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
	☐ Penggunaan medikasi lainnya / tidak ada medikasi	1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
Skor rendah nilai 7-11	Total skor											
Skor resiko tinggi ≥ 12	Nama Perawat											

Dipindai dengan CamScanner

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

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

L/P

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

L/P

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

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

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

RSUD M. NATSIR

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

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

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

...

Dipindai dengan CamScanner

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

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

Skor Resiko Jatuh	Pengkajian resiko jatuh dilakukan pada waktu:	Tindakan yang dilakukan
Resiko Jatuh = skor dari 90 atau lebih	1. Saat pasien masuk RS / *initial asesmen (IA)* 2. Saat kondisi pasien pasien berubah atau ada suatu perubahan dalam terapi medik yang dapat menimbulkan resiko jatuh/ *Chango or Condition (CC)* 3. Saat pasien dipindahkan ke unit lain/ *on Ward Transfer (WT)* 4. Setelah kejadian jatuh/ *Post Fall (PF)*	1. Resiko Tinggi (RT) : (intervensi setiap shift dan dinilai ulang setiap 2 hr 2. Resiko rendah (RR) (intervensi setiap pagi dan diniiai ulang setiap 3 hari)

Tindakan pencegahan umum (semua pasien)	Kategori risiko tinggi : lakukan tindakan pencegahan umum dan hal-hal berikut ini.
o Orientasi kamar rawat inap kepada pasien o Tempat tidur posisi rendah, roda terkunci pegangan di kedua sisi tempat tidur terpasang baik o Ruangan rapi o Barang pribadi dalam jangkauan (telepon, lampu panggilan, air minum, kaca mata, pispot) o Pencahayaan adekuat o Alat bantu dalam jangkauan (walker, cane, crutch) o Optimalisasi penggunaan kacamata dan alat bantu dengar o Pantau efek obat-obatan o Sediakan dukungan emosional dan psikologis o Edukasi pasien dan keluarga mengenai pencegahan jatuh	❑ Pasangkan label penanda resiko jatuh dengan posisi dapat terlihat oleh petugas ❑ Beri penanda berupa gelang berwarna kuning yang dipakaikan di pergelangan tangan pasien ❑ Tawarkan bantuan ke kamar mandi/penggunaan pispot setiap 2 jam (saat pasien bangun) dan secara periodik (saat malam hari) ❑ Kunjungi dan amati pasien setiap 2 jam oleh petugas medis ❑ Nilai kebutuhan akan: • Fisioterapi dan terapi okupasi • Alarm tempat tidur • Tempat tidur rendah (khusus) • Usahakan lokasi kamar tidur berdekatan dengan pos perawat (*nurse station*)

...

Dipindai dengan CamScanner

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

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

L/P

PENGKAJIAN KULIT AWAL DAN ULANG MENGUKUR RESIKO DEKUBITUS

(Skala Cubbin-Jackson) Untuk pasien ICU,HD

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

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

PENGKAJIAN KULIT DAN DUKUNGAN PERAWATAN KULIT

Tanggal																							
Shift dinas		p	S	M	p	S	M	p	S	M	p	S	M	p	S	M	p	S	M	p	S	M	p	S	M
No	Lokasi	PENGKAJIAN KULIT																					
1	Daun telinga																						
2	Bahu																						
3	Tulang punggung																						
4	Pinggang																						
5	Bokong																						
6	Iliac																						
7	Sakrum																						
8	Siku																						
9	Tumit																						
No	Dukungan	DUKUNGAN PERAWATAN KULIT YANG DIGUNAKAN																					
1	Reposisi & bantal																						
2	Pemberian minyak Zaitun (EVDO)																						

Keterangan

0	Tidak ada kelainan	3	Nekrosis dermis dan subcutan
1	Eritema	4	tampak tendon, tulang dan ruang sendi
2	Abrasi, melepuh		

NUTRISI

No	Tanggal	Albumin	Total Protein
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Keterangan nilai Normal ; Albumin : 3,5 - 5, 0 g/dl
Total Protein : 6,6 - 8,7 gr/ dl

Dipindai dengan CamScanner

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

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

INFORMASI DAN EDUKASI PASIEN DAN KELUARGA TERINTEGRASI DAN PERKEMBANGAN LANJUTANNYA

No	Penjelasan Pendidikan	Tanggal	Metode/Durasi	Keterangan dan evaluasi	Paraf/nama edukator	Paraf/ nama pasien/kel
1			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐		**Dokter spesialis DPJP**	
2			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐		**Dokter umum penerima limpah tugas**	
3			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐		Perawat/ Bidan	
4			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐		Apoteker	
5			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐		Ahli Gizi	
6			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐		Phisioterapis	
7			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐			
8			☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Ceramah ☐ Praktek langsung ☐ Simulasi ☐			

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

L/P

GRAFIK

Tanggal																											
N	S	6	12	18	24	6	12	18	24	6	12	18	24	6	12	18	24	6	12	18	24	6	12	18	24	6	12	18	24
180	42																												
160	41																												
140	40																												
120	39																												
100	38																												
80	37																												
60	36																												
40	35																												
Pernafasan																													
Tekanan Darah																													
B.B																													
T.B																													
Intake																													
Output																													
IWL																													
Balance Cairan																													
BAK																													
BAK																													
CATATAN																													

Dipindai dengan CamScanner

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

M. NATSIR

Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau stempel ji

RM R107.5 (-)

SALINAN RESEP

PJP	:	TGL.MASUK	:
LS RAWATAN	:	TGL.KELUAR	:

Rekatkan salinan resep mulai dari baris terbawah keatas

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

RSUD M. NATSIR

DAFTAR PEMBERIAN OBAT

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

L/P

Nama DPJP : Ruangan :

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

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

NO	NAMA OBAT INJEKSI					TANGGAL DAN WAKTU PEMBERIAN OBAT (Tuliskan jam dan paraf perawat yang memberikan obat)					
	R/			NAMA &PARAF DOKTER	jam						
1	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1						
					paraf Prwt/Bdn 2						
	R/			NAMA &PARAF DOKTER	jam						
2	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1						
					paraf Prwt/Bdn 2						
	R/			NAMA &PARAF DOKTER	jam						
3	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1						
					paraf Prwt/Bdn 2						
	R/			NAMA &PARAF DOKTER	jam						
4	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1						
					paraf Prwt/Bdn 2						
	R/			NAMA &PARAF DOKTER	jam						
5	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1						
					paraf Prwt/Bdn 2						
	R/			NAMA &PARAF DOKTER	jam						
6	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1						
					paraf Prwt/Bdn 2						
	R/			NAMA &PARAF DOKTER	jam						
7	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1						
					paraf Prwt/Bdn 2						
	R/			NAMA &PARAF DOKTER	jam						
8	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1						
					paraf Prwt/Bdn 2						
	R/			NAMA &PARAF DOKTER	jam						
9	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1						
					paraf Prwt/Bdn 2						
	R/			NAMA &PARAF DOKTER	jam						
10	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1						
					paraf Prwt/Bdn 2						
	Paraf Pasien/Keluarga Pasien										

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

STANDARISASI WAKTU PEMBERIAN OBAT

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

5X1 : 06-07 10-11 14-15 19-20 23-24
6X1 : 05-06 09-10 13-14 17-18 21-22 01-02
Jadwal ini tidak berlaku untuk Antibiotik injeksi,obat dengan program pengobatan khusus, dan pasien dirawat intensif

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

FORMULIR TRANSFER PASIEN INTERNAL

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

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

Dari Dokter IGD/Jaga Ruangan :

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) :

Diagnosis Utama :

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.
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 :
TekananDarah: mmHg
Nadi : /menit
Pernapasan : /menit
Suhu : °C
BB/TB : Kg/Cm

Resiko Jatuh
Skor
☐ Resiko rendah
☐ Resiko sedang
☐ Tidak beresiko

Skala Nyeri :

Skor Nyeri : Jenis Nyeri : Akut Kronik

Lokasi :

Durasi :

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

Pemeriksaan Fisik :

Status Lokasi (signifikan temuan yang)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

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

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

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

Intervensi/tindakan yang sudah dilkukan :

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

Diet

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

Rencana

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

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			
	Traktursurinarius			
Berpakaian	Ekstremitas atas			
	Batang tubuh			
	Ekstremitas bawah			
Pergerakan	Jalan kaki			
	Kursi roda			

Terapi saat Pindah :

Nama Obat	Jumlah	Dosis	Frekuensi	Cara Pemberian

Solok : Tgl..... Jam: .....
Dokter yang mengirim,

(_____)

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

(_____)

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

(_____)

Dipindai dengan CamScanner

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

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

SERAH TERIMA ANTAR RUANGAN

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

Solok,..... jam .....WIB

Perawat yang menyerahkan

(.....)
Nama dan tanda tangan

Perawat yang menerima

(.....)
Nama dan tanda tangan

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

RSUD M. NATSIR

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

PEMBERIAN INFORMASI TRANSFER/RUJUK

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

Dokter yang merawat :
Pemberi Informasi :

NO	Jenis Informasi	Isi Informasi	Tanda (V)
1	Diagnosa Pasien		
2	Terapi dan tindakan yang diperlukan		
3	Alasan dan tujuan dirujuk		
4	Resiko yang dapat timbul apabila tidak dilakukan rujukan		
5	Tranfortasi dan pendamping selama rujukan		
6	Resiko atau penyulit yang dapar timbul selama rujukan		
7	Lain-lain...		
Dengan ini menyatakan bahwa saya tekah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jelas Dan memberikan kesempatan untuk bertanyaatau berdiskusi			Dokter
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda/paraf dikolom kanannya (kolom tanda) dan telah memahaminya			Penerima info

PERSETUJUAN / PENOLAKAN RUJUKAN

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

Yang membuat pernyataan

(.....)

Solok,.....

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

TRANSFER/ RUJUK KE RUMAH SAKIT LAIN

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

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

RSUD M. NATSIR

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

L/P

MONITORING DI PERJALANAN PASIEN YANG DIRUJUK

RUANGAN : .....

HARI/TGL	JAM	VITAL SIGN				GCS	GDR	INFUS	ADVICE DOKTER/ TINDAKAN	TTD PERAWAT
		TD	N	P	S					

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

INDIKASI PASIEN MASUK DAN KELUAR ICU

Diisi oleh DPJP

KRITERIA MASUK ICU		Diagnosa :	
No	**Kriteria fisiologis**	**Ya (√)**	**Tidak (√)**
1	Membutuhkan ventilator		
2	Kesadaran dengan GCS ≤ 8		
3	Sudah diintubasi		
4	RR <8 x/mnt atau >35 x/mnt (adanya gangguan ventilasi : hypoxia dan hypercapnia)		
5	HR , <40 x/mnt atau >150 x/mnt (tidak stabil dengan gambaran EKG mengancam nyawa)		
6	PaO2 < 50-60 mmHg[3]		
7	SpO2 < 90 % (dengan udara ruangan)		
8	PaCO2 ≥ 50 mmHg[3]		
9	Ph < 7,1 atau >7,7 [4]		

Kesimpulan

Kriteria fisiologis untuk masuk perawatan *intensive* di ICU memenuhi 2 atau lebih kriteria diatas	Solok, ... Nama DPJP & TTD

Diisi oleh DPJP

KRITERIA KELUAR ICU Diagnosa :			
No	**Kriteria fisiologis**	**Ya (√)**	**Tidak (√)**
1	Tidak membutuhkan ventilator		
2	Kesadaran GCS > 8 atau ≤15 (tidak diintubasi) dengan kondisi hemodynamic stabil		
3	Tidak membutuhkan perawatan dan pengawasan yang ketat (*inotropic, vasoactive agent, insulin drip, dan koreksi elektrolit*)		
4	Tidak membutuhkan perawatan perioperative pasien operasi risiko tinggi		
5	MAP ≥ 60 mmHg		
6	Kondisi *metabolik/* laboratorium *acceptable* untuk pindah ke ruang rawat biasa		

Kesimpulan

Berdasarkan kondisi pasien diatas maka memenuhi indikasi untuk keluar ICU ke ruang..... Alat transport yang diperlukan; brankard ( ),kursi roda ( ) Pendamping selama transfer: dokter ( ), perawat ( )	Solok, Nama DPJP & TTD

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

PENGKAJIAN AWAL TERINTEGRASI PASIEN MASUK RUANG INTENSIF

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

Dari Ruang : OK / IGD / Rawat inap ..... Kelas : III/II/I/VIP (mohon dilingkari)

Tanggal Pengkajian ..... Jam.....

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

ANAMNESiS(diisi oleh dokter)

Anamnesa

Penyakit sebelum masuk ICU: .....

Ko morbid :

.....

.....

Primary survey

Airway :

.....

.....

.....

Breathing :

RR : ..... x/m pola nafas : ..... Sianosis : ..... SpO2 : .....

Inspeksi : .....

Palpasi : .....

Perkusi : .....

Auskultasi : .....

Circulation :

Tekanan darah : Sist : ..... Dist : ..... MAP : ..... Nadi : .....

EKG monitor: ..... Perfusi Perifer : .....

Capillary Refill time : .....

Inspeksi : .....

Palpasi : .....

Perkusi : .....

Auskultasi : .....

Secondary survey

Sistem saraf

GCS E M V : pupil : ..... mm/ ..... mm reflek cahaya : ...../.....

Kejang : .....

Defisit neurologis : .....

Nerves cranialis : .....

Motorik : .....

Sensorik : .....

Otonom : .....

Ginjal dan sistem uropoetika

Kualitas dan jumlah urine : .....

Inspeksi : .....

Palpasi : .....

Sistem Gastrointestinal

Inspeksi : .....

Palpasi : .....

Perkusi : .....

Auskultasi : .....

Status Metabolik :

Suhu : .....

Keseimbangan asam basa : .....

Status nutrisi : ..... BB : ..... Kg TB : ..... cm

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

Dipindai dengan CamScanner

Sistem musculoskeletal : .....
Inspeksi : .....
Palpasi : .....
Ekstremitas : .....

Hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan :
.....
.....
.....

Assesment :
1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....

Indikasi masuk ICU :
1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....

Rencana pengelolaan :
1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....

Prognosa :
.....
.....
.....

SKRINING GIZI berdasarkan Malnutrition Screening Tool / MST (diisi oleh perawat)
(Lingkari skor sesuai dengan jawaban, total skor adalah jumlah skor yang dilingkari)

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

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

❑ **skor 0-1** ❑ **skor 2-3** ❑ **skor4-5**

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

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

PENGKAJIAN AWAL DAN ULANG RESIKO JATUH Diambil format sesuai kebutuhan

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

Informasi dan edukasi pasien dan keluarga terintegrasi dan perkembangan lanjutannya
RM.RI 06.10dan RM.RJ 04/Rev. 01. 2019/ RM.31.1dan RM.RJ 1

PENGKAJIAN AWAL DAN ULANG KULIT (diisi oleh perawat)
Diambil format Format Skala Cubbin-Jackson untuk mengukur Resiko dekubitus (pressure injury)
RM.RI 06.9/Rev.00.2019/-

SKRINING STATUS FUNGSIONAL (diisi oleh perawat)
Isilah dan lengkapilah penilaian **Barthel Index** dan tentukan tingkat ketergantungan pasien berdasarkan skor .
☐ Mandiri (Skor 20) ☐ Perlu bantuan (ringan = 12-19, sedang = 9-11, berat = 5-8) Sebutkan .....
☐ 0-4 Ketergantungan total, dilaporkan ke **dokter** ☐ ya, jam..... ☐ Tidak ;

PENGKAJIAN PSIKOLOGIS, SOSIAL, EKONOMI, SPRITUAL (diisi oleh perawat)
Status Psikologis : ▫ Cemas ▫ Takut ▫ Marah ▫ Sedih ▫ Kecenderungan Bunuh Diri ▫ Lain – lain, Sebutkan .....
Status Mental : ▫ **Sadar dan Orientasi Baik** ▫ Ada Masalah Perilaku, Sebutkan .....
▫ Perilaku kekerasan yang dialami pasien sebelumnya .....
Bila terdapat masalah psikologis, pasien di rujuk ke psikiater/ psikolog melalui DPJP
Status Sosial : Hubungan pasien dengan anggota keluarga ▫ Baik ▫ Tidak Baik
Tempat Tinggal : **Rumah**/ Apartemen / Panti / Lainnya :.....
Kerabat terdekat yang dapat dihubungi : Nama;.....
Hubungan .....Nomor Telepon:.....
Status Spiritual : Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan : .....

PENGKAJIAN KEBUTUHAN INFORMASI DAN EDUKASI PASIEN DAN KELUARGA (diisi oleh perawat)
Persiapan :
Data pasien :Tinggal bersama : ▫ Anak ▫ Orang tua ▫ Sendiri ▫ Suami/ istri
Edukasi diberikan kepada : ▫ pasien ▫ Orang tua (ayah dan ibu) ▫ Keluarga (Suami/ istri/ kakak/ adik)
Bahasa : ▫ Indonesia ▫ Inggris ▫ Daerah ▫ lain-lain.....Kebutuhan penterjemah: ▫ Ya ▫ Tidak
Pendidikan pasien : ▫ SD ▫ SLTP ▫ SLTA ▫ S1 ▫ Lain- lain.....
Baca dan tulis : ▫ baik ▫ Kurang , Pilihan cara belajar : ▫ Verbal ▫ Tulisan
Kepercayaan lainnya /budaya / Suku/ Etnis :.....
Hambatan : (isi pada kotak yang tersedia hambatan kebutuhan informasi dan edukasi)
▫ Tidak ada ▫ Pendengaran terganggu ▫ gangguan emosional ▫ Gangguan penglihatan
▫ Gangguan bicara ▫ Motivasi kurang/ buruk ▫ Memori hilang ▫ Fisik lemah
▫ Alkoholik ▫ Budaya/ agama/ spiritual ▫ Secara fisiologik tidak mampu belajar
▫ Perokok aktif/ pasif ▫ Keyakinan ;..... ▫ Lain-lain.....
Kebutuhan Edukasi (pilih topik pembelajaran pada kotak yang tersedia)
▫ Hak untuk berpartisipasi pada proses pelayanan ▫ Prosedur pemeriksaan penunjang
▫ Proses pemberian informed consent ▫ Kondisi kes. Diagnosis pasti dan penatalaksanaannya
▫ Penggunaan alat medis yang aman ▫ Managemen nyeri ▫ Teknik Rehabilitasi
▫ Penggunaan obat secara efektif, aman, efek samping serta interaksinya ▫ Diet dan nutrisi
▫ Rujukan edukasi ▫ Proses penyakit ▫ Obat-obatan ▫ Prosedur (contoh : cara perawatan luka)
▫ Pencegahan faktor resiko ▫ Lingkungan yang perlu disiapkan pasca
▫ Cara batuk efektif ▫ cara melakukan latihan ROM aktif/ ▫ cara melakukan teknik relaksasi
▫ Cara menggunakan alat kesehatan ▫ Cara mengurangi / mengatasi nyeri
▫ Kebutuhan privasi tambahan :..... ▫ Lain-lainnya.....
Kesediaan Pasien dan/ atau Keluarga menerima informasi dan Edukasi : ▫ Ya ▫ Tidak

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

Dipindai dengan CamScanner

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

No Rekam Medis : ☐☐☐☐☐☐

Nama Pasien : L/P

Tanggal Lahir :

EDUKASI

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

DAFTAR MASALAH / DIAGNOSIS MEDIK (diisi oleh dokter)

DAFTAR MASALAH / DIAGNOSIS KEPERAWATAN (diisi oleh perawat)

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

PERENCANAAN PULANG/ DISHARGE PLANNING (Diisi oleh perawat)

KRITERIA DISHARGE PLANNING

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

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

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

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

Tambahan apabila ada perubahan perencanaan pasien pulang

Tanggal/ jam	Profesi	Catatan	Nama dan paraf

Tanggal/ Jam :.....

Nama dan tanda tangan
Perawat yang melakukan Pengkajian

(_____)

Tanggal/ Jam :.....

Nama dan tanda tangan
DPJP yang melakukan pengkajian

(_____)

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

Dipindai dengan CamScanner

LEMBAR OBSERVASI HARIAN ICU / NICU

Dipindai dengan CamScanner

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

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

KRITERIA PASIEN MASUK RUANG INTENSIF NEONATUS

Diisi oleh DPJP

Ruang perawatan terdiri dari:

***Special Care Nursery* (SCN) 2**

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

***Special Care Nursery* (SCN) 1**

Bayi risiko sedang, yaitu:

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

***Neonatal Intensive Care Unit* (NICU)**

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

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

Kesimpulan	
Berdasarkan kondisi pasien diatas maka memenuhi indikasi untuk masuk Ruang ;.....	Solok, Nama DPJP & TTD

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

Dipindai dengan CamScanner

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

RSUD M.NATSIR

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

ASESMEN AWAL GAWAT DARURAT TERINTEGRASI

(Petunjuk : beri tanda √ pada ☐ untuk data yang sesuai)

Datang ke IGD : Tanggal : ..../...../:..... Jam datang : .....Wib Jam Penanganan :.....Wib Respon time :.....Menit

1.Psikososial, Kultural, Spiritual, dan Ekonomi (*diisi oleh perawat*)

Alamat :.....
Agama : ☐ Islam ☐ Kristen ☐ lain-lain.....
Status perkawinan : ☐ Kawin ☐ Tidak Kawin
Pendidikan : ☐ SD ☐ SMP ☐ SMA ☐.....
Penanggung jawab biaya : ☐BPJS ☐Umum ☐ PJKA ☐Inhealth ☐PLN ☐Jampersal ☐Asuransi lain.....
Rujukan : ☐Tidak ☐ Ya, Ket: ☐RS ☐ Pusk ☐Dr ☐Bidan ☐ Lain-lain .....

Kewarganegaraan : ☐ WNI ☐WNA
Nilai-nilai budaya :.....
Bahasa sehari-sehari : ☐ Minang ☐Indonesia .....☐.....
No.Telp : .....

Status Psikososial : Komunikasi ☐Baik ☐ Marah ☐Cemas ☐ Panik
Gangguan Perilaku ☐Tidak terganggu ☐Ada gangguan : ☐Tidak membahayakan ☐Membahayakan diri sendiri / org lain
(Bila ada, lakukan pengkajian restrain)

2.Triase (*diisi oleh dokter*)

Keluhan Utama / Riwayat Kesehatan Pasien	.....
Tanda-tanda Vital	GCS : E :..M...V.....:☐*CM : (14-15)* ☐*Apatis :(12-13)* ☐*Samnolen (10-11)* ☐*Stupor:(8-9)* ☐*Koma; (4-7)* Pupil : ☐ *Isokor* ☐ *Anisokor* ☐ *Midriasis* ☐*pinpoint* ☐ Reflek pupil = .../ ..... TD : ___/___mmHg Nadi : ___x/mnt (reguler/irreguler) Suhu : ____°C ☐ CRT > 2 dtk Airway : ☐Bersih ☐Sekret ☐Sumbatan Partial ☐Sumbatan Total ☐Cedera Cervical Pernafasan : ☐ RR : .....x/mnt ☐ Sa O2 ..... % ☐ Sianosis

SKALA DAN KATEGORI TRIASE

SKALA TRIASE	KETERANGAN	RESPON TIME
☐ Skala 1	Resusitasi	Segera
☐ Skala 2	*Emergency*/Gawat Darurat	10 menit
☐ Skala 3	*Urgent*/ darurat	30 menit
☐ Skala 4	Semi darurat	60 menit
☐ Skala 5	Tidak Darurat	120 menit

KATEGORI GAWAT DARURAT

☐	MERAH	Gawat darurat
☐	KUNING	Darurat tidak gawat
☐	HIJAU	Tdk gawat &tdk darurat
☐	HITAM	*Death on arrival*

Riwayat Penyakit Dahulu	Pernah dirawat ☐Tidak ☐ Ya Kapan terakhir di rawat :..... Dimana....., Diagnosis..... Pengobatan :.....

3.Alergi (*diisi oleh perawat*) ☐Tidak ☐Ya Jelaskan..... *(Bila ada, lakukan pemasangan gelang" merah")*

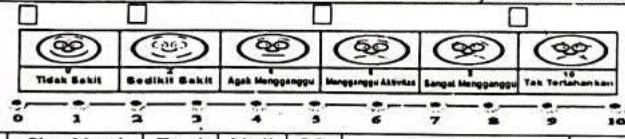
4.Skrining Nyeri (*diisi oleh perawat*)

(NIPS) ☐ -0 < *1 bulan*	*(FLACC PAIN SCALE)* * ☐ 1 bulan – *3 tahun*		*COMFORT SCALE* ☐ *Geriatri*		*CPOT* (Critical care Pain Observation Tool	
☐0 (tidak nyeri) ☐ 3-4 (sedang)	☐0 (tidak nyeri)	☐ 4-6 (sedang)	☐ 9 -18 (nyeri terkontrol)	☐ 27-35 (sedang)	☐ 0 (tidak nyeri)	☐ 4-6 (sedang)
☐-12 (ringan) ☐ > 4 (berat)	☐-13 (ringan)	☐ 7-10 (berat)	☐19-26 (ringan)	☐ >35 (berat)	☐ 1-3 (ringan)	☐7-10 (berat)

*) catatan : Bila pasien tidak sadar dan tidak menggunakan ventilator maka gunakan format penilaian nyeri dengan skala FLACC.

(WONG BAKER'S FACES COMBINED NUMERIC SCALE) **untuk usia lebih dari 3 tahun/ dewasa/usia lanjut**

Manajemen nyeri :



☐ Tidak nyeri ☐ Nyeri akut ☐ Nyeri kronis
Apakah nyeri menghalangi tidur? ☐ ya ☐ tdk
Apakah nyeri menghalangi aktivitas? ☐ ya ☐ tdk
Durasi:..... Karakteristik:.....
Lokasi :.....

Tanggal	Jam	Skor Nyeri	Tensi	Nadi	RR	Farmakologi	Non Farmakologi	Nama& paraf

Pedomani untuk melakukan skoring format asesmen awal dan ulang nyeri RM 29

5. Skrining Status Fungsional (*diisi oleh perawat*) ***penilaian Barthel index***
Aktifitas sehari-hari ☐Mandiri (skor 20) ☐Perlu bantuan : ☐ ringan =12-19 ☐ sedang =9-11 ☐ berat = 5-8

6.Skrining resiko cedera/ jatuh (*diisi oleh perawat*) (skala *Morse*):☐ Resiko tinggi >45 ☐ resiko sedang 25-44 ☐ resiko rendah 24

< 14 tahun (*Humpty Dumpty*) : ☐ Resiko tinggi (> 12) ☐ resiko rendah (7-11) *Bila skor resiko tinggi /sedang pasang gelang "kuning "*

7.Pengkajian nutrisi (*diisi oleh perawat*) : BB.....Kg TB.....CM **Status gizi** : ☐ buruk ☐ baik ☐ obesitas

ANALISA MASALAH KEPERAWATAN

No		*Masalah Keperawatan*		*Rencana Tindakan*	*Nama&Paraf*
1		Ketidakefektifan bersihan Jalur nafas (00031)		Managemen jalan nafas	
2		Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (00201)		Peningkatan perfusi serebral	
3		Nyeri akut (00132)		Managemen nyeri	
4					
5					

Dipindai dengan CamScanner

RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp. (0755) 20003 Fax. (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir. sumbarprov.go.id
email : rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

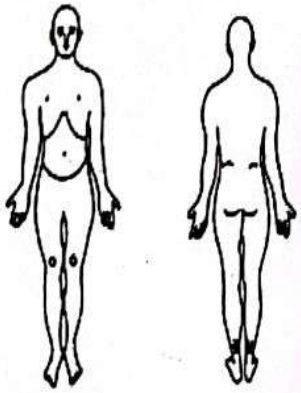
RSUD M.NATSIR

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

ASESMEN AWAL GAWAT DARURAT TERINTEGRASI

(SAMBUNGAN)

Pemeriksaan fisik umum/khusus, diagnosis, penatalaksanaan medis, pemeriksaan penunjang ***(diisi oleh dokter)***



KONDISI PASIEN SAAT PINDAH / PULANG DARI IGD

Tanggal : ...../...../..... Jam :.....Wib

TTV : GCS : E :..M...V....:☐CM : (14-15)☐*Apatis* :(12-13) ☐*Samnolen* (10-11) ☐*Stupor*:(8-9) ☐Koma; (4-7)
Pupil : ☐ Isokor ☐ Anisokor ☐ *Midriasis* ☐ *pinpoint* ☐ *Reflek pupil* = + / -
TD : ____/____mmHg Nadi : ___x/mnt (reguler/irreguler) Suhu : ___°C ☐CRT > 2 dtk
Airway : ☐Bersih ☐ Sekret ☐Sumbatan Partial ☐Sumbatan Total ☐Cedera *Cervical*
Pernafasan : ☐RR : ....x/mnt ☐ Sa O2 ....% ☐Sianosis

☐Dikonsulkan ke :..... *(DPJP)* ☐Di rawat di ruang :.....
☐Tindakan Lanjutan di :..... ☐Kamar Operasi ☐HD ☐ICU ☐HCU.....Ruang :.....
☐Di Rujuk ke Rumah Sakit :..... Atas dasar ☐ tempat penuh ☐ Fasilitas lebih baik ☐ Permintaan pasien/ klg
☐Dipulangkan Jam :.....Wib ☐Meninggal Jam :.....Wib ☐ DOA
☐Transfortasi pulang ☐ Kendaraan Pribadi ☐Ambulance ☐ Mobil Jenazah

☐ **Pengkajian kebutuhan informasi dan edukasi (*diisi oleh perawat*)** :
☐Minum obat teratur ☐ Jaga kebersihan luka ☐ Informasi gelang identitas
☐Diet ☐Pulang Atas Permintaan ☐ Kontrol Lanj utan ke..... ☐ Prognosa / Kondisi Kes Pasien
☐Lain-lain :.....

Nama / Ttd Keluarga

Tingkat /Derajat
Transfer pasien

☐ **Derajat 0**
☐ **Derajat 1**
☐ **Derajat 2**
☐ **Derajat 3**

Solok, ...Jam:.....

Nama / Ttd Perawat	Nama / Ttd Dokter Jaga
(.....)	(.....)

Dipindai dengan CamScanner

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

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

PENGKAJIAN PRA BEDAH

DPJP :	**TANGGAL MASUK :**
KELAS RAWATAN :	**TANGGAL KELUAR:**

TANGGAL :..... JAM:..... WIB

PENGKAJIAN PRA BEDAH (*Diisi oleh Operator)*

Tempat Pengkajian : ☐ Instalasi Gawat Darurat/ Kamar Bersalin
☐ Unit Rawat Inap : Ruang Perawatan / NICU / PICU / HCU
☐ Poliklinik _____

Riwayat Penyakit : ☐ Hipertensi ☐ Diabetes ☐ Hepatitis ☐ Peny. Lainnya _____
Riwayat Operasi : Jenis Operasi_____ Dimana _____Kapan _____
Riwayat Alergi : Tidak Ada ☐ Tidak Diketahui ☐ Ada, Sebutkan_____
Data Subjektif (Anamnesis)

Data Objektif (Pemeriksaan Fisik)

Diagnosis Pre Operasi : .....

RENCANA TATA LAKSANA

Rencana Operasi / Tindakan	
Sifat Prosedur	☐ Elektif, Hari/ Tanggal : _____ /_____ ☐ Cito
Perkiraan Lama Tindakan	☐ menit/ jam
Anestesia	☐ Lokal ☐ Konsul Pendampingan Anestesi ☐ Konsul Pembiusan
Puasa	☐ Tidak Perlu ☐ Sesuai Rencana Anestesi ☐ Mulai Jam
Konsultasi Bagian Terkait	☐ Tidak Perlu ☐ Ya,
Peralatan Khusus Yang Digunakan	☐ Tidak Ada ☐ Laparoskopi ☐ Mikroskop ☐ Lain – Lain :
Pengosongan Kandung Kemih	☐ Ya ☐ Tidak
Infus	☐ Tidak Perlu ☐ Di Kamar Operasi/ Tindakan ☐ IVFD
Persiapan Darah	☐ Tidak Perlu ☐ *Whole Blood* _____Ml ☐ *Pakced Red Cells* _____ml ☐ TC ☐ Komponen Lain :
Rencana Post Operasi/ Tindakan	☐ Ruang Rawat Intensif (ICU/NICU/ PICU/ HCU) ☐ Ruang Perawatan Biasa ☐ Pulang
Catatan	

Solok, ... 20.....

(.....)
Nama dan tanda tangan Operator

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

RM.OK.14.1/Rev.02.2019/RM.14

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADANLAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl.Simpang Rumbio Kota SolokTelp (0755) 20820-20827Fax: (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id

RSUD M. NATSIR

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

LEMBAR KONSULTASI ANESTESI

Kepada :
Yth. Sejawat Anestesi _____
Dengan ini kami konsultasikan pasien dengan identitas tersebut diatas ;
Diagnosa : _____
Rencana tindakan : _____
Mohon konsultasi anestesi

Tanggal, _____, 20___. Jam : _____WIB

Dokter DPJP

(_____)
Nama lengkap dan tanda tangan

JAWABAN KONSULTASI
Kepada :
Yth. Ts _____
Telah saya lakukan pemeriksaan pasien tersebut dengan hasil ;

Tanggal, _____, 20___ Jam : _____WIB

Dokter Anestesi

(_____)
Nama Lengkap dan Tanda Tangan

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

RM.OK 14.2/Rev.00.2019/-

Dipindai dengan CamScanner

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

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

L/P

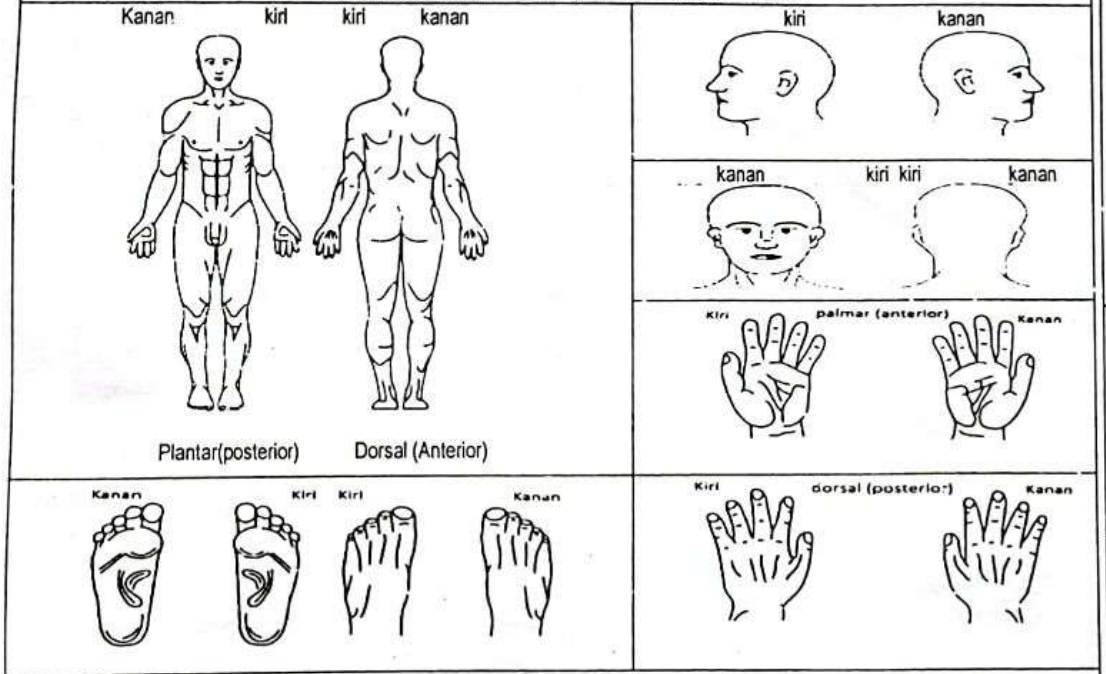
PENANDAAN LOKASI OPERASI

Ruangan : .....
Tanggal : .....
Jam : .....

Diagnosa Pre Operasi : .....
Rencana Tindakan Operasi : .....
Jenis Operasi : cito / elektif

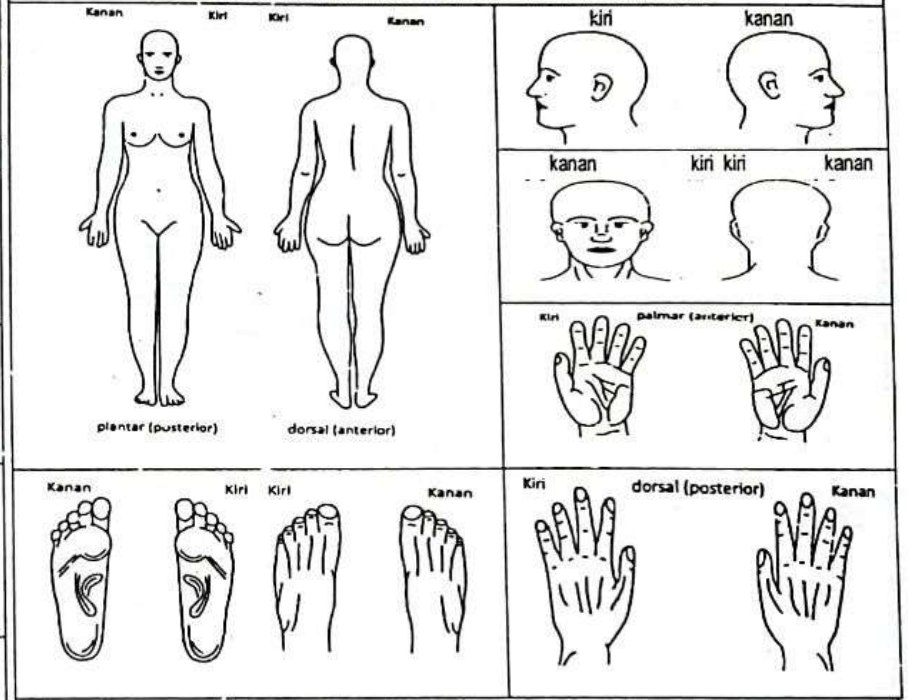
*Diisi oleh Operator sebelum melakukan tindakan operasi.
*Beri tanda (O) pada gambar sesuai dengan penandaan lokasi operasi pada tubuh pasien

PENANDAAN LOKASI OPERASI PRIA



Posisi pasien dalam operasi : .....
Deskripsi singkat apabila tidak dapat dilakukan penandaan pada tubuh pasien :
.....
.....

PENANDAAN LOKASI OPERASI WANITA



Saya menyatakan bahwa lokasi operasi yang telah ditetapkan pada diagram adalah benar.

Paslen / Keluarga	Dokter Operator
(.....)	(.....)
Nama lengkap dan tanda tangan	Nama lengkap dan tanda tangan

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

PENGKAJIAN PRA-ANESTESI

Tanggal masuk ruangan OK : .....20..... Pukul : ..... WIB Ruangan Asal Rawat : .....

ANAMNESIS *(diisi oleh dokter anestesi)*

o Elektif o Emergency

Tanggal/Jam Pemeriksaan :.....

Diagnosa	:.....
Rencana Tindakan	:.....
Tanggal Tindakan	:.....
Operator	:.....
Dokter Anestesi	:.....

RIWAYAT OPERASI DAN ANESTESI :
- o Tidak ada
- o Ada , operasi :.....
  Anestesi:.....

PENYAKIT YANG PERNAH DIDERITA :

Asma : ☐ Tidak, ☐ Ya, Bila ya, serangan terakhir..... Pengobatan :

Diabetes : ☐ Tidak, ☐ Ya, Bila ya, serangan terakhir..... Pengobatan :

Hipertensi : ☐ Tidak, ☐ Ya, Bila ya, serangan terakhir..... Pengobatan :

Gastritis : ☐ Tidak, ☐ Ya, Bila ya, serangan terakhir..... Pengobatan

Angina : ☐ Tidak, ☐ Ya, Bila ya, serangan terakhir..... Pengobatan

Kejang : ☐ Tidak, ☐ Ya, Bila ya, serangan terakhir..... Pengobatan

Lain-lain :

KAJIAN SISTEM :

Jantung	
Paru-paru	
Abdomen	
Ekstremitas	
Lain-lain	

HASIL KONSULTASI BAGIAN LAIN:
.....

PENYULIT ANESTESI LAINNYA :
.....

KESIMPULAN PRA ANESTESI :
.....

Persediaan darah bila diperlukan :
☐Tidak ☐ Ya, bila ya : .....

INSTRUKSI PRA ANESTESI :

Puasa Mulai : Jam .....
Premedikasi :.....
Transportasi ke kamar bedah : .....
Rencana Operasi : Jam.....Tanggal .....
Lain-lain :.....

Informed concent anestesi : ☐ Tidak, ☐ Ya

TANDA-TANDA VITAL SEBELUM TINDAKAN :

TD	:.....mm/Hg	Nadi	:.....x/menit
BB	:.....kg	RR	:.....x/menit
TB	:.....cm	Suhu	:.....C

Kesadaran :..... GCS : E: ..... V: ..... M: .....

OBAT YANG SEDANG DIKONSUMSI :
- o Tidak Ada
- o Ada:.....

Jalan Nafas : ☐ Bebas ☐ Tidak
Mallampati : ..... Buka Mulut: ..... Jari TMJ: .....

Gigi Palsu : ☐ Ada ☐ Tidak
Gigi Goyang : ☐ Ya ☐ Tidak

Trauma : ☐ Ada ☐ Tidak
Leher : ☐ Mobile ☐ Terbatas

KEBIASAAN:
- Merokok/ tidak merokok, jika ya, sebanyak,.....
- Terakhir merokok,.....
- Minum teh/kopi/alkohol, jika ya, sebanyak.....
- Olah raga teratur, sebanyak.....

RIWAYAT ALERGI :
- Obat : .....
- Makanan : .....
- Udara : .....

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Laboratorium	Hb:..... Ht: ..... Bt: ..... Ct: ..... PT: ..... APTT:..... Fungsi Ginjal: Ureum: ..... Creatinin: ..... Fungsi Hati : SGOT: ..... SGPT : ..... Albumin:..... Globulin : ..... Bilirubin : Direct.....Indirect..... Elektrolit : NA:..... K: ..... Cl: ..... Ca.....Mg:.....
EKG	
Rontgen	
Lain-lain	

ASA CLASSIFICATION :

ASA 1	Pasien normal yang sehat
ASA 2	Pasien dengan penyakit sistemik ringan
ASA 3	Pasien dengan penyakit sistemik berat
ASA 4	Pasien dengan penyakit sistemik berat yang mengancam nyawa
ASA 5	Pasien yang tidak dapat hidup/bertahan dalam 24 jam dengan/tanpa operasi
ASA 6	Pasien mati batang otak yang organ tubuhnya dapat diambil
E	Emergency

RENCANA ANESTESI :
GA : TIVA / LMA / ETT / ETT DL
REGIONAL: SPINAL / EPIDURAL / KAUDAL / BLOK PERIFER
SEDASI /LAIN:.....

Setuju / Tidak Setuju Dilakukan Anestesi / Sedasi : .....

RENCANA TINDAK LANJUT POST OPERATIF :

Rencana penanganan nyeri :
Perawatan pasca Anestesi : ICU / Rawat Inap
Lainnya:

Pemeriksa

(.....)
Nama dan tanda tangan Dokter Anestesi

Dipindai dengan CamScanner

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

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

INFORMED CONCENT ANESTESI LOKAL

PERSETUJUAN TINDAKAN PEMBIUSAN (ANESTESI LOKAL)

PEMBERIAN INFORMASI

Dokter pelaksana			
Pemberian Informasi			
Penerimaan Informasi*			
No.	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (√)
1.	Diagnosa (WD & DD)		
2.	Dasar diagnosis	Anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang	
3.	Tindakan Kedokteran*	Anestesi dengan anestesi permukaan, infiltrasi.	
4.	Indikasi Tindakan	Untuk operasi pada perawatan atau pencabutan gigi, ganglion, lipoma, fibroma, sirkumsisi dan lain – lain.	
5.	Tata Cara	Infiltrasi :desinfeksi area, suntikan di area.	
6.	Tujuan	Menghilangkan rasa sakit pada sebagian tubuh dan pasien tetap dalam kondisi sadar.	
7.	Risiko	Nyeri. bengkak.	
8.	Komplikasi	Depresi atau stimulasi pada sistem saraf pusat, infeksi dan jantung.	
9.	Prognosis	Tergantung kondisi pasien	
10	Alternatif dan Risiko		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal–hal di atas secara benar, jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan atau berdiskusi.			Tanda Tangan Dokter
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda atau paraf di kolom kanannya dan telah memahaminya.			Tanda Tangan Penerima Informasi

**) Bilapasientidakkompetenatautidakmaumenerimainformasi,makcpenerimainformasiadalah wali atau keluargaterdekat.*

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :

dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan ..... terhadap saya/..... ...

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya , termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul .

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukan lah ilmu pasti , maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan , melainkan sangat tergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa

Solok ,....., 20... Jam : ..... WIB

YangMenyatakan* Pasien/ Keluarga	Saksi dari Pihak Keluarga
(_____)	(_____)
Nama Lengkap dan Tanda Tangan	Nama Lengkap dan Tanda Tangan
Dokter	Saksi dari Pihak Rumah Sakit
(_____)	(_____)
Nama Lengkap dan Tanda Tangan	Nama Lengkap dan Tanda Tangan

**) Coret yang tidak perlu*

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

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp.(0755) 20003 Faks: (0755) 20903
Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

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

INFORMED CONCENT ANESTESI

PERSETUJUAN TINDAKAN PEMBIUSAN (ANESTESI REGIONAL, UMUM/ SEDASI)

PEMBERIAN INFORMASI

Dokter pelaksana	
Pemberian Informasi	
Penerimaan Informasi*	

No.	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (√)
1.	**Diagnosa (WD & DD)**		
2.	**Dasar diagnosis**	Anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang.	
3.	**Tindakan Kedokteran***	☐ **Anestesi Regional** ☐ *Spinal/ Epidural* ☐ Kaudal ☐ Blok ☐ **Anestesi Umum**	
4.	**Indikasi Tindakan**		
5.	**Tata Cara**	1. **Anestesi Regional** a. *Anestesi Spinal/ Epidural* Penyuntikan jarum pada sela – sela tulang belakang, setelah obat Anestesi Lokal disuntikkan akan terasa kesemutan, kebas pada area yang dibius kemudian terasa berat dan pada akhirnya tidak dapat digerakkan. Pada Anestesi Epidural dapat dipasang catheter untuk menambahkan obat Anestesi Lokal bila diperlukan. b. Anestesi Kaudal Penyuntikkan jarum di daerah kaudal, di ringga epidural setelah itu diberikan obat Anestesi Lokal. c. Anestesi Blok Syaraf Perifer Pemberian Anestesi Lokal disekitar syaraf yang bisa dipandu dengan USG atau Nerve Stimulator. 2. **Anestesi Umum** Tindakan Anestesi Umum dilakukan dengan cara memberikan obat bius melalui pembuluh darah dan/ atau dihirup melalui hidung/ mulut. Lama kerja obat disesuaikan dengan kebutuhan operasi. Setelah pasien tidak sadar, sesuai kebutuhan operasi, dapat dilakukan pemasangan pipa nafas untuk mengalirkan gas – gas pemafasan dan gas bius.	
6.	**Tujuan**	1. Supaya pasien tidak merasa sakit saat operasi; 2. Supaya pasien tidak sadar selama operasi (anestesi umum/ sedasi); 3. Supaya otot – otot menjadi rileks jika dibutuhkan.	
7.	**Risiko**	**Anestesi Regional :** Tekanan darah turun, blok spinal tinggi/ total, mual, muntah, penurunan panas tubuh **Anestesi Umum :** ETT salah masuk kekerongkongan, oedemalaring, obstruksi jalan nafas (odemalaring, pangkal lidah jatuh), henti jantung perawatan ke Perawatan Intensig.	
8.	**Komplikasi**	**Anestesi Regional :** Nyeri punggung, retensi urine, sakit kepala, spinal hematoma, meningitis, kauda equine sindrom, kerusakan syaraf. **Anestesi Umum :** Mual, muntah, menggigil, hipertermiamalignan, batuk, aspirasi, kejang pita suara, spasme laring, alergi.	
9.	**Prognosis**	Tergantung kondisi pasien	
10	**Alternatif dan Risiko**		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal–hal di atas secara benar, jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan atau berdiskusi.			Tanda Tangan Dokter
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda atau paraf di kolom kanannya dan telah memahaminya.			Tanda Tangan Penerima Informasi

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

Dipindai dengan CamScanner

PERSETUJUAN TINDAKAN PEMBIUSAN (ANESTESI REGIONAL, UMUM/ SEDASI)

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :

dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan ..... terhadap saya/..... ...

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya , termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul .

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukan lah ilmu pasti , maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan , melainkan sangat tergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa

Solok ,_____, 20___ Jam :____WIB

Yang Menyatakan* Pasien/ Keluarga	Saksi dari Pihak Keluarga
(_____) Nama Lengkap dan Tanda Tangan	(_____) Nama Lengkap dan Tanda Tangan
Dokter	Saksi dari Pihak Rumah Sakit
(_____) Nama Lengkap dan Tanda Tangan	(_____) Nama Lengkap dan Tanda Tangan

*) *Coret yang tidak perlu*

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

Dipindai dengan CamScanner

DAFTAR SERAH TERIMA PASIEN KAMAR OPERASI

Tanggal masuk ruangan OK : .....20..... Pukul : ..... WIB Ruangan Asal Rawat : .....

Diagnosa : ..... Dokter Operator : ..... Jenis Kelamin : Laki laki / Perempuan* Jam diterima petugas OK :	Tindakan operasi : ..... Jam diserahkan kepada petugas bangsal :.....

*)coret yang tidak perlu

PRA OPERASI	RUANG RAWATAN *diisi oleh perawat ruangan	KAMAR OPERASI *diisi oleh perawat ok	PASCA OPERASI	KAMAR OPERASI *diisi oleh penata anestesi	RUANG RAWATAN *diisi oleh perawat ruangan
Data RM / Status pasien			**Data RM / Status pasien**		
Informed consent tindakan bedah dan anestesi			Informed consent tindakan bedah dan anestesi		
DATA PENDUKUNG			**DATA PENDUKUNG**		
Laboratorium			Laboratorium		
Rongent			Rongent		
EKG			EKG		
PERSIAPAN PASIEN			**PESAN DAN KEADAAN PASIEN SAAT SERAH TERIMA PASIEN**		
Puasa			Kesadaran pasien CM Samnolen	....	
Premidikasi / obat masuk			Pasisi tidur Supinasi tanpa bantal (GA) Supinasi dgn bantal (SP) SIM		
Tidak pakai perhiasan, kaca mata			Pemakaian oxygen		
Tidak pakai protese /gigi palsu					
Pencukuran daerah operasi			Material yang di serahkan		
Terpasang infus (IN), Dower catheter (DC) NGT			Pemeriksaan yang di pesankan pasca operasi (lab.Hb, AGD, PA, tranfusi, Rongent)		
PERSIAPAN ALAT/ OBAT			Alat infasif yang terpasang		
Darah tranfusi WB, PRC			- Drinase		
Cairan kristaloid (RL, NaCl)			- NGT		
Infus set			- ET		
Tranfusi set			- Infus		
Poli catheter FR.....			- Dower cateter		
NGT FR.....			-		
Urine bag			**LAPORAN-LAPORAN**		
Obat			- Blangko Laporan Operasi		
			- Blangko Laporan Anestesi		
			- Pemakaian obat/ alat/ inplan		
			- Blangko Tindakan		
			- Blangko Pemeriksaan PA		

PRA OPERASI

Petugas OK yang menerima

(.....)
Nama dan tanda tangan

Petugas Ruangan yang menyerahkan

(.....)
Nama dan tanda tangan

Penata Anestesi yang menyerahkan

(.....)
Nama dan tanda tangan

Petugas Ruangan yang menerima

(.....)
Nama dan tanda tangan

Dipindai dengan CamScanner

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

RSUD M. NATSIR

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

L/P

CHEK LIST KESELAMATAN OPERASI

SIGN IN (Sebelum Pemberian Anestesi)
Jam :.....Dengan Penata dan Dokter Anestesi

**diisi oleh penata anestesi*

Pastikan data persiapan operasi kepada pasien
Identitas : ☐ Gelang ☐ RM
Cheklist persiapan operasi : ☐ Isi Lengkap
Informed Concent : ☐ Operasi ☐ Anestesi
☐ Transfusi ☐ .....

Pastikan Marker di Lokasi Operasi
☐ Ada Lokasi : .....
Jumlah : .....
☐ Tidak Perlu dilakukan

Pastikan mesin Anestesi berfungsi baik & obat anestesi lengkap (siap pakai) :
☐ Sudah, dg jenis anestesi :
Umum/ Lokal pendampingan/ Blok / Spinal / Kombinasi spinal epidural / lokal)
☐ Belum

Pastikan Pulse oxymeter :
Ada, terpasang & berfungsi baik
☐ Sudah ☐ Belum

Pastikan apakah pasien mempunyai alergi :
☐ Ya, Golongan :.....
☐ Tidak

Ada kesulitan Jalan nafas & resiko aspirasi :
☐ Ya :.....
☐ Tidak

Ada resiko perdarahan > 500 ml(Hb:.....)
☐ Ya,(Dua IV line/CVC & persiapan cairan/ persiapan Darah cc
☐ Tidak

Verifikasi:

.....	.....
(Penata Anestesi)	(Dokter Anestesi)

TIME OUT (Sebelum Insisi Kulit)
Jam:.....Dengan Perawat, Dokter anestesi dan Dokter Bedah

**diisi oleh perawat sirkuler*

Lakukan konfirmasi semua anggota tim bedah dan anestesi dan telah memperkenalkan diri nama dan perannya.
☐ Sudah, Dokter:.....Orang Perawat:.....Orang
☐ Belum

Pastikan konfirmasi: nama pasien, jenis kelamin, umur pasien
Lokasi insisi operasi :.....
Prosedur Operasi :.....

Pastikan pemberian antibiotik profilaksis dalam 60 menit terakhir sebelum insisi
☐ Ya ☐ Tidak diperlukan

Nama	Dosis	Jam

Antisipasi Kejadian kritis:

Terhadap Ahli Bedah
- Langkah apa yang dilakukan jika terjadi kondisi kritis dan kejadian tidak diharapkan ?.....
- Berapa lama Operasi berlangsung?.....menit/Jam
- Apa antisipasi bila terjadi perdarahan?.....

Terhadap Ahli Anestesi
- Apakah ada hal khusus yang perlu diperhatikan terhadap pasien?.....
- Jika diperlukan CVC, Kapan akan dipasang ?.....

Terhadap Tim Perawat
- Apakah peralatan sudah steril?, adakah alat-alat yang perlu diperhatikan khusus atau dalam masalah?.....
- **Kelengkapan Jumlah alat operasi:**
  Instrumen: ☐ Lengkap ☐ Tidak Lengkap
  Kassa: Kecil: .....Segi-4:.....Drumkass: .....Tampon:.....
  Jarum: *Atraumatic*:..... Lepas:.....
  Implan: ☐ Ya,Barcode..... ☐ Tidak

Apakah hasil MRI, CTScan, Rontgen diperlihatkan ?
☐ Ya ☐ Tidak

Verifikasi :

.....	.....	.....
(Dokter Bedah)	(Dokter Anestesi)	(Perawat Sirkuler)

SIGN OUT (Sebelum Area Operasi Ditutup)
Jam:.....Dengan Perawat, Dokter anestesi dan Dokter Bedah

**diisi oleh perawat sirkuler*

Pastikan nama tindakan operasi sudah dicatat (sirkulasi ns)
Ada perubahan / perluasan tindakan operasi yang terencana:
☐ Ada :..... ☐ *informed concent*
☐ Tidak :

Pastikan Kelengkapan Jumlah:

Kassa	☐ Lengkap	☐ Tidak Dihitung
Instrumen	☐ Lengkap	☐ Tidak Dihitung
Jarum	☐ Lengkap	☐ Tidak Dihitung

Penghitungan Kassa:

Jenis Kassa	Kotor	Bersih
Segi-4		
Drumkass		
Tampon		
Cotton Buds		

Apakah Implan ada dan terpasang dengan benar
☐ Ya ☐ Tidak Dipasang

Pastikan specimen pasien (bacakan label spesimen termasuk nama pasien dengan keras) :
☐ Ada ☐ Tidak Ada

Ruangan	PA	Kultur	Sitologi
OK			
Unit			

Masalah / Kerusakan Instrumen / Alat selama Proses Operasi
☐ .....
☐ .....

Untuk ahli bedah, ahli anestesi dan perawat
Apakah ada perhatian khusus untuk kesembuhan dan pengelolaan pasien selanjutnya?.. .....
Hal yang harus diperhatikan :
.....
Tanggal Tindakan :

Verifikasi:

.....	.....	.....
(Dokter Bedah)	(Dokter Anestesi)	(Perawat Sirkuler)

Dipindai dengan CamScanner

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

RSUD M. NATSIR

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

LAPORAN ANESTESI

Tindakan	:	Asisten operator	:
Asisten	:	Perawat Instrumen	:
Dokter Anestesi	:	Perawat sirkuler	:
Operator	:	Penata Anestesi	:

Jam : _____ Wib — Berat Badan : _____ Tinggi badan : _____
Kesadaran : _____ — Nadi : _____ Suhu : _____
Tekanan Darah : _____ — Pernapasan : _____

Dengan udara bebas O_2 — Liter per menit Via

ASA 1 2 3 4 5 E

Puasa mulai pukul : — Tanggal :

Premedikasi : _____ — rute : Oral / intramuscular / intavena Jam :

Checklist persiapan anestesi : ☐Persetujuan anestesi ☐Obat – obatan anestesi ☐Tatalaksana jalan napas ☐Alat monitoring ☐Obat – obatan emergency ☐Mesin anestesi

Jam : _____ Wib
☐Nibp ☐CVC
☐Ekg ☐$ETCO_2$
☐SpO_2 ☐Prekordial
☐Temp ☐Lain - lain

Jalur	Ukuran	Sisi	Letak
☐IV #1	G	Kiri/kanan	
☐IV #2	G	Kiri/kanan	
☐IV #3	G	Kiri/kanan	
☐CVC	G	Kiri/kanan	

☐Penghangat darah
☐Infusion pump
☐Syring Pump
☐Kateter Foley no : _____
☐NGT no : _____

Posisi pasien selama operasi

☐Supine ☐Semi flower
☐Lithotomi ☐Duduk
☐Prone ☐Leteral decubitus kiri
☐Jack-knife ☐Lateral decubitus kanan
☐Trendelenberg ☐Reverse Trendelenberg
☐Lain - lain

Lengan

☐Sudut < 90 ° ☐Bantalan aksilar

Mata	Badan
☐Lubrikasi	☐Bantalan punggung
☐Bantalan tambahan	☐Bantalan tungkai

Masalah saat evaluasi Pra Induksi ☐ Ada ☐ Tidak Ada
Jika ada : .....

Terapi/tindakan yang sudah dilakukan
.....
.....

Respon terhadap terapi/tindakan tersebut :
.....
.....

Antisipasi masalah:

Perubahan rencana anestesi ☐ Ada ☐ Tidak Ada
Sebutkan Jika ada :
.....

Resume / Diagnosa Pra Anestesi :
.....
Rencana Anestesi :
.....

Induksi Jam : _____ Wib
☐Inhalasi
☐Intravena
☐Preoksigenisasi
☐Rapid sequence induction
☐Penekanan krikoid

ETT
Tipe : _____ Ukuran : _____
Kedalaman : _____
Cuffed ☐Iya ☐Tidak
Pack ☐Iya ☐Tidak
Pengulangan : _____

Jalan napas : ☐Sungkup muka ☐Oral ☐LMA ☐Nasal ☐Trakeostomi
Ukuran :

Metode
☐Direct Laringoscope
☐Mandarin/stylet
☐Fiberoptik
☐Tube changer styley (sliding)
☐Teknik blind
☐Video assisted laryngoscope
☐Teknik awake
☐Sudah terintubasi

Konfirmasi
☐$ETCO_2$
☐Suara nafas vesikuler bilateral
☐Pipa sudah diplester
☐Suiit ventilasi
☐Sulit intubasi
☐Lain - lain

Teknik : ☐Spinal ☐Saddle Block ☐Epidural ☐Kaudal ☐Intravena ☐Blok Perifer
Lokasi tusukan : _____ Analgesis setinggi segmen : _____ Jenis jarum/ukuran : _____
Anestesi local : _____ Konsentrasi : _____ Jumlah : _____
Obat tambahan : 1. _____ 2. _____ Dosis : _____ Vasokontiktor : ☐Adrenalin ☐Non Adrenalin
Waktu mulai : _____ Komplikasi : _____
Hasil : ☐Berhasil ☐Gagal ☐Parsial Blok

Dipindai dengan CamScanner

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

RSUD M. NATSIR

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

LAPORAN ANESTESI

Premedikasi

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

Pemberian : SK/ I.M/ I.V/ P.Oral
Waktu : Jam..... Wib
Efek : .....

Medikasi :

1	.....	6	.....	11	.....	16	.....
2	.....	7	.....	12	.....	17	.....
3	.....	8	.....	13	.....	18	.....
4	.....	9	.....	14	.....	19	.....
5	.....	10	.....	15	.....	20	.....

Jam :
O2 :
N2O :
Air :
Infus
Hipnosis
Relaksan
Analgetika
Lain-lain

V.S= VentilasiSpontan VB= Ventilasi Bantu
V.K= Ventilasi Kendall Tin Tekstubasi
X anest-X o-opo-o
•-N •-R-^ sist V diast ^

R	N	TD
36		220
32		200
28		180
26		160
20	180	140
16	160	120
12	140	100
6	120	80
-	100	60
-	80	40
-	60	20
-	40	0

Perdarahan : .....ml

Jenis Anest/Analg :

Lama Operasi :

Jumlah Medikasi :

Jumlah Cairan/Transfusi :

Operasi Sectio Caesarian

Lahir bayi :
☐ Mati ☐ Hidup
☐ Laki - laki ☐ Perempuan
APGAR SCORE 1': 2': 3':
Berat badan :
Panjang Badan :

Catatan :

Solok. ..... 20....

(.....)
Nama dan tanda tangan dokter anestesi

Dipindai dengan CamScanner

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

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

LAPORAN OPERASI

Tanggal masuk ruangan OK : .....20..... Pukul : ..... WIB Ruangan Asal Rawat : .....

Laporan diisi oleh dokter "setelah selesai operasi,sebelum pasien pindah ke ruang rawatan"

Diagnosa Pra bedah :		Diagnosa Pasca Bedah :	
JenisPembedahan :		Jam Mulai :	Jam Berakhir :
Dokter Operator	Asisten	Perawat Instrumen :	
DokterAnestesi	JenisAnestesi	Jam Mulai	Jam Berakhir

JenisOperasi
☐ Emergency
☐ Elektif

Klasifikasitindakanoperasi :
☐ Kecil ☐ Sedang
☐ Besar ☐ Khusus

Pendarahan cc

Jumlah darah yang masuk melalui Transfusi : cc
(isi jika ada)

LAPORAN PEMBEDAHAN

No. Pendaftaran Implan yang dipasang (Jika ada):

KOMPLIKASI TINDAKAN

Deskripsi Jaringan/ Organ yang diangkat
Dikirm ke Patologi Anatomi ☐ Ya ☐ Tidak

INSTRUKSI/ TERAPI POST OPERASI

Solok, ... 20.....

(.....)
Nama dan Tanda Tangan Operator

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

RM.OK 14.10/Rev.02.2019/RM.14.5

Dipindai dengan CamScanner

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

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

L/P

ASKEP PERIOPERATIF

Diagnosa medis : .....
Jenis Tindakan operasi : .....
Jenis Anestesi : .....
Jam mulai operasi : .....
Jam selesai operasi : .....

Jenis kelamin : .....
Ruang perawatan : .....
Hari/Tanggal : .....

Dokter Operator : .....
Dokter Anestesi : .....
Asisten /Instrumen : .....
Circulating Nurse : .....
Penata anestesi : .....

PRE OPERASI

PENGKAJIAN	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1. Pernafasan o RR : ..... x/m o SpO2 : ..... % 2. Blood Capillary Refill Time Skin ☐ < 2 detik ☐ Hangat ☐ > 2 detik ☐ Dingin TD : ..... mmHg Gula Darah : ..... mg/dl HR : ..... x/m Suhu : ..... C Pendarahan : ☐ Ya ☐ Tidak 3. Brain Kesadaran : Gcs : o Compos Mentis Eye : ..... o Delirium Verbal : ..... o Stupor Motorik: ..... o Apathies o Samnolen o Koma Skala Nyeri : ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 4. Bladder o Memakai Kateter o Urin output .....cc 5. Bowel BB : .....Kg TB : ..... CM o Puasa , Jam..... o Mual o Perut Distensi o Muntah 6. Bone Integritas Kulit :..... Patah Tulang : ☐ Ya ☐ Tidak	1. Cemas 2. Gangguan Pertukaran Gas 3. Ganggguan mobilitas fisik 4. Gangguan Integritas kulit 5. Gangguan komunikasi Verbal 6. Inefektif pola nafas 7. Inefektif koping individu 8. Defisit pengetahuan 9. Potensial Infeksi 10. Ketidakberdayaan 11. ..... 12.	o Lakukan interaksi sosial o Cek kelengkapan dokumen pre-op o Observasi tanda tanda vital o Beri informasi yang faktual mengenai diagnosis dan lakukan back and neck rub (menggosok punggung dan leher pasien) dengan komunikasi terapeutik o Jelaskan semua prosedur yang akan di lakukan o Jelaskan patofisiologi dari penyakitnya dengan sederhana yang mudah di terima dan Gambarkan gejala / tanda yang biasa muncul o Dampingi pasien selama di kamar operasi dan ciptakan trush/ kepercayaan yang nyaman o Fasilitasi suasana lingkungan yang tenang dan aman o Identifikasi tingkat pengetahuan. o Beri informasi yang benar dengan komunikasi terapeutik o Atur posisi pasien sesuai rencana tindakan pembedahan o Lakukan SIGN IN	o Memperkenalkan diri sebagai tim kamar operasi o Serah terima pasien dan rekam medis dengan perawat ruangan o Mengobservasi tanda tanda vital o Memberikan informasi yang faktual mengenai diagnosis dan lakukan back and neck rub (menggosok punggung dan leher pasien) dengan komunikasi terapeutik o Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan o Menjelaskan patofisiologi dari penyakitnya dengan sederhana yang mudah di terima dan Gambarkan gejala / tanda yang biasa muncul o Mendampingi pasien selama di kamar operasi dan menciptakan trush/ kepercayaan yang nyaman o Memfasilitasi suasana lingkungan yang tenang dan aman o Mengidentifikasi tingkat pengetahuan o Memberi informasi yang benar dengan komunikasi terapeutik o Mengatur posisi pasien sesuai rencana tindakan pembedahan o Melakukan SIGN IN	S: O: A: P:

Dipindai dengan CamScanner

INTRA OPERASI

PENGKAJIAN	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Sign In Jam : ..... WIB Time Out Jam : ..... WIB Anestesi di mulai : ..... WIB Selesai : ..... WIB Operasi dimulai : ..... WIB Selesai : ..... WIB 1. Pernafasan o RR : ..... x/m o SpO2 : ..... % 2. Blood Capillary Refill Time Skin ☐ < 2 detik ☐ Hangat ☐ > 2 detik ☐ Dingin TD : ..... mmHg Gula Darah : ..... mg/dl HR : ..... x/m Suhu : ..... C Pendarahan : ☐ Ya ☐ Tidak 3. Brain Kesadaran : Gcs : o Compos Mentis Eye : ..... o Delirium Verbal : ..... o Stupor Motorik: ..... o Apatnies o Samnolen o Koma Skala Nyeri : ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 4. Bladder o Memakai Kateter o Urin output .....cc o Lainnya..... 5. Bowel BB : .....Kg TB : ..... CM o Puasa , Jam..... o Perut Distensi o Mual o Muntah 6. Bone Integritas Kulit :..... Patah Tulang : ☐ Ya ☐ Tidak Pasang Implan: ☐ Ya ☐ Tidak	1. Resiko infeksi 2. Resiko cidera 3. Resiko hipotermia 4. Cemas 5. Gangguan integritas kulit 6. Pola nafas inefektif 7. Resiko terbakar oleh electro cutter 8. Defisit volume cairan 9. Resiko perdarahan 10. Nyeri akut 11. ..... 12.	o Siapkan ruangan operasi o Observasi vital sign secara periodik o Monitor hidrasi (kelembaban Mukosa) o Siapkan selimut hangat o Persiapkan pasien di meja operasi o Siapkan instrument dan linen o Atur posisi pasien sesuai tindakan operasi o Lakukan TIME OUT o Monitor ventilasi o Kolaborasi pemberian cairan kristaloid /koloid o Monitor KU pasien dan Vital Sign o Monitor jumlah perdarahan o Awasi bila terjadi anemia o Kolaborasi pemberian antikoagulasi o Batasi jumlah personil di kamar operasi o Kendalikan sterilitas kamar operasi dan peralatan o Lakukan cuci tangan bedah, pemakaian jas operasi, pemakaian sarung tangan toileting, pemasangan duk operasi sesuai prosedur o Terapkan prosedur prinsip septik aseptik o LAKUKAN SIGN OUT o Lakukan penutupan luka sesuai prosedur o Kolaborasi pemberian antibiotik o Bersihkan Tubuh pasien dari cairan penyebab infeksi (darah, pus, dan cairan infeksius lainnya) o Lakukan pengkajian nyeri o Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan o Melakukan management nyeri o Pemantauan Vital Sign o Regulasi suhu dengan mempertahankan suhu tubuh rentang normal (air warmer)	o Menyiapkan ruangan operasi o Mengbservasi vital sign secara periodik o Memonitor hidrasi (kelembaban Mukosa) o Menyiapkan selimut hangat o Menyiapkan pasien di meja operasi o Menyiapkan instrument dan linen o Mengatur posisi pasien sesuai tindakan operasi o Melakukan TIME OUT o Memonitor ventilasi o Berkolaborasi pemberian cairan kristaloid /koloid o Memonitor KU pasien dan Vital Sign o Memonitor jumlah perdarahan o Mengawasi bila terjadi anemia o Berkolaborasi pemberian antikoagulasi o Membatasi jumlah personil di kamar operasi o Mengendalikan sterilitas kamar operasi dan peralatan o Melakukan cuci tangan bedah, pemakaian jas operasi, pemakaian sarung tangan toileting, pemasangan duk operasi sesuai prosedur o Menerapkan prosedur prinsip septik aseptik o MELAKUKAN SIGN OUT o Melakukan penutupan luka sesuai prosedur o Berkolaborasi pemberian antibiotik o Membersihkan Tubuh pasien dari cairan penyebab infeksi (darah, pus, dan cairan infeksius lainnya) o Melakukan pengkajian nyeri o Mengbservasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan o Melakukan management nyeri o Memantau Vital Sign o Mengatur suhu dengan mempertahankan suhu tubuh rentang normal (air warmer)	

Dipindai dengan CamScanner

POST OPERASI

PENGKAJIAN	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1. Pernafasan o RR : ..... x/m o SpO2 : ..... % 2. Blood Capillary Refill Time ☐ < 2 detik ☐ > 2 detik Skin ☐ Hangat ☐ Dingin TD : ..... mmHg Gula Darah : ..... mg/dl HR : ..... x/m Suhu : ..... C Pendarahan : ☐ Ya ☐ Tidak 3. Brain Kesadaran : o Compos Mentis o Delirium o Stupor o Apathies o Samnolen o Koma Gcs : Eye : ..... Verbal : ..... Motorik: ..... Skala Nyeri : 4. Bladder o Memakai Kateter o Urin output .....cc 5. Bowel BB : .....Kg TB : ..... CM o Puasa , Jam..... o Mual o Perut Distensi o Muntah 6. Bone Integritas Kulit :..... Patah Tulang : ☐ Ya ☐ Tidak	1. Cemas 2. Gangguan pertukaran gas 3. Gangguan mobilitas fisik 4. Gangguan integritas kulit 5. Gangguan komunikasi verbal 6. Potensial infeksi 7. Pola nafas inefektif 8. Resiko cidera b/d tingkat kesadaran 9. Resiko defisit volume cairan 10. Resiko aspirasi b/d reflek menelan belum optimal 11. Mual dan muntah b/d komplikasi anestesi 12. ..... 13.	o Monitor tingkat kesadaran dan reflek menelan o Monitor status paru dan bebaskan air way o Lakukan suctioning bila diperlukan o Posisikan head up (30 - 45) derajat atau SIM posisi pada operasi jalan nafas. o Monitor ventilasi (jalan dan suara nafas) o Lakukan ventilasi menegemen dengan head ektensi / jawtrust positioning, Pasang alat bantu nafas : mouth airway / gudel, ET, LMA o Vital sign dan saturasi kontrol secara periodik o Kolaborasi dalam pemberian oksigen o Lakukan pengkajian mual muntah o Kolaborasi pemberian antiemetik o Posisikan kepala pasien miring untuk mencegah aspirasi o Memberikan kenyamanan selama muntah o Sediakan lingkungan yang nyaman, aman o Posisikan tidur sesuai instruksi medis/ anestesi o Berikan selimut hangat o Memasang side raill tempat tidur o Kaji tingkat kesadaran o Dampingi selama pasien belum sadar penuh o Berikan terapi oksigen o Lindungi arah gerakan dan jangan lawan gerakan pasien . o Rangsang pasien untuk meningkatkan kesadaran ke Compos Mentis o Serah terima dengan perawat ruangan	o Memonitor tingkat kesadaran dan reflek menelan o Memonitor status paru dan bebaskan air way o Melakukan suctioning bila diperlukan o Memposisikan head up (30 - 45) derajat atau SIM posisi pada operasi jalan nafas. o Memonitor ventilasi (jalan dan suara nafas) o Melakukan ventilasi managemen dengan head ektensi / jawtrust positioning, Pasang alat bantu nafas : mouth airway / gudel, ET, LMA o Mengontrol Vital sign dan saturasi secara periodik o Berkolaborasi dalam pemberian oksigen o Melakukan pengkajian mual muntah o Berkolaborasi pemberian antiemetik o Memposisikan kepala pasien miring untuk mencegah aspirasi o Memberikan kenyamanan selama muntah o Menyediakan lingkungan yang nyaman, aman o Memposisikan pasien sesuai instruksi medis/ anestesi o Memberikan selimut hangat o Memasang side raill tempat tidur o Mengkaji tingkat kesadaran o Mendampingi selama pasien belum sadar penuh o Memberikan terapi oksigen o Melindungi arah gerakan dan jangan lawan gerakan pasien . o Merangsang pasien untuk meningkatkan kesadaran ke Compos Mentis o Serah terima dengan perawat ruangan	

CATATAN SELAMA OPERASI

- o Pemasangan implan intra op : .....
- o Penghitungan kasa : .....
- o Penghitungan instrumen: .....
- o .....
- o .....
- o .....

Solok . ....., 20.....

Perawat Sirkuler	Perawat asisten operator	Perawat instrument
(.....)	(.....)	(.....)
Tanda tangan dan nama jelas	Tanda tangan dan nama jelas	Tanda tangan dan nama jelas

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

Dipindai dengan CamScanner

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

RSUD M. NATSIR

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

MONITORING DI RUANG PEMULIHAN PASCA ANESTESI DAN BEDAH

Komplikasi Anastesi
1.....
2.....
3.....
4.....

Komplikasi Bedah
1.....
2.....
3.....
4.....

Waktu Tiba di Ruang Pulih
Tanggal : _____ Jam : _____
Alergi :

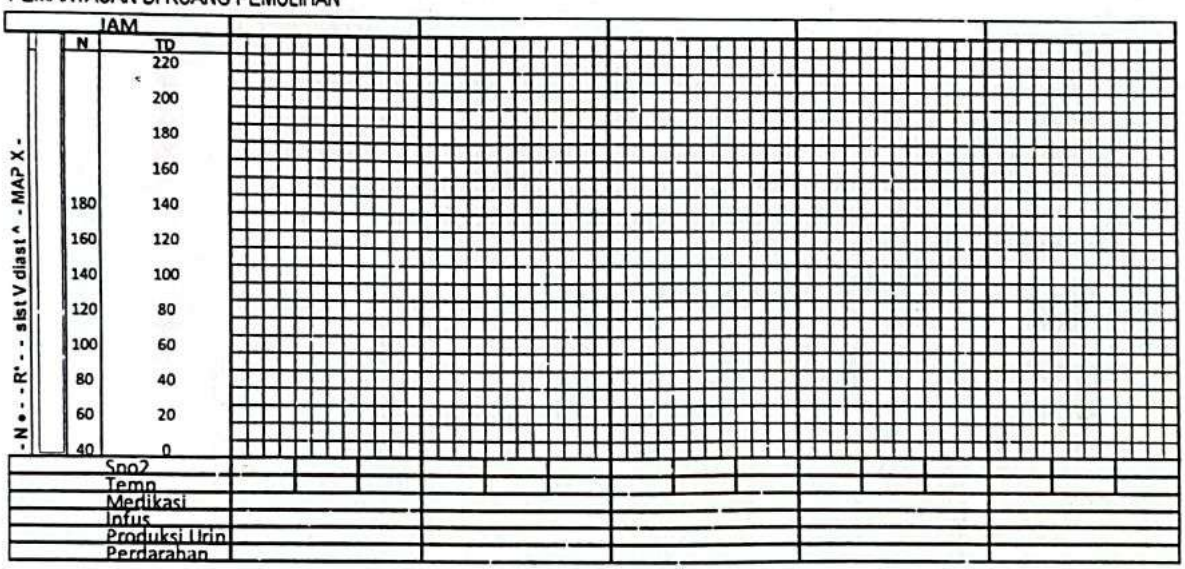
Keadaan Awal Saat Tiba di Ruang Pemulihan
Kesadaran : Sadar Penuh / Responterhadap verbal / Respon terhadap nyeri
Pemapasan : Spontan / Assisted
Cepat - dangkal / Lambat – dalam
RR : ..... x/menit

TD : N : Temp : Warna Kulit :

Skala Nyeri

0 Tidak Nyeri | 1 2 3 Nyeri Ringan | 4 5 6 Nyeri Sedang | 7 8 9 10 Nyeri Hebat

PEMANTAUAN DI RUANG PEMULIHAN



KRITERIA PASIEN KELUAR DARI RUANG PEMULIHAN

Modifikasi Skor Aldrete	15'	30'	45'	60'	90'	120'
Tingkat Kesadaran 2 : sadar penuh, orientasi baik terhadap ruang dan waktu 1 : Respon terhadap verbal 0 : Tidak memberi respon						
Aktifitas 2 : Dapat menggerakkan 4 ekstremitas sesuai perintah 1 : Menggerakkan 2 ekstremitas secara sepontan 0 : Tidak bergerak sama sekali						
Pernapasan 2 : Bernapas baik dan refleks batuk adekuat 1 : kesulitan bernapas atau bernapas cepat 0 : Tidak bernapas						
Sirkulasi 2 : Tekanan darah ± 20 % dari nilai pra - anastesi 1 : Tekanan darah ± 20 - 50 %dari nilai pra - anastesi 0 : Tekanan darah ± dari nilai pra - anastesi						
Saturasi Oksigen 2 : SpO2 > 92 % pada udara ruangan 1 : Perlu oksigen untuk mempertahankan SpO2 > 90 % 0 : SpO2 < 90 % dengan oksigen						
Total Skor						

Dipindai dengan CamScanner

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

RSUD M. NATSIR

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

MONITORING DI RUANG PEMULIHAN PASCA ANESTESI DAN BEDAH

Skor Steward	15'	30'	45'	60'	90'	120'
Pergerakan 2 : Gerak bertujuan 1 : Gerak tidak bertujuan 0 : Tidak bergerak						
Pernapasan 2 : Batuk dan menangis 1 : Jalan napas perlu dipertahankan 0 : Perlu dibantu						
Kesadaran 2 : Menangis 1 : Respon terhadap rangsangan 0 : Tidak memberi respon						
Total Skor						

Skor Bromage		30'	60'	90'	120'
0 : Gerakan penuh dari tungkai	3 : Tak mampu fleksi lutut				
1 : tak mampu ekstensi tungkai	4 : Tak mampu fleksi telapak kaki				

Catatan :

1. Modifikasi skor Aldrete ditujukan untuk pemantauan pasien dewasa paska anastesi umum dan dalam pengaruh sedasi peri operatif. Nilai minimum untuk pindah > 8 / 10.
2. Skor Steward ditunjukan untuk pemantauan pasien pediatrik. Nilai minimum untuk pindah > 5 / 6.
3. Skor bromage ditujukan untuk pasien pasca anastesi regional spinal / epidural / kombinasi spinal - epidural Nilai untuk pindah 0 - 2 . Pada keadaan tertentu. Pasien dengan skor bromage = 3 diperbolehkan pindah jika hemodinamik stabil.

CHECK LIST SERAH TERIMA (Jika ya, maka beri tanda √)

Barang	Masuk RR	Keluar RR		Masuk RR	Keluar RR
ETT / T - Piece			Informed consent ada dan terisi lengkap		
NGT			Laporan operasi ada dan terisi lengkap		
Spesimen			Resep		
Kateter Urin			Gelang identitas pasien		
Drain			Status pasien		
Tampon			Radiologi :_____		
Plasenta			Lainnya :_____		

INSTRUKSI PASCA BEDAH

Bila kesakitan :
Bila mual / muntah :
Antibiotika :
Obat - obatan lain :

Minum :

Infus :

Kontrol : tensi, nadi, nafas, setiap :....., selama.....
suhu setiap :.....
Tt.Sp. Anastesiologi

(Dr. .....)

Keadaan Sebelum Pindah		TTD & Nama Jelas Perawat Anastesi	TTD & Nama Jelas Perawat Ruangan
Tanggal	:.....Jam :.....		
Kesadaran	:.....		
TD	:.....N :.....		
RR	:.....T :.....		
Skor Nyeri	:.....		

RM.OK 14.12/Rev.02.2019/RM.14.11

Dipindai dengan CamScanner

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

PERMINTAAN PEMERIKSAAN

No. Lab :.....
Nama OS : .....Lk / Pr
Tanggal lahir : .....
Alamat : .....
No. MR : .....
Ruang : .....
Status : Umum / BPJS
Diagnosa/Keterangan Klinik :

Solok,.....20.....

Tanda Tangan dr.Pengirim :

.....

PEMERIKSAAN	PEMERIKSAAN	PEMERIKSAAN	PEMERIKSAAN
HEMATOLOGI	**FAAL HATI**	**FAAL GINJAL & ELEKTROLIT**	**URINALISA**
Hemoglobin	Billirubin Total	Ureum	Protein
LED	Billirubin Direct	Creatinin	Glukosa
Eritrosit	Billirubin Indirect	Uric Acid	Billirubin
Leukosit	Alkaline Fospatase	Creatinin Urine	Urobilinogen
Retikulosit	SGOT (AST)	Creatinin Clearence	Sedimen
Hematokrit	SGPT (ALT)	Urin / 24 jam	Urin 4 porsi
MCV	Total Protein	Protein Urin 24 jam	Planotes
MCH	Albumin		
MCHC	Globulin	**ELEKTROLIT**	**MIKROBIOLOGI**
RDW	LDH	Natrium	Faeces Rutin
Trombosit	CPK / CK-NAC	Kalium	Tes Darah Samar
MPV	CK-MB	Chlorida	BTA / TCM
PCT			Kultur
Malaria	**LIPID PROFILE**		Resistensi/Sensitivity Test
Hitung Jenis Leukosit	Total Kolesterol (*)		Pewarnaan Gram
Golongan Darah	Trygliserida (*)		Jamur
Golongan Darah + Rhesus	HDL-Kolesterol (*)	**METABOLISME KARBOHIDRAT**	
Morfologi Darah Tepi	LDL-Kolesterol (*)		**NARKOBA**
Coomb Test Direct		Glukosa Puasa (*)	Amphetamin
Coomb Test Indirect	Kalsium Darah	2 jam pp	Cannabinoid
BMP		Ad random	Opiate / Morphin
	Analisa Cairan Pleura	HbA1C	Met Amphetamin
FAAL HEMOSTASIS		**SEROLOGI / IMMUNOLOGI**	
Bleeding Time	Analisa Gas Darah	HBsAg	TPHA
Cloting Time		HBsAb	VDRL
Prothombin (PT)	Procalcitonin (PCT)	Anti HIV	AFP
APTT		ASTO	CEA
INR	Lactat	CRP	CA 125
D-Dimer		RF	CA 15-3
Fibrinogen	Troponin I	Test Widal	CA 19-9
Faktor VII	SI / Fe Serum	- Tiphy H	PSA
Faktor VIII	TIBC	- Tiphy O	T3
	Ferritin	Anti HCV	T4
	Transferrin	NS 1	TSH
		Dengue IgG, IgM	FT4

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

RM.PNJ 01.01/Rev.01.2019/RM. 07.1

Dipindai dengan CamScanner

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

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Solok,.....20.....

No. Lab : .....
Nama OS : .....Lk / Pr
Tanggal lahir : .....
Alamat : .....
No. MR : .....
Ruang : .....KepadaYth,
Status : Umum / BPJS
Diagnosa/KeteranganKlinik : Ts. dr.....

PEMERIKSAAN	UNIT	HASIL	NORMAL	PEMERIKSAAN	UNIT	HASIL	NORMAL	RED
FAAL HATI				**FAAL GINJAL**				
Biliburin Total	mg/dl		< 1	Ureum	mg/dl		20 – 50	
Biliburin Direct	mg/dl		< 0,75	Creatinin	mg/dl		0,5 – 1,5	
Billirubin Indirect	mg/dl		< 0,25	Uric Acid	mg/dl		Lk : 3,4 -7,0 Pr : 2,4 -5,7	
AlkalinFostatase	U/L		A : <350 Lk : 25 - 100 Pr : 25 -100	Creatine Urine	mg/24 jam		Lk : 20 - 26 Pr : 14 - 22	
				CretininClearence	ml/menit		80 – 120	
SGOT (AST)	U/L		Lk : < 38 Pr : < 31	Protein Urine 24 jam	mg/24 jam		< 150	
				Lactat	mmol/l (vena)		0,5 – 2,2	
SGPT (ALT)	U/L		Lk :< 40 Pr : < 32		mmol/l (arteri)		0,5 – 1,6	
				Procalcitonin	ng/ml		< 0,1	
Total Protein	g/dl		6,0 - 9,0	Calsiumdarah	mg/dl		8,8 - 10,4	
Albumin	g/dl		3,5 - 5,2	Troponin I	ng / ml		< 0,50	
Globulin	g/dl		1,5 - 2,5					
LDH	U/L		80 – 240	**ELEKTROLIT**				
Gamma GT	U/L		Lk : 6 - 25 Pr : 8 - 35	Natrium	mEq/L		135 - 145	
				Kalium	mEq/L		3,5 - 5,5	
CPK/CK-NAC	U/L		0 - 5	Chlorida	mEq/L		98 - 108	
CK – MB	U/L		0 - 25					
LIPID PROFILE				**METABOLISME KARBOHIDRAT**				
Total Cholesterol	mg/dl		150 - 220	GlukosaPuasa	mg%		70 -120	Red :
Trygliserida	mg/dl		40 - 160	2 jam pp	mg%		<200	Red :
HDL – Cholesterol	mg/dl		> 55	Ad random	mg%		<200	Red :
LDL – Cholesterol	mg/dl		< 150	HbA1C	%		6 – 8	
				ANALISA GAS DARAH				
pH			7,35 – 7,45	B.E			-2 - + 2	
PCO_2	mmHg		35 - 45	PO_2	mmHg		80 – 100	
HCO_3	mMol/L		22 - 26					
				SEROLOGI / IMMUNOLOGI				
HBs Ag			Negatif	TPHA			Non reaktif	
Anti HBs			Negatif	VDRL			Non reaktif	
Anti HCV			Negatif	AFP	ng / ml		20	
Anti HIV			Non reaktif	CEA	ng / ml		< 2,5	
ASTO			Negatif	CA-125	U / ml		< 35	
CRP			Negatif	CA 15-3	U / ml		22	
RF			Negatif	CA 19-9	U / ml		< 37	
Test Widal : - Tipe H - Tipe O				PSA	ng / ml		< 4,0	
				Beta HCG	mIU / ml		< 4	
				Titrasi HCG				
T 3	ng / ml		0,6 - 1,52	TSH	mIU / ml		0,25 – 5	
T 4	ng / dl		4,9 – 9,3	FT4	Pmol / L		9 – 20	

Di Verifikasi Oleh :
Nilai Rujukan diambil dari :
1. Manual Of Laboratory and Diagnostic Test By Frances Fischbach ,RN, BSN, MSN, Edisi 7
2. Interprestasi Hasil Tes Laboratorium Diagnostik dari H. Hardjono DKK
3.Tafsiran Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik, E.N.Kosasih dan A.S.Kosasih edisi kedua 2008

KESAN :

Di Authorisasi Oleh

(dr. SoufniMorawati, SpPK)
NIP : 19700129 200212 2 004

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Nama :	Umur :	Ruang :	No.MR :
Alamat :	Lk/Pr :	Kelas :	No.Lab :
Diagnosa/Keluhan Klinik:	Tgl Pengambilan Bahan:		Umum/BPJS

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI NORMAL	
ANALISA CAIRAN PLEURA			**TRANSUDAT**	**EXSUDAT**
WARNA				
RIVALTA				
LDH		U / L	< 200 U / L	> 200 U / L
PROTEIN		g / dl	< 3g / dl	> 3g / dl
GLUKOSA		mg / dl	55 - 140	
JUMLAH SEL		mm^3	< 500 / mm^3	> 500 / mm^3
pH				
BJ				
PMN SEL		%		
MN SEL		%		
BTA LANGSUNG				
ANALISA CAIRAN OTAK			**DEWASA**	
WARNA				
LDH		U / L	< 200	
PROTEIN		mg / dl	< 45	
JUMLAH SEL		mm^3	< 3	
GLUKOSA		mg / dl	40 – 76	
Ph			7 - 8	
PMN SEL		%		
MN SEL		%		
REAKSI NONE				
REAKSI PANDY				
			ANAK – ANAK < 2 TAHUN	
WARNA				
LDH		U / L	< 200	
PROTEIN		mg / dL	10 – 40	
GLUKOSA		mg / dL	32 – 82	
pH			7 – 8	
MIKROSKOPIK				
JUMLAH SEL		mm3	<32	
PMN SEL		%		
MN SEL		%		
ANALISA CAIRAN SENDI				
WARNA				
FIBBRIN CLOT				
MUCIN CLOT				
GLUKOSA		mg / dL	70 – 110	
PROTEIN		g / dL	1 – 3	
LDH		U / L	< 250	
ASAM URAT		mg / dL	Pria : 3,6 – 7,7 Wanita : 2,5 – 6,8	
JUMLAH SEL		mm3		
NEUTROFIL		%		

Nilai Rujukan diambil dari :
1.Buku Manual Of Laboratory and Diagnostic Test By Frances Fischbach,RN,BSN,MSN,Edisi 7
2.Buku Interpretasi Hasil Tes Laboratorium Diagnostik dari H.Hardjoeno DKK

KESAN :

Salam Sejawat

(dr. Soufni Morawati, Sp PK)
NIP : 19700129 200212 2 004

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Solok,.....20.....

No. Lab : .....
Nama OS : .....Lk / Pr
Tanggal lahir: .....
Alamat : .....
No. MR : .....
Ruang : .....
Status : Umum / BPJS
Diagnosa/Keterangan Klinik :

Kepada Yth,

Ts. Dr.....

PEMERIKSAAN	UNIT	HASIL	NORMAL	PEMERIKSAAN	UNIT	HASIL	NORMAL
Hemoglobin	g/dl		Lk : 13-18 Pr : 12-16	SI / Fe Serum	µg/100ml		Lk : 65 – 175
LED	mm/jam		Lk : < 10 Pr : < 15	TIBC	µg/dl		250 - 450
				Ferritin	ng/mL		Lk : 20 - 250 Pr : 20 - 120
Eritrosit	mm³		Lk : 4-5,5 Pr : 3,5-5	Coomb Test Direct			Negatif
Leukosit	mm³		5.000-10.000	Coomb Test Indirect			Negatif
Retikulosit	%		0,2 - 2,5				
Hematokrit	%		37 – 47				
MCV	FL		76 – 96				
MCH	pg		27 – 32	HEMOSTASIS			
MCHC	g %		32 – 37	Bleeding Time	menit		1 - 3
RDW	%		11,6 - 14,8	Cloting Time	menit		1 - 6
Trombosit	mm³		150.000-400.000	Protrombine Time	detik		9,9 – 11,8
MPV	FL		6,5 - 11,0	INR			2,0 – 3,5
PCT	%		0,150-0,500	APTT	detik		22,1 - 28,1
Malaria			Negatif	Trombine Time	detik		C :
Morfologi/gambaran Darah tepi				D-Dimer	hg		< 500
Hitung Jenis Leukosit				Fibrinogen	mg/dl		150 - 375
-Basofil	%		0 – 1	Faktor VII			
-Eosinofil	%		1 – 3	Faktor VIII			
-Netrofil Batang	%		2 – 6	Dengue IgG, IgM			Negatif
-Netrofil Segmen	%		50 – 70	NS 1			Negatif
-Lymfosit	%		20 – 40	Gol Darah A, B, AB, O Rhesus			
-Monosit	%		2 – 8				
-Blast	%						
-Promielosit	%						
-Mielosit	%						
-Metamielosit	%						
MORFOLOGI							
Eritrosit							
Leukosit							
Trombosit							

Di Verifikasi Oleh :

Nilai Rujukan diambil dari :
1.Buku Manual Of Laboratory and Diagnostic Test By Frances Fischbach,RN,BSN,MSN Edisi 7
2.Buku Interpretasi Hasil Tes Laboratorium Diagnostik dari H.HARDJOENO DKK
3.Tafsiran Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik, E.N.Kosasih dan A.S.Kosasih edisi kedua 2008

KESAN :

USUL :

Di Authorisasi Oleh

(dr. Soufni Morawati, SpPK)
NIP : 19700129 200212 2 004

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

No. Lab : .....
Nama OS : .....Lk / Pr
Tanggal lahir : .....
Alamat : .....
No. MR : .....
Ruang : .....
Status : Umum / BPJS
Diagnosa/Keterangan Klinik :

Solok,.....20.....

Kepada Yth,

Ts. dr.....

PEMERIKSAAN	HASIL	NORMAL	PEMERIKSAAN	HASIL	NORMAL
URINALISA			**FESES**		
Warna		Kuning muda jernih	**Makroskopis**		
			Warna		
Blood		Negatif	Konsistensi		
Billirubin		Negatif	**Mikroskopis**		
Urobilinogen		1 EU	Amuba		Negatif
Keton		Negatif	Askaris L		Negatif
Protein		Negatif	Ancilostoma		Negatif
Nitrit .		Negatif	Trichuris T		Negatif
Glukosa		Negatif	Leukosit		
pH		4,6 – 8,5	Eritrosit		
Bj		1,003-1,029			
Sedimen					
- Eritrosit		0-4/LPB			
- Silinder		Negatif	**NARKOBA**		
- Lekosit		0-3/LPB	Amphetamin		Negatif
- Kristal		Negatif	THC		Negatif
- Epitel		0-1/LPK	Opiate		Negatif
			Met Amphetamin		
Planotest					
URINE 4 PORSI					
I					
II					
III					
IV					

Di Verifikasi oleh :

Nilai Rujukan diambil dari :
1.Buku Manual Of Laboratory and Diagnostic Test By Frances Fischbach,RN,BSN,MSN Edisi 7
2.Buku Interpretasi Hasil Tes Laboratorium Diagnostik dari H.HARDJOENO DKK
3.Tafsiran Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik, E.N.Kosasih dan A.S.Kosasih edisi kedua 2008

KESAN :

Di Authorisasi Oleh

(dr. Soufni Morawati, SpPK)
NIP : 19700129 200212 2 004

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

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

PERMINTAAN PEMERIKSAAN MIKROBIOLOGI

Dr.Pengirim : ..... Penderita : .....

Bangsal : ..... Umur : .....

Bahan/ Spesimen : ..... MR : .....

Pemeriksaan : ..... Tgl Kirim : .....

Waktu Pennulaan Sakit : Nama Ibu Kandung :
Keterangan Klinis :

Spesimen Penderita ( ) Chronis ( ) Acut ( ) Follow Up ( ) Survey

Obat yang diberikan sebelum pengiriman sampel :

Nomor : Tanggal :
Laboratorium : Terima :
Labor :

Keterangan Laboratorium
Makroskopis :
P.Gram :

Hasil Kultur
A. .....
B. .....
C. .....

Hasil Sensitivyti test :

Nama Obat	A (mm)	B(mm)	Nama Obat	A (mm)	B(mm)
Ampicillin (Am)			Ciprofloxacin (CIP)		
Ampicillin + Sulbactam(SAM)			Ceftriaxone (CRO)		
Amoxilin (Aml)			Ceftazidi		
Amoxilin + Cluvalanic Acid (AMC)			Netilmicin (NET)		
Nalidixid Acid (NA)			Cefpirom (CPO)		
Tetracylin (TE)			Cefoperazone (SCF)		
Chloramphenicol ©			Sulbactam+Cefoperazone (SCF)		
Erithromycin (E)			Meropenem (MEM)		
Sulfametrhoxazole+Trimetrhopin (SXT)			Fosfomicin (FOS)		
Nitrfurantion (CTX)			Amikcin (AK)		
Gentamycin (GM)			Levofloxacin (LVX)		

Uji Spesies					
Novobiocin (NV)			Bacitracin (B)		
Cefoxitin (FOX)			Optopcin (OP)		
Vancomicin (VA)			Oxacilin (OX)		

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

RM.PNJ 01.06.2019/Rev.00.2019/ -

Dipindai dengan CamScanner

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

SURAT PERMINTAAN KOMPONEN DARAH

No. Medical Record : ☐☐☐ NO REGISTER : ☐

1. DARI

Dokter DPJP yang meminta dr.	Zaal/ Ruang : ..... Kelas : ..... Status : BPJS/ UMUM/ Pihak Ke-3 RS

2. UNTUK ORANG SAKIT

Nama Pasien	Lk / Pr Tanggal Lahir :	Tempat tinggal / Alamat
Dirawat di bagian	Indikasi Transfusi darah/ Diagnosa	Hb ..... gr/dl

Transfusi sebelumnya ☐ Belum pernah ☐ Pernah, Kapan : ....., jumlah cc

3. DARAH/ KOMPONEN DARAH YANG DIMINTA

Jenis	Gol.	Unit	cc.	Catatan
1. Whole Blood (WB)	.....	.....	.....	
2. Packet Red Cell (PRC)	.....	.....	.....	
3. Platelet Concentrate (Trombosit)	.....	.....	.....	
4. Platelet Rich Plasma (PRP)	.....	.....	.....	
5. Fresh Plasma (FP)	.....	.....	.....	
6. Fresh Frozen Plasma (FFP)	.....	.....	.....	
7. Washed Red Cell (WRC)	.....	.....	.....	
8. Cryoprecopitate (AHF)	.....	.....	.....	
9. Buffy Coat/ Leucocyte	.....	.....	.....	
10. Lain - lain	.....	.....	.....	

CATATAN UNTUK DIPERHATIKAN :

- ✓ Harap diisi dengan lengkap, maaf yang tidak sesuai prosedur akan dikembalikan
- ✓ Setiap permintaan darah, harap disertai contoh darah 3 cc minimal 2 cc
- ✓ Nama dan identitas O.S pada formulir dan contoh darahnya harus sama
- ✓ Sebelum transfusi, cocokan etiket pada kantong darah dengan labelnya yang disertakan dan dengan identitas O.S yang akan ditransfusi. Bila TIDAK COCOK segera kembalikan ke BDRS M. NATSIR.

Solok, ... 20.....
Dokter yang mengajukan permintaan

(.....)
Tanda tangan dan Nama terang

Lembar 1 : BDRS/ Keuangan (putih)
Lembar 2 : Rekam Medis (kuning)
Lembar 3 : Pertinggal (pink)

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

Dipindai dengan CamScanner

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

PENGANTAR PENGAMBILAN DARAH

Nama Pasien : .....
Tgl Lahir : ..... Ruang Rawat : .....
MR : ..... Alamat : .....
Gol darah / Rh : ..... Jenis Komp : .....
Tanggal Crosmatcing : ..... Rumah Sakit : .....
Jumlah yang diminta : .....

Darah Yang Sudah Diberikan

No.	Volume Darah	No. Kantong	Tgl. Jam Keluar	Paraf Petugas	Keterangan
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Catatan : Nota ini harus dibawa saat Mengambil darah ke BDRS

Dokter yang meminta

(.....)
Tanda tangan dan nama terang

Lembar 1 : Pasien
Lembar 2 : Rekam Medis

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

RM.PNJ 01.9/ Rev.01.2019/RM.07.7

Dipindai dengan CamScanner

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

FORMULIR REAKSI TRANSFUSI

Isi dan cocokkan formulir dengan pack darah yang digunakan dari Blood Bank Rumah Sakit atau PMI

Nama :
Ruang :
Tgl Lahir :
MR :

Tanggal/Bulan/Tahun :
Diagnosa Klinik :
Volume Darah :
Asal Komponen darah : PMI/RS

Isilah sesuai dengan kondisi pasien		Kantong I	Kantong II	Kantong III	Kantong IV
Identitas pasien	: Benar/ Tidak				
Jenis darah	: Benar/ Tidak				
Crossmatch	: Dilakukan/ Tidak				
Golongan darah	: Benar/ Tidak				

No. Ktg	Saat Monitoring	Waktu Pemberian		Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Respirasi	Skala nyeri	Jml Cairan Masuk	Kondisi Uine	Reaksi Transf		Nama Petugas
		Tanggal	Jam								Ada	Tdk	
	30 menit pre tranf												
	15 menit I tranf.												
	Selama transfusi												
	Saat transfusi selesai												
	1 jam post transfusi												

No. Ktg	Saat Monitoring	Waktu Pemberian		Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Respirasi	Skala nyeri	Jml Cairan Masuk	Kondisi Uine	Reaksi Transf		Nama Petugas
		Tanggal	Jam								Ada	Tdk	
	30 menit pre tranf												
	15 menit I tranf.												
	Selama transfusi												
	Saat transfusi selesai												
	1 jam post transfusi												

No. Ktg	Saat Monitoring	Waktu Pemberian		Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Respirasi	Skala nyeri	Jml Cairan Masuk	Kondisi Uine	Reaksi Transf		Nama Petugas
		Tanggal	Jam								Ada	Tdk	
	30 menit pre tranf												
	15 menit I tranf.												
	Selama transfusi												
	Saat transfusi selesai												
	1 jam post transfusi												

No. Ktg	Saat Monitoring	Waktu Pemberian		Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Respirasi	Skala nyeri	Jml Cairan Masuk	Kondisi Uine	Reaksi Transf		Nama Petugas
		Tanggal	Jam								Ada	Tdk	
	30 menit pre tranf												
	15 menit I tranf.												
	Selama transfusi												
	Saat transfusi selesai												
	1 jam post transfusi												

Tanda dan gejala reaksi tranfusi jika diteruskan, *Tulis kedalam Blangko Reaksi tranfusi sesuai dengan kondisi pasien*

~ Panas ~ Menggigil | Mual muntah Nyeri pinggang | ~ Palpitasi ~ Nyeri dada | ~ Purpura ~ Urine hitam / hematuri | Dyspnea | ~ Urtikaria / Bintil bintil / Gatal, ~ Pusing, | Sakit kepala, Sesak Bleeding pada luka, | Kejang

Tindakan keperawatan, jika terjadi reaksi transfusi:
1. Stop transfuse 2. Cek tanda vital 3. Jangan spoeling pada IV line darah, gunakan IV Line baru di mungkinkan 4. Cek ulang keberadaan pack darah dan identifikasi pasien 5. Beritahukan kepada dokter dan laboratorium 6. Kirim sisa transfusi untuk pemeriksaan (croosmatch mayor) dan monitor), sampel darah baru untuk pemeriksaan (citras, golongan darah, crossmatch, comb's test, FBC, LED) dan urine rutin
Bila terjadi reaksi transfusi, segera lapor dokter dengan vital sign terbaru.

Lembar 1 : Rekam Medis
Lembar 2 : Pertinggal

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

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl.SimpangRumbio Kota SolokTelp.(0755) 20003 Faks: (0755) 20003
bsite: wwww.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

RSUD M. NATSIR

SURAT PERNYATAAN
UNTUK PERMINTAAN DARAH CYTO

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Jabatan :
Ruangan :

Bersedia mengeluarkan darah untuk kebutuhan Tranfusi tanpa menunggu hasil pemeriksaan crossmatching (uji silang serasi) selesai, a/n pasien sbb:

Nama :
No. Rekam Medis :
Alamat :
Umur :
Jenis kelamin :
Ruangan :

Jika terjadi reaksi tranfusi atau segala akibat dari tranfusi terhadap pasien diatas saya bersedia bertangung jawab.

Solok.....

Dokter yang meminta

( )

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl.SimpangRumbio Kota SolokTelp.(0755) 20003 Faks: (0755) 20003
site: wwww.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id · email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

RSUD M. NATSIR

HASIL PEMERIKSAAN
UJI COCOK SERASI

Kepada Yth.
dr. ....
Dengan Hormat,
Berikut ini kami sampaikan hasil pemeriksaan atas pasien
Nama / Umur : ________________
RS / Bagian : ________________

PEMERIKSAAN GOLONGAN DARAH PASIEN

Sel Grouping		Serum Grouping			Rhesus (Anti D)	Kesimpulan	
Anti A	Anti B	Sel A	Sel B	Sel O		Gol.	Rh

PEMERIKSAAN UJI COCOK SERASI

No	No. Kantong Donor	Gel Test (Diamed)				KESIMPULAN
		Mayor	Minor	Auto Control (AC)	DCT	

Kesimpulan : Golongan darah pasien ____ Rh ____ dan didapatkan **Incompatibilitas**

Saran :

Demikian hasil pemeriksaan ini kami sampaikan, atas perhatiannya diucapkan terima kasih

Solok, ________________

Petugas pemeriksaan,

Dokter Penanggung Jawab BDRS

____

(________________)

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

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl.SimpangRumbio Kota SolokTelp.(0755) 20003 Faks: (0755) 20003
ebsite: wwww.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

PEMBERIAN INFORMASI SERTA PERSETUJUAN / PENOLAKAN TRANFUSI DARAH (INFORMED CONSENT)

Nama Pasien :
No. Rekam Medik:
Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin : Laki laki / Perempuan

PEMBERIAN INFORMASI

Dokter Pelaksana Tindakan	
Pemberi Informasi	
Penerima Informas / Pemberi persetujuan	

NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (V)
1	Pengertian Tranfusi Darah	Suatu proses pemindahan Darah dari orang sehat atau donor ke tubuh orang sakit / pasien	
2	Jenis Darah	Darah yang di pindahkan dapat berupa darah lengkap atau hanya komponen darah	
3	Manfaat	Dapat menyelamatkan keadaan maupun nyawa pasien ketika kondisi tertentu yang di haruskan mendapat tranfusi darah	
4	Tujuan Tranfusi	Untuk menolong pasien yang mengalami kurang darah baik dalam bentuk sel darah maupun komponennya	
5	Resiko	Pemindahan darah selain dapat menolong orang dapat juga menimbulkan penyulit tergantung pada masing-masing individu penerimanya terlebih pada pasien yang riwayat alergi	
6	Komplikasi	Penyulit atau komplikasi yang bisa timbul sifatnya dapat terjadi cepat juga dapat menimbulkan akibat seperti Hipotermi yaitu suhu tubuh menurun dan beberapa penyakit lainnya	

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi	Ttd
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda /paraf dikolom kanannya dan telah memahaminya	Ttd

*)Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi ,maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat

PERSETUJUAN / PENOLAKAN TINDAKAN TRANFUSI DARAH

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :

dengan ini menyatakan **SETUJU / MENOLAK** untuk dilakukan tindakanTranfusi Darah terhadap saya /..... .....saya,

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya , termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul .
Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukan lah ilmu pasti , maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan , melainkan sangat tergantung kepada Izin Tuhan Yang Maha Esa

Solok, Tgl: Jam :
Yang Menyatakan

Saksi

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

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

Dipindai dengan CamScanner

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

RSUD M. NATSIR

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

PERMINTAAN PEMERIKSAAN HISTOPATOLOGI DAN SITOLOGI

Ahli Patologi

dr. Santy Saberko, M. Biomed,Sp.PA

Nomor Sedian :
Nomor Rekam Medis :
Tanggal Diterima :

Nama Dokter : .....
Physician's Name

Bagian : .....
Departement

Nama Pasien : .....
Patient's Name

Kelamin : Laki-laki / Wanita * Usia : ..... Th
Sex Male / Famale Age : ..... Th

Alamat : .....
.....

Suku Bangsa : Minang / Jawa / Batak / Sunda / .....*
Ethnic Group

Jaringan tubuh didapat dengan : Biopsi/ Operasi/ Kerokan / .....*
Tissue obtained by

Lokasi jaringan yang diambil : .....
Site of origin sample

Pengobatan yang telah diberikan :
Given therapy
.....
.....
.....

DIAGNOSIS KLINIK : .....
CLINICAL DIAGNOSIS

Keterangan Klinik :
Clinical Data

Sketsa Lokasi :
Outline of Location

Status Perkawinan : Kawin / Tidak Kawin *
Jumlah Anak :
Tanggal Mens Terakhir (HPHT) :
Hasil Laboratorium :

Pemeriksaan Radiologi :

Pemeriksaan terdahulu :
Tanggal :
Nomor :
Biaya Pemeriksaan : Rp.....

*) Coret yang tidak perlu

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

RM.PNJ 01.14/Rev.01.2019/ RM C7.14

Dipindai dengan CamScanner

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

RSUD M. NATSIR

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

INFORMED CONSENT

I. Pasien

Nama : .....

Umur : .....

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan *

Tempat Perawatan : .....

Nomor Rekam Medis : .....

II. Penjelasan yang diberikan oleh Dokter atau Petugas laboratorium

a. Tujuan pelayanan / Pengambilan spesimen
b. Risiko dan manfaat
c. Prosedur
d. Jenis spesimen yang akan diambil
   1. BAJAH
   2. PAP Smear
   3. Jumlah/ Volume Darah
   4. Alat Pengambilan
   5. Wadah Spesimen

III. Pasien :
☐ Mengerti
☐ Tidak mengerti
☐ Setuju
☐ Tidak setuju

Solok, ...
Dokter Spesialis Patologi Anatomik

Pasien/ Keluarga

(.....)

(dr. Santy Saberko, M. Biomed, Sp.PA)
Nip. 19770908 200701 2 008

*) Coret yang tidak perlu

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

RM.PNJ 01.15/Rev.01.2019/RM 07.13

Dipindai dengan CamScanner

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

RSUD M. NATSIR

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

INFORMED CONSENT

Kepada Yth :

Nama Pasien : .....
Kelamin : .....
Umur : .....
Alamat : .....

Nomor Rekam Medis : .....
Nomor Sedian : .....
Tanggal Terima : .....
Tanggal Jawaban : .....

Makroskopik : .....
.....
.....
.....

Mikroskopik :

Dalam sediaan yang kami terima mikroskopis tampak potongan jaringan .....
.....
.....
.....

Diagnosa : .....

Ahli Patologi Anatomik

dr. Santy Saberko, M. Biomed, Sp. PA
Nip. 19770908 200701 2 008

Semua keterangan dan data-data Sedian disimpan di Laboratorium Patologi Anatomik RSUS Mohammad Natsir di bawah nomor tersebut di atas. Jika diperlukan oleh Dokter yang merawat, keterangan dan slide Preparat boleh dipinjam

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

RM.PNJ 01.16/Rev.01.2019/RM 07.11

Dipindai dengan CamScanner

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

RSUD M. NATSIR

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

HASIL PEMERIKSAAN SITOLOGI

Kepada Yth :

Nama Pasien	:	Nomor Rekam Medis	: .....
Kelamin	:	Nomor Sedian	: .....
Umur	:	Tanggal Terima	: .....
Alamat	:	Tanggal Jawaban	: .....

.....

.....

.....

.....

.....

Kesan :

Anjuran :

Ahli Patologi Anatomik

dr. Santy Saberko, M. Biomed, Sp. PA
Nip. 19770908 200701 2 008

Semua keterangan dan data-data Sedian disimpan di Laboratorium Patolcgi Anatomik RSUS Mohammad Natsir di bawah nomor tersebut di atas. Jika diperlukan oleh Dokter yang merawat, keterangan dan slide Preparat boleh dipinjam

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

RSUD M. NATSIR

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

PERMINTAAN PEMERIKSAAN PAP. SMEAR

Nama Pasien :	Umur :
No. MR :	Nomor Labor :
Nama Ibu Kandung :	Alamat RS/Puskesmas/Ruangan :
Nama Suami :	Cara Bayar : Umum/ BPJS/ IKS *
Umur Waktu Kawin Pertama :	Tanggal Pengambilan Sampel :
Alamat :	
Diagnosa :	

I. Keterangan Klinik
1. Haid terakhir tanggal
2. Paritas (jumlah Kelahiran Keseluruhannya)
3. Kontrasepsi yang digunakan saat ini
   - ☐ Pil
   - ☐ Injeksi
   - ☐ IUD
   - ☐ Kondom
   - ☐ Lain-lain
4. Lamanya Pemakaian KS tersebut : Th .....Bln.....
   - ☐ Keputihan
   - ☐ Pendarahan Sentuh
   - ☐ Pendarahan Per Vaginal Abnormal

II. Pemeriksaan Klinik
Keadaan Cervix
- ☐ Normal
- ☐ Cairan Keputihan
- ☐ Bercak Merah
- ☐ Pendarahan
- ☐ Bercak Putih

III. Keterangan Lain :

IV. Nomor Sediaan Lama :
Tanggal Pemeriksaan yang lama :

V. Sediaan diambil tanggal :

VI. Pemeriksaan Mikroskopis :
- ☐ Negatif
- ☐ Trichomon
- ☐ Inkonkuslif
- ☐ Fungus
- ☐ Dysplasia
- ☐ Positif

Catatan :

Dokter Yang Meminta

(dr. .....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

RM.PNJ 01.18/Rev.00.2019/ -

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAPROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl.Simpang Rumbio Kota Solok
Telp.(0755) 20003 Fax : (0755) 20003
website: [illegible] email: [illegible]

RSUD M. NATSIR

FORMULIR RADIOLOGI

☐ CITO ☐ RUTIN

NOMOR RM ..... NO. FOTO .....

TN / NY / NN / BY /AN ..... POLI / RUANGAN (KELAS) .....

TANGGAL LAHIR ..... ADMINISTRASI (UMUM / BPJS) .....

ALAMAT .....

Keluhan / Diagnosa .....

.....

Keterangan

- Cetak pemeriksaan yang tidak dipilih contoh (Dex / Sin)
- Ingkar pemeriksaan yang dikehendaki

X-RAY		CT SCAN	USG
NON KONTRAS		**NON KONTRAS**	
SCHEDEL (AP/ LAT)	ELBOW JOINT DEX / SIN (AP / LAT)	BRAIN	USG KEPALA
NASAL LAT / NASAL BONE	HUMERUS DEX / SIN (AP / LAT)	ORBITA	USG THYROID
MASTOID DEX / SIN	SHOULDER JOINT DEX SIN (AP)	SINUS PARANASALIS	USG MAMMAE
MANDIBULA DEX / SIN (AP/ LAT)	SHOULDER JOINT DEX / SIN (EKSO/ ENDO)	MASTOID	USG THORAX
TEMPORO MANDIBULAR JOINT DEX / SIN	FEMUR DEX / SIN (AP/ LAT)	LARING	USG ABDOMEN
SINUS PARANASALIS (SPN) WATERS	KNEE JOINT DEX / SIN (AP/ LAT)	NASOPHARING	USG UROLOGI
PANORAMIC	CRURIS DEX / SIN (AP / LAT)	THYROID	USG PROSTAT
DENTAL PERIAPICAL	ANKLE JOINT DEX / SIN (AP / LAT)	THORAX	USG SCROTUM
CEPHALOMETRI	PEDIS DEX / SIN (AP / LAT)	ABDOMEN	USG SOFT TISSUE
THORAX (AP / PA / LAT)	PEDIS DEX / SIN (AP / OBLIQUE)	VRT. CERVICAL	USG INGUINAL
THORAX TOP LORDOTIK	BABYGRAM	VRT. THORACAL	
CLAVICULA AP		VRT. LUMBAL	
ABDOMEN AP		PELVIC	
BNO (PERSIAPAN)	**KONTRAS**		
ABDOMEN 2 POSISI / 3 POSISI	BNO IVP	**KONTRAS**	
VRT. CERVICAL (AP/ LAT)	HYSTERO SALPHYNGO GRAPHY / HSG (	BRAIN	
VRT. CERVICAL (LAT/ RPO/ LPO)	APPENDICOGRAM	ORBITA	
VRT. THORACAL (AP/ LAT)	COLON INLOOP	SINUS PARANASALIS	
VRT. LUMBAL (AP/ LAT)	OESOPHAGUS MAAG DUODENUM (OMD)	MASTOID	
PELVIC		LARING	
HIP JOINT DEX / SIN		NASOPHARING	
SCOLIOSIS PROGRAM		THYROID	
		THORAX	
EXTREMITY		ABDOMEN	
MANUS DEX / SIN (AP/ LAT/ OBLIQUE)		VRT. CERVICAL	
WRIST JOINT DEX / SIN (AP/ LAT)			
ANTEBRACHI DEX / SIN (AP / LAT)			

DOKTER PENGIRIM / DPJP
TTD

_____

Dipindai dengan CamScanner

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

FORMULIR EDUKASI PEMERIKSAAN DENGAN RADIASI

Nama Pemberi Persetujuan		**Nama Pasien**	
Hubungan Dengan Pasien		**Tgl Lahir**	
No Foto		**No RM**	
Usia Kehamilan		**HPHT**	
Berat Badan	.....Kg	**Tinggi Badan**	.....Cm

1. Penjelasan tentang pemanfaatan pemeriksaan dengan radiasi pengion
2. Ada persiapan/ tidak persiapan
3. Jenis pemeriksaan ..... dengan pemakaian ..... kV ..... mAs 4.

Jenis APD yang digunakan .....

Keterangan

1. Pemeriksaan radiologi merupakan pemeriksaan penunjang dengan menggunakan radiasi pengion (sinar-x) yang dapat merekam gambaran organ organ tubuh.
2. Radiasi pengion bisa menyebabkan kematian sel-sel pada dosis tertentu.
3. Penggunaan sinar-x di RSUD M.Natsir masih dalam ambang batas yang ditentukan dengan adanya ijin operasional dari BAPETEN dimana jumlah dosis radiasi maksimum yang boleh diterima untuk seluruh tubuh 50 mSv (5000 mRem) pertahun (PP no.63 tahun 2000 dan SK Ka.BAPETEN No.01/Ka-BAPETEN/V-99).
4. Pemeriksaan radiologi harus ada pengantar dari dokter pemeriksa pasien (Dokter Penanggung jawab Pemeriksaan/DPJP)
5. Rontgen bagi ibu hamil hanya boleh dilakukan untuk yang mengalami gangguan kesehatan berat seperti sakit gigi hebat, gangguan paru,cedera dada kepala berat, kecelakaan.

Tanggal		**Jam**	

Pemberi Persetujuan (Pasien/Keluarga Pasien) *Nama dan tanda tangan*	Pemberi Penjelasan *Nama dan tanda tangan*

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

RM.PNJ 02.2/Rev.00.2019/-

Dipindai dengan CamScanner

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

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN PASIEN RADIODIAGNOSTIK IMAGING DAN RADIOLOGI INTERVENSIONAL (RIR)

Nomor RM : .....
Nama : .....
Tanggal Lahhir : .....
Jenis Kelamin : L / P
Alamat : .....

Dengan ini menyatakan bahwa asya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas serta memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi.	Tanda tangan
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya serta telah diberi kesempatan untuk bertanya/berdiskusi, dan telah memahaminya	Tanda tangan

Keterangan :
Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang bertanda tangan dibawah ini saya, nama....., umur.....tahun, laki-laki/perempuan*) Alamat: ..... dengan ini menyatakan persetujuan untuk melakukan tindakan ..... terhadap saya/..... saya*) bernama ....., umur ..... tahun/bulan/hari laki-laki/perempuan*) Alamat : ..... saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul.

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat tergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.

..... tanggal ..... pukul .....

(Yang menyatakan*) Saksi

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RADIODIAGNOSTIK, IMAGING DAN RADIOLOGI INTERVENSIONAL (RIR)

(di lengkapi dalam waktu 2 jam pertama pasien masuk ruang rawat jalan/*Cluster*)

Alamat : .....

Tanggal : ..... Jam : .....

Diagnosa Medis : .....

Anamnesis : .....

PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda Vital
   TD : ...../..... mmHg, Nadi : ..... x/mt, RR : ..... x/mt
   Suhu : ..... °C, BB : ..... Kg

2. Pemeriksaan

PERENCANAAN

Tujuan Pemeriksaan RIR :

Edukasi :

Petugas : Paraf : Tanggal:

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

Dipindai dengan CamScanner

FORMULIR CATATAN ASUHAN GIZI

ASSESMENT GIZI LANJUT

RIWAYAT KLIEN		**Agama :**	**Kemampuan Baca: Bisa / Tidak**
Pekerjaan:	Pendidikan: TS/ SD/ SMP/SMA/PT		Peran dalam Keluarga:
Perokok : Ya/ Tidak / pasif			

Riwayat medis/kesehatan pasien/keluarga:

Riwayat sosial ekonomi:

Diagnosa Dokter:

RIWAYAT DIET

Alergi Makanan : .....

Pengalaman diet/ konseling sebelumnya : ada/tidak

Bila ada, ...

Pantangan Makanan Tertentu:.....

Ketidaksukaan Makanan:.....

ANTROPOMETRI		
BB saat ini: ..... Kg	Riwayat Penurunan BB:	Pengukuran lainnya:
TB : ..... cm	BB Biasanya:.....	LILA: .....
IMT : ..... kg/m²	Penurunan BB:	Status Gizi: .....

BIOKIMIA TERKAIT GIZI

FISIK KLINIS GIZI		
Oedema: Ada / Tidak	Ascites : Ada / Tidak	Kembung : Ada / Tidak
Nafsu Makan: . Ada / Tidak	Mual : Ada / Tidak	Kulit : .....
Konstipasi: Ada / Tidak	Diare : Ada / Tidak	Gangguan menguyah: Ada / tidak
Gangguan Menelan: Ada / Tidak	Gigi / geligi : lengkap/ tidak lengkap	

TANDA- TANDA VITAL

Tab

DIAGNOSIS GIZI

INTERVENSI GIZI

MONITORING DAN EVALUASI GIZI

Tanggal:

Nama & tanda tangan dietesien

(.....)

Nama dan tanda tangan pasien/keluarga

(.....)

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

Dipindai dengan CamScanner

MONITORING DAN EVALUASI ASUHAN GIZI

Hari/Tanggal	Monitoring dan Evaluasi	Nama/Paraf

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

Dipindai dengan CamScanner

FORM SKRINING ANAK

BB	:.....
PB / TB	:.....
UMUR	:.....

	PARAMETER	SKOR
1.	Apakah pasien tampak kurus ? a. Tidak b. Ya	 0 1
2.	Apakah terdapat penurunan BB selama satu bulan terakhir ? (Berdasarkan penilaian objektif data BB bila ada ATAU penilaian subjektif Orang tua pasien ATAU untuk bayi < 1 tahun : BB tidak naik selama 3 bulan terakhir) a. Tidak b. Ya	 0 1
3.	Apakah Terdapat salah satu dari kondisi berikut ? • Diare ≥ 5 kali / hari dan atau muntah > 3 kali / hari dalam seminggu terakhir • Asupan makanan berkurang selama 1 minggu terakhir a. Tidak b. Ya	 0 1
4.	Apakah terdapat penyakit atau keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi ? (lihat tabel 1) a. Tidak b. Ya	 0 2
	Total skor	

Tabel 1. Daftar penyakit / keadaan yang berisiko mengakibatkan Malnutrisi

• Diare kronik (lebih dari 2 minggu) • (Tersangka) Penyakit jantung bawaan • (Tersangka) Infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) • (Tersangka) Kanker • Penyakit hati kronik • Penyakit ginjal kronik • TB paru • Luka Bakar Kuas • Lain – Kain (berdasarkan Pertimbangan Dokter).....	• Kelainan anatomi daerah mulut yang menyebabkan kesulitan makan (misal bibir sumbing) • Trauma • Kelainan metabolic bawaan (Inborn error metabolism) • Retardasi mental • Keterlambatan perkembangan • Rencana / Paksa operasi mayor (misal laparatomi, torakotomi) • Terpasang stoma

Tanggal :

Petugas :

Tanda Tangan :

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

2 to 20 years: Boys
Stature-for-age and Weight-for-age percentiles

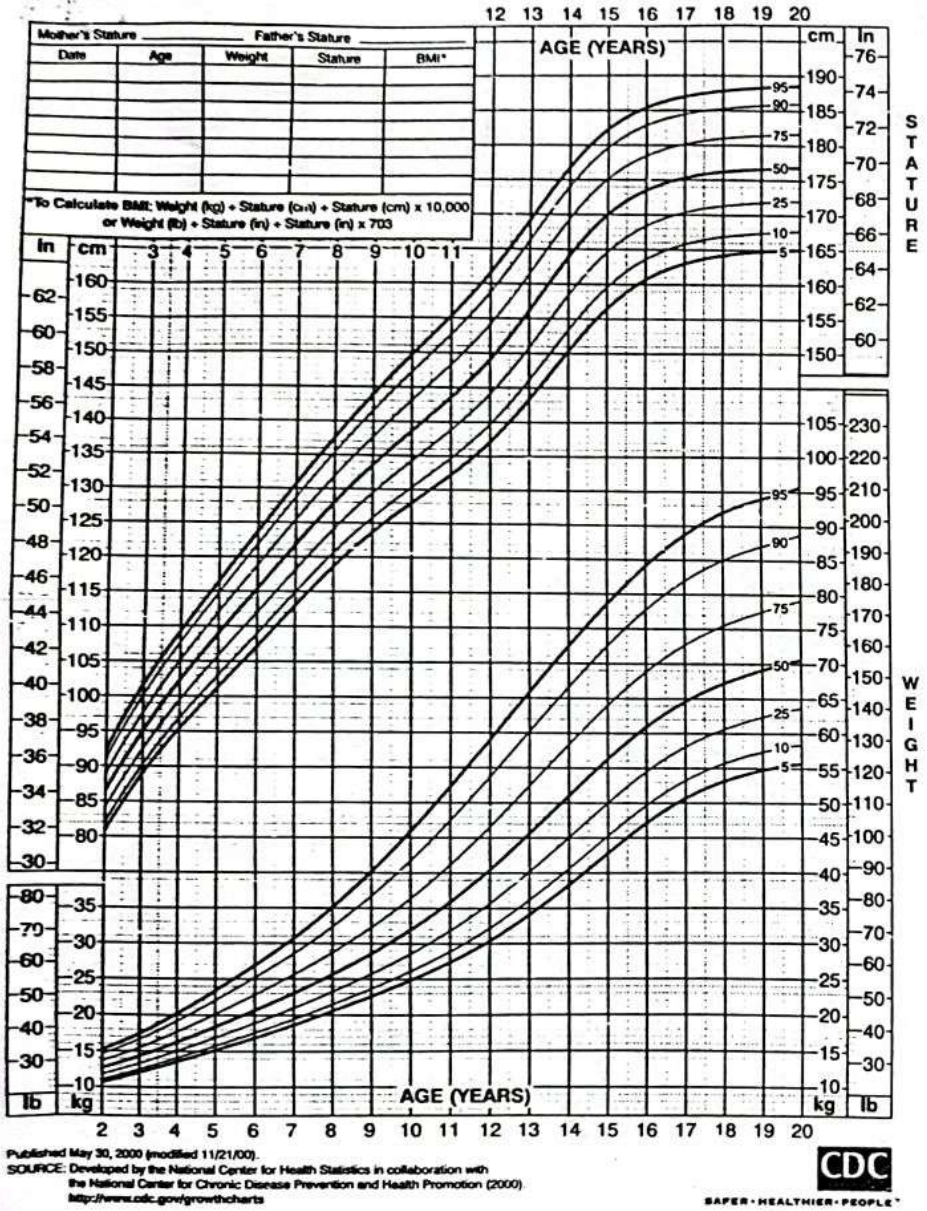
NAME _____

RECORD # _____

Mother's Stature _____ Father's Stature _____

Date	Age	Weight	Stature	BMI*

*To Calculate BMI: Weight (kg) ÷ Stature (cm) ÷ Stature (cm) x 10,000
or Weight (lb) ÷ Stature (in) ÷ Stature (in) x 703



Published May 30, 2000 (modified 11/21/00).
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
http://www.cdc.gov/growthcharts

CDC
SAFER·HEALTHIER·PEOPLE™

2 to 20 years: Girls
Stature-for-age and Weight-for-age percentiles

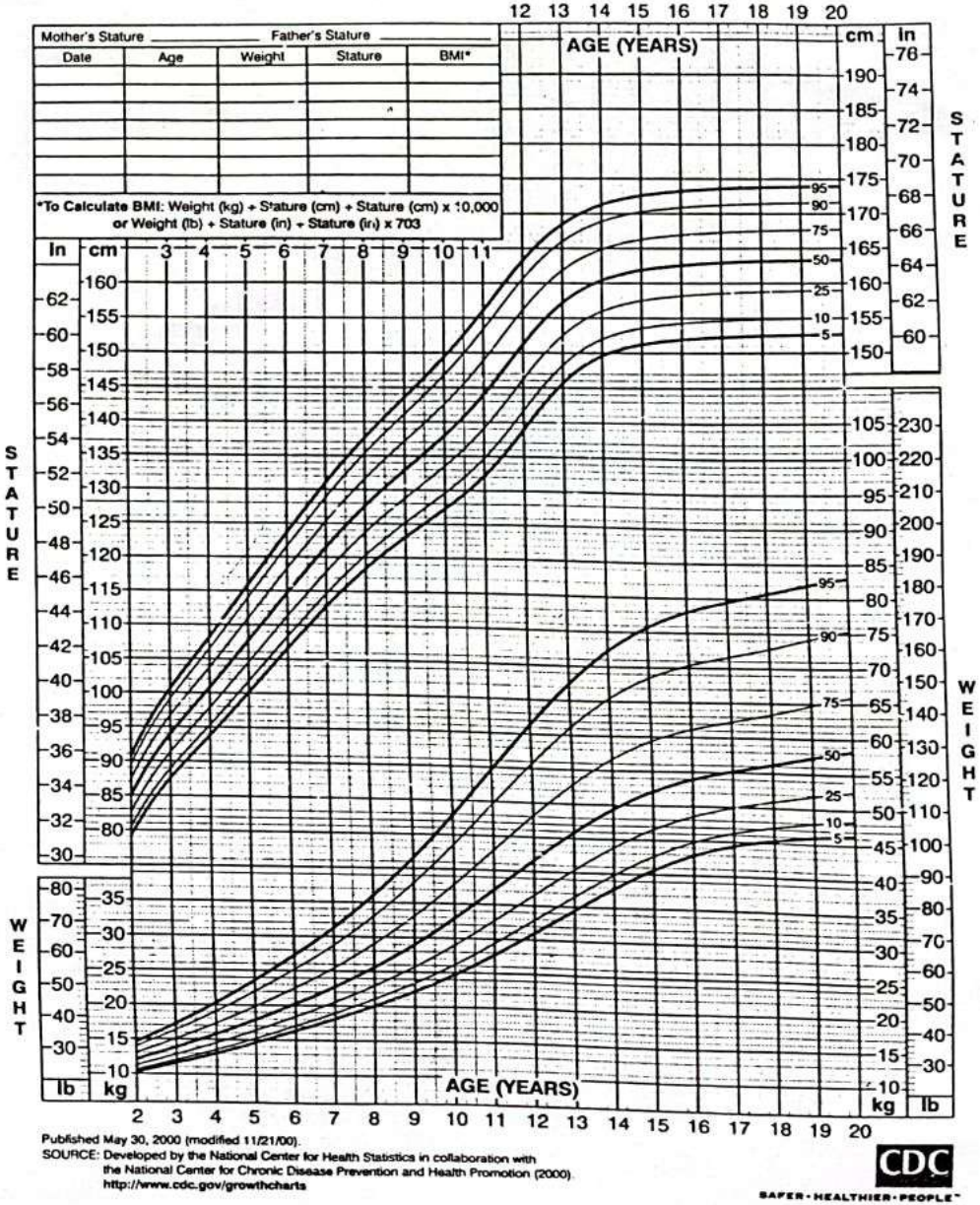
NAME _____

RECORD # _____

Mother's Stature _____ Father's Stature _____

Date	Age	Weight	Stature	BMI*

*To Calculate BMI: Weight (kg) ÷ Stature (cm) ÷ Stature (cm) x 10,000
or Weight (lb) ÷ Stature (in) ÷ Stature (in) x 703



Published May 30, 2000 (modified 11/21/00).
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
http://www.cdc.gov/growthcharts

CDC
SAFER·HEALTHIER·PEOPLE™

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

RM.PNJ 03.2/Rev.01.2019/RM.30.1

Dipindai dengan CamScanner

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

RSUD M NATSIR

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

FORMULIR ASUHAN GIZI ANAK

ASESMEN GIZI LANJUT

RIWAYAT KLIEN	Umur :.....	Jenis kelamin : L / P	Agama :.....

Riwayat medis/kesehatan pasien / keluarga : Riwayat sosial ekonomi :

Diagnosa dokter:

RIWAYAT DIET

Alergi Makanan :
a.Telur : ya / tidak
b. Ikan Laut : ya / tidak
c. susu sapi & produk olahannya : ya / tidak
d. Gluten/Gandum : ya / tidak
e. Kacang kedelei/ tanah : ya / tidak
f. Udang : ya / tidak
g. Lainnya.....

Pantangan makanan :
a._____
b._____

Ketidak sukaan makanan :
a._____
b._____

ANTROPOMETRI

BB saat ini : .....kg
PB/TB : ..... cm
IMT :.....
BBI : ..... kg
LILA : .....

Riwayat penurunan BB
BB biasanya : .....
Penurunan BB :..... % dalam .....mg/bln

Status gizi :.....

BIOKIMIA TERKAIT GIZI

FISIK KLINIS GIZI

Atropi otot lengan : ada / tidak
Nafsu makan : ada / tidak
Kontipasi : ada / tidak
Gigi geligi :Lengkap/ tidak lengkap
Gangguan mengunyah : ada / tidak
Hilang lemak subkutan : ada / tidak
Mual : ada / tidak
Diare : ada / tidak
Gangguan menelan : ada / tidak
Gangguan mengisap : ada / tidak
Udem : ada / tidak
Kembung : ada / tidak
Kulit :.....

Tanda-tanda vital

DIAGNOSA GIZI

INTERVENSI GIZI

RENCANA MONITORING DAN EVALUASI GIZI

Tanggal : Jam : Nama & tanda tangan dietesien :

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

RM.PNJ 03.3/Rev.01.2019/RM.30.1

Dipindai dengan CamScanner

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

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

MONITORING DAN EVALUASI ASUHAN GIZI ANAK

Diagnosa Medis :

Hari/Tanggal	Evaluasi	Nama/Paraf

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

PENGKAJIAN AWAL PASIEN FISIOTERAPIS

Alamat :
Tanggal : ..... Jam :.....
Diagnosa medis:.....

Anamnesis :.....

PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda vital
   TD : ...../.....mmHg, Nadi :.....x/mt RR:.....x/mt Suhu:.....C.

2. Status Lokalis

MASALAH FISIOTERAPI

PERENCANAAN

TUJUAN FISIOTERAPI

PROGRAM TERAPI

EDUKASI

Fisioterapist : **Paraf :** **Tanggal :**

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

FORMULIR PERMINTAAN KONSULTASI

BAGIAN : .....

Umur :

Tinggi Badan :

Berat Badan

Ts.Yth

Bagian :.....

Mohon Konsul o.s dengan :

Dokter yang merawat

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

FORMULIR JAWABAN KONSULTASI

Ts.Yth.

Menjawab konsul Ts. Mengenai o.s ini kami beritahukan bahwa pada pemeriksaan :

Wassalam
Dokter yang menjawab

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

RSUD M. NATSIR

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

SURAT PERSETUJUAN UMUM

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

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

Nama :	Pekerjaa :
Alamat :	No Telpon :

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

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

2. **PELAYANAN KESEHATAN :** Pelayanan kesehatan di RSUD M.Natsir dilakukan atas indikasi medis meliputi preventiv, promotif, kuratif, dan rehabilitatif (a.l. Pemeriksaan umum, pemeriksaan rontgen/ radiologi, pemeriksaan laboratorium, transfusi darah, pengobatan rutin, perawatan, terapi bermain pada anak, prosedur pemasangan infus, suntikan, suction, suppositoria, monitor, syiringe 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 (**memerlukankan/ tidak memerlukankan***) 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 .....

Dipindai dengan CamScanner

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

7. PELAYANAN KEROHANIAN , KEYAKINAN DAN NILAI-NILAI PRIBADI

a. Saya/ keluarga saya* (**memerlukankan/ tidak memerlukankan***) pelayanan kerohanian sesuai agama dan kepercayaan : (**Islam/ Protestan/ Katolik/ Hindu/ Budha /** .....)*

b. Saya/ keluarga saya* (**memerlukankan/ 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 bagiann dari pendidikan mereka.

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

Solok,.....jam.....WIB

Pihak Pasien
Pasien/ Keluarga **Saksi dari keluarga**

....

Pihak Rumah Sakit sebagai saksi :

Petugas Admission **Petugas IGD/ Ruangan**

....

)*Coret yang tidak perlu

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

Dipindai dengan CamScanner

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

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

PEMBERIAN INFORMASI DAN PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

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

PEMBERIAN INFORMASI	
Dokter Pelaksana Tindakan	
Pemberi Informasi	
Penerima Informasi/Pemberi persetujuan	

NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (V)
1	Diagnosis		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata Cara		
6	Tujuan		
7	Risiko		
8	Komplikasi		
9	Prognosis		
10	Alternatif		
11	Resiko Alternatif		
12	Rencana Pengobatan		
13	Konsekuensi Menolak		
14	Hasil Asuhan yang tidak diharapkan		
15	Lain-lain		

Dengan ini menyatakan bahwa saya Dokter.....telah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi	Tandatangan Dokter
Dengan ini menyatakan saya nama :.....hubungan dengan pasien : Pasien sendiri/ Orangtua/ Anak/ Istri/ Suami/ Saudara/ Pengantar *)Umur :.....tahun, telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda/ paraf dikolom kanannya serta diberi kesempatan untuk bertanya / diskusi, dan telah memahaminya.	Tandatangan Pasien/Keluarga

***)Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi ,maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat**

Dipindai dengan CamScanner

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

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

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : .....

Umur : .....

Jenis Kelamin : .....

Alamat : .....

.....

dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan ..... terhadap saya/..... .....saya,

Nama : .....

Umur : .....

Jenis Kelamin : .....

Alamat : .....

.....

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya , termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul .

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukan lah ilmu pasti , maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan , melainkan sangat tergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa

Solok, Tgl: Jam :

Saksi I	Sakti II
Pasien/ Keluarga	Petugas RS/ PPA
(.....)	(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

PEMBERIAN INFORMASI DAN PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN

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

PEMBERIAN INFORMASI	
Dokter Pelaksana Tindakan	
Pemberi Informasi	
Penerima Informasi/Pemberi persetujuan	

NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (V)
1	Diagnosis		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata Cara		
6	Tujuan		
7	Risiko		
8	Komplikasi		
9	Prognosis		
10	Alternatif		
11	Resiko Alternatif		
12	Rencana Pengobatan		
13	Konsekuensi Menolak		
14	Hasil Asuhan yang tidak diharapkan		
15	Lain-lain		

Dengan ini menyatakan bahwa saya Dokter.....telah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi	Tandatangan Dokter
Dengan ini menyatakan saya nama :.....hubungan dengan pasien : Pasien sendiri/ Orangtua/ Anak/ Istri/ Suami/ Saudara/ Pengantar *)Umur :.....tahun, telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda/ paraf dikolom kanannya serta diberi kesempatan untuk bertanya / diskusi, dan telah memahaminya.	Tandatangan Pasien/Keluarga

***)Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi ,maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat**

Dipindai dengan CamScanner

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

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

PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : .....

Umur : .....

Jenis Kelamin : .....

Alamat : .....

.....

dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan ..... terhadap saya/..... .....saya,

Nama : .....

Umur : .....

Jenis Kelamin : .....

Alamat : .....

.....

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya , termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul .

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukan lah ilmu pasti , maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan , melainkan sangat tergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa

Solok, Tgl: Jam :

Saksi I	Sakti II
Pasien/ Keluarga	Petugas RS/ PPA
(.....)	(... .....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

SURAT PERNYATAAN PULANG ATAS PERMINTAAN SENDIRI

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

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

Selaku diri sendiri/ istri/ suami/ ayah/ ibu/ anak/ kakak/ adik/ lain-lain (.....) dari pasien :

Nama :

Tempat/ tanggal lahir :

Nomor RM :

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Dengan sadar tanpa paksaan dari pihak maupun meminta kepada pihak Rumah Sakit untuk **PULANG ATAS PERMINTAAN SENDIRI** yang merupakan hak saya/ pasien dengan alasan : ....
   .....
2. Saya telah memahami sepenuhnya penjelasan yang diberikan dari pihak rumah sakit mengenai penyakit dan kemungkinan/ konsekuensi terbaik sampai dengan terburuk atas keputusan yang saya ambil. Serta tanggung jawab saya dalam mengambil keputusan ini.
3. Saya telah menerima informasi dan penjelasan tentang alternatif pengobatan yang dapat kami lakukan setelah keluar dari Rumah Sakit, rencana pengobatan akan kami lanjutkan di .....
4. *Apabila terjadi sesuatu hal berkaitan dengan putusan yang diambil, maka hal tersebut adalah menjadi* tanggung jawab pasien/ keluarga sepenuhnya dan tidak akan menyangkut pautkan/ menuntut Rumah Sakit ini.
5. Atas keputusan saya ini, rumah sakit telah memberi penjelasan mengenai alternatif pengobatan selanjutnya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk ketahui dan digunakan sebgaimana perlunya.

Solok, ...

Saksi

Pembuat pernyataan,

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

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

FORMULIR PERNYATAAN PENOLAKAN PENGOBATAN

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

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....

Umur :.....tahun.

Jenis kelamin :Laki-laki/ perempuan*

Alamat :

Dengan ini menyatakan PENOLAKAN PENGOBATAN : ..... terhadap saya/ .....saya* bernama ....., Tanggal Lahir: .... laki-laki/ perempuan*, alamat ....

Saya memahami perlunya dan manfaat pengobatan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul.

Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya pengobatan tersebut.

Solok, ...,pukul.....
Yang menyatakan,

(.....)

Saksi :

1. ..... (.....)
2. ..... (.....)
3. ..... (.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

RM.P 01.4/Rev.01.2019/RM.38

Dipindai dengan CamScanner

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

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

FORMULIR PERMINTAAN KEBUTUHAN TAHAP TERMINAL

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

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....
Umur : .....
Pekerjaan : .....
Alamat : .....

Bahwa saya adalah ayah/ ibu/ kakak/ adik/ anak dari pasien atas nama :

Nama : .....
Umur : .....
Pekerjaan : .....
Alamat : .....

Dengan ini memohon untuk mengabulkan permintaan sebagai berikut:

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

Solok, ...,20.....
Yang menyatakan,

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

RM.P 01.5/Rev.01.2019/RM.39

Dipindai dengan CamScanner

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

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

FORMULIR PERMINTAAN SECOND OPINION

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

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....(L/P)

Nomor kartu identitas : .....

Alamat : .....

Diri sendiri/ Suami/ Istri/ Ayah/ Ibu/ Kakak/ Adik/ Teman/ Kerabat dari pasien :

Nama : .....(L/P)

Tanggal lahir : .....

Nomor RM : .....

Dengan ini menyatakan dengan sadar dan sesungguhnya bahwa :

1. Telah menerima dan memahami informasi mengenai kondisi terhadap diri saya/ pasien dan tindakan penanganan awal yang telah dilakukan dari pihak Rumah sakit
2. Meminta kepada pihak Rumah Sakit untuk diberikan kesempatan mencari second opinion terhadap alternatif diagnosis/ pengobatan diri sendiri/ pasien ke dokter ..... di Rumah Sakit .....
3. Segala saran, biaya maupun fasilitas untuk mencari second opinion adalah tanggung jawab diri saya/ pasien/ keluarga
4. Untuk keperluan tersebut diatas, meminjam hasil pemeriksaan kesehatan saya/ pasien berupa :
   - .....
   - .....
   - .....
   - .....

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Solok, ...,20.....

Petugas,	Saksi	Saya yang menyatakan,
(.....)	(.....)	(.....)

Tanggal/ Waktu Pengembalian Dokumen yang dipinjam : .....,20.....

Petugas,	Peminjam,
(.....)	(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

RM.P 01.6/Rev.01.2019/RM 40

Dipindai dengan CamScanner

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

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

FORMULIR PENETAPAN DOKTER PENANGGUNG JAWAB PASIEN (DPJP)

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

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Narna : .....

Umur : .....

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

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

Nama : .....

Umur : .....

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

Nomor RM : .....

Dengan ini menyatakan dengan sadar dan sesungguhnya bahwa :

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

Dengan pernyataan inisaya buat dengan sebenar-benarnya.

Solok, ...,20.....

Petugas rumah sakit,

Saya yang menyatakan,

(.....)
NIP.

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADANLAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl.Simpang Rumbio Kota SolokTelp (0755) 20820-20827Fax: (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id

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

SURAT PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI

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

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....

Umur : .....

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

Saya memahami informasi yang yang ada di dalam diri saya,termasuk diagnosa, hasil laboratorium dan hasil tes diagnostik yang akan digunakan untuk perawatan medis di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir dan akan menjamin kerahasiaannya.

Saya memberi wewenang kepada rumah sakit untuk memberi informasi tentang diagnosis hasil pelayanan dan perawatan serta pengobatan saya kepada anggota keluarga saya:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....

Dengan tanda tangan saya dibawah ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan memahami item pada persetujuan umum/ general consent.

Solok, ...,20.....
Saya yang menyatakan,

(.....)

Saksi :

1. ..... ( )
2. ..... ( )
3. ..... ( )

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

FORMULIR PERMINTAAN PRIVASI

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

Nama Lengkap Pasien :

Yang bertanda tangan dibawah ini : ..... Nomor MR : .....

Nama :.....

Umur :.....

Jenis kelamin :.....

Alamat :.....

Nomor Telepon : ....

Hubungan dengan pasien : Diri sendiri/ Orang tua/ Anak/ Wali*)

.....

1. Dengan ini menyatakan bahwa saya/ orang tua/ anak/ wali*) **Mengizinkan** rumah sakit memberi akses bagi keluarga yang bernama ..... dan kerabat yang bernama ..... serta orang lain yang bernama ..... yang akan menengok/ menemui saya.
2. Saya menginginkan privasi khusus :
   a. Pada saat wawancara klinis
   b. Pada saat pemeriksaan fisik
   c. Pada saat perawatan
   d. Dan lain-lain

Solok, ...,20.....
Pasien/ Keluarga/ Wali,

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADANLAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl.Simpang Rumbio Kota SolokTelp (0755) 20820-20827Fax: (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id

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

PENOLAKAN RESUSITASI (DNR)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :.....

Umur : .....

Jenis Kelamin : .....

Alamat : .....

.....

Dengan ini menyatakan ***Penolakan*** untuk dilakukan tindakan .....

.....Terhadap diri saya / .....saya

Bernama .....Umur.....tahun, Laki-laki / perempuan *)

Alamat.....

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana yang telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan.

Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mugnkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.

Solok,.....20
Yang menyatakan

.....

Saksi :

1. .....( )
2. .....( )
3. .....( )

*) Coret yang tidak perlu

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

PERMINTAAN PELAYANAN KEROHANIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama *(keluarga pasien)* :.....

Umur : .....

Agama : .....

Hubungan dengan pasien : diri sendiri / orang tua / anak / wali *)

Alamat : .....

No. Telepon/ Hp : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan pelayanan kerohanian berdasarkan agama dan kepercayaan yang saya anut untuk pasien :

Nama *(pasien)* :.....

No.RM : .....

Umur : .....

Agama : .....

Ruang Perawatan : .....

Demikianlah permintaan pelayanan kerohanian ini saya buat dengan sadar dan sebenarnya.

Solok,.....20

Petugas ruangan

Yang menyatakan

(.....)

(.....)

*) Coret yang tidak perlu

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADANLAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20820-20827Fax: (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id
E-mail : rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id

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

FORMULIR PENITIPAN BARANG BERHARGA MILIK PASIEN / KELUARGA

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....
Umur : .....
Pekerjaan : .....
Alamat : .....

Bahwa saya adalah ayah/ ibu/ kakak/ adik/ anak dari pasien atas nama :

Nama : .....
Umur : .....
Pekerjaan : .....
Alamat : .....

Dengan ini memohon untuk menitipkan barang sebagai berikut:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....
8. .....
9. .....
10. .....

Solok, ...

Pasien / Keluarga

(.....)

Saksi I

(.....)

Solok, ...

Petugas RS

(.....)

Saksi II

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

RM.P 01.12/Rev.00.2019/-

Dipindai dengan CamScanner

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

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

FORMULIR PERMOHONAN IZIN PULANG SEMENTARA

Saya yang bertanggung jawab terhadap pasien meminta kepada pihak Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir untuk mengizinkan kepada pasien :

Nama : .....
Tempat/Tanggal Lahir : .....
Nomor Rekam Medis : .....
Ruang Perawatan : .....

Untuk izin pulang sementara (cuti perawatan) karena kepentingan .....
.....

Dalam waktu ..... hari (TMT : .....s/d.....) Pukul : .....WIB

Selama berada diluar Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir yang bertanggung jawab terhadap pasien adalah :

Nama : .....
Nomor KTP/SIM/Pasport : .....
Hubungan dengan Pasien : .....
Alamat : .....

Selama berada di luar Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir beralamat di.....
.....
Nomor telepon yang bisa di hubungi ...../ .....
Semua resiko yang terjadi di luar Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir menjadi tanggung jawab pemohon.

Solok, ...
Dokter Penanggung Jawab Pasien

(.....)

Solok, ...
Pemohon

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

RM.P 01.13/Rev.00.2019/-

Dipindai dengan CamScanner

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

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

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PASIEN RAWAT INAP

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

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....

Umur : .....

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : .....

Umur : .....

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

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

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

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

Solok,.....

Diketahui oleh

Petugas Rumah Sakit

(.....)

Saya yang Menyatakan

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner

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

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

PENGANTAR UNTUK DIRAWAT

DPJP :	TGL. MASUK :
KELAS RAWATAN :	TGL. KELUAR :

Dokter Pengirim :_____

Diagnosa :_____

Dokter yang Merawat :_____

Tanggal Masuk :_____

Rencana Operasi / Tindakan

Nama Operasi/ Tindakan :_____

Tanggal/ Jam :_____ / _____

Terlampir

Foto/ Resep :_____

Lain-lain :_____

Pemesanan kamar

Tanggal Pemesanan :_____

Kelas :_____

Tanggal/ jam :_____ / _____

Dokter Pengirim

(.....)

Petugas Admission

(.....)

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

Dipindai dengan CamScanner