



AYU MEDIKA

Jalan MH. Thamrin No. 29A Watampone

Telp. : (0481) 25760

Email : klinikayumedika@yahoo.com

NO. RM

**RAHASIA
MEDIS**

**REKAM MEDIS
PASIE N RAWAT JALAN**

NAMA PASIEN :

TGL. LAHIR :

Beri Tanda ☒ Tahun
Kunjungan Terakhir

TANGGAL MASUK :

TANGGAL KELUAR :

RUANGAN :

	2021
	2022
	2023
	2024
	2025



**KLINIK AYU MEDIKA
DAN RUANG BERSALIN**
Jl. MH. Thamrin No. 29
Watampone

IDENTIFIKASI PASIEN RAWAT JALAN/ GAWAT DARURAT/RAWAT INAP

NO. RM :

NAMA PASIEN : Lk / Pr*)

KEWARGANEGARAAN : ☐ WNI ☐ WNA :

CARA PEMBAYARAN ☐ UMUM ☐ BPJS MANDIRI ☐ ASKES ☐ PBI APBD ☐ PBI APBN
☐ INHEALTH ☐ JASA RAHARJA ☐ BPJS KETENAGA KERJAAN ☐ JAMPERSAL
☐ LAIN-LAIN :

NO. KARTU JAMINAN :

NO. KTP :

TEMPAT & TANGGAL LAHIR/UMUR : / Tahun

AGAMA : ☐ Islam ☐ Kristen ☐ Khatolik ☐ Hindu ☐ Budha ☐ Lainnya

STATUS PERKAWINAN : ☐ Kawin ☐ Tidak/Belum kawin ☐ Janda ☐ Duda

PENDIDIKAN TERAKHIR : ☐ Belum/tidak sekolah ☐ SD ☐ SLTP ☐ SLTA ☐ D3 ☐ S1 ☐ S2

SUKU : ☐ Bugis ☐ Toraja ☐ Jawa ☐ Makassar ☐ Lainnya.....

ALAMAT SESUAI KTP :

NO. Telp./HP :

PEKERJAAN :

NAMA ORANG TUA/ WALI :

BAHASA SEHARI-HARI : Indonesia / Daerah :/ Asing :

KEKHUSUSAN : Kereta dorong/ kursi dorong/ mandiri lainnya:.....

KEYAKINAN :

(informasi yang diyakini pasien untuk diketahui oleh petugas RS)

Watampone, 20
Petugas Registrasi / Admision

(.....)



PERSETUJUAN UMUM
GENERAL CONSENT

Nama Pasien : _____

Nomor RM :

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

Tanggal Lahir : _____

Pasien / keluarga diberikan penjelasan dan menyetujui sesuai penjelasan

NO	MATERI PENJELASAN	ISI MATERI	PARAF
1.	PERSETUJUAN UNTUK PENGOBATAN	Saya menginginkan dokter dan profesional kesehatan lainnya untuk melakukan prosedur diagnostik dan untuk memberikan pengobatan medis seperti yang diperlukan dalam penilaian profesional mereka. Prosedur diagnostik dan perawatan medis, tetapi tidak terbatas pada electrocardiogram, x-ray, tes darah terapi fisik dan pemberian obat	
2.	PELEPASAN INFORMASI	<p>a. Memahami informasi yang ada didalam diri saya, termasuk Diagnosis, hasil laboratorium dan hasil tes diagnostik yang akan digunakan untuk perawatan medis, Rumah sakit akan menjamin kerahasiaannya</p> <p>b. Memberi wewenang kepada RS untuk memberikan informasi tentang diagnosis, hasil pelayanan dan pengobatan bila diperlukan untuk memproses klaim asuransi/BPJS/perusahaan dan atau lembaga pemerintah</p> <p>c. Memberi wewenang kepada RS untuk memberikan informasi tentang diagnosis, hasil pelayanan dan pengobatan saya kepada:</p> <p>1). _____</p> <p>2). _____</p> <p>3). _____</p>	
3.	BARANG BERHARGA MILIK PRIBADI	<p>a. Memahami bahwa rumah sakit tidak bertanggung jawab atas semua kehilangan barang-barang milik saya secara pribadi bertanggung jawab atas barang-barang berharga yang saya miliki namun tidak termasuk pada uang, perhiasan, buku cek, kartu kredit, handphone atau barang lainnya. Dan apabila saya membutuhkan maka saya dapat menitipkan barang-barang saya kepada rumah sakit</p> <p>b. Saya juga mengerti bahwa saya harus memberitahu/menitipkan pada RS jika saya memiliki gigi palsu, kacamata, lensa kontak, prosthetics atau barang lainnya yang saya butuhkan untuk diamankan</p>	
4.	HAK PASIEN DAN KELUARGA	<p>a. Pasien/keluarga memiliki hak untuk mengajukan pertanyaan tentang pengobatan yang diusulkan (termasuk identitas setiap orang yang memberikan atau mengamati pengobatan) setiap saat. Mengerti dan memahami bahwa memiliki hak untuk persetujuan, untuk setiap prosedur/terapi.</p> <p>b. Jika diperlukan RS, saya akan berpartisipasi dalam pemilihan dokter yang akan bertanggung jawab untuk perawatan saya selama saya dalam perawatan dirumah sakit</p> <p>c. Mengerti dan memahami tentang HAK PASIEN DAN KELUARGA sesuai dengan undang-undang kesehatan no. 44 tentang rumah sakit.</p>	

5.	AGAMA, KEPERCAYAAN PASIEN DAN PELAYANAN KEROHANIAN	<p>a. Informasi tentang pelayanan kerohanian yang berada dirumah sakit sesuai dengan agama/kkepercayaan pasien, dan cara pemberian/bimbingan yang disesuaikan dengan fasilitas rumah sakit yang ada/keinginan pasien/keluarga.</p> <p>b. Agama saya :</p> <p>c. Saya menginginkan/tidak menginginkan*) pelayanan khusus sesuai dengan kepercayaan saya yang tidak terikat maupun terkait dengan kesehatan:</p> <p>1)</p> <p>2)</p> <p>3)</p>	
6.	PEMELIHARAAN FASILITAS RUMAH SAKIT	Penjelasan jika terjadi kerusakan atau kehilangan yang disebabkan oleh pasien maka menjadi tanggung jawab pasien termasuk fasilitas umum/alat medis	
7.	KEAMANAN	<p>Mengisinkan keluarga berkunjung pada jam kunjungan yang telah diatur oleh Rumah Sakit Tenriawaru Bone, yakni:</p> <ul style="list-style-type: none">- Siang Pukul 11.00 - 13.00 WITA- Sore Pukul 16.00 – 20.00 WITA <p>Dan bersedia dijaga oleh dua penjaga pasien dengan menukar kartu tanda pengenal yang sah dengan kartu jaga.</p>	
8.	KEINGINAN PRIVACY	<p>a. Mengizinkan/tidak mengizinkan (coret salah satu) rumah sakit memberi akses bagi keluarga dan handai taulan serta orang yang akan menemui/menjenguk saya (sebutkan nama/profesi jika ada Permintaan.....</p> <p>b. Saya mengizinkan /tidak mengizinkan privacy khusus (coret salah satu) sebutkan jika ada privacy Khusus</p>	
9.	BIAYA PELAYANAN RUMAH SAKIT	<p>a. Saya telah dijelaskan tentang informasi biaya pengobatan atau biaya tindakan selama perawatan.</p> <p>b. Saya bersedia melunasi seluruh biaya perawatan dan obat-obatan tepat waktu, sesuai dengan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.</p>	
10.	PENDIDIKAN PERAKTIK KESEHATAN	Saya mengetahui bahwa RSUD. Tenriawaru merupakan rumah sakit yang menjadi tempat praktek klinis bagi mahasiswa profesi kesehatan , karena itu mereka mungkin berpartisipasi dan atau terlibat dalam keperawatan saya. Saya menyetujui bahwa mahasiswa profesi kesehatan berpartisipasi dalam perawatan saya sepanjang dalam supervisi DPJP.	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jelas memberikan kesempatan untuk bertanya dan berdiskusi			Nama Dan TTD Petugas (.....)
Dengan ini menyatakan bahwa saya /keluarga pasien telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri paraf dikolom sebelah kanan serta telah diberi kesempatan untuk bertanya berdiskusi dan telah memahami			Nama Dan TTD Penanggung Jawab (.....)



ASESMEN KEPERAWATAN
RAWAT JALAN

Nama Pasien :

No. RM :

Tgl. Lahir :L/P

Poli : Tanggal : Jam :

Anamnesis (auto/ alloanamnesis :

Keluhan Utama :

Riwayat Kesehatan :

☐ Tidak pernah opname

☐ Pernah opname dengan sakit :

Di RS :

☐ Pernah operasi ☐ Tidak ☐ Ya, Pasca operasi hari ke :

Obat yang dibawa ☐ Tidak ☐ Ada

Pemeriksaan Fisik

Kesadaran :

K/ U :

TD : mmHg Nadi : x/mnt RR : x/ mnt

Suhu : °C BB : Cm LK : Cm

LP : Cm TB : Cm

Skala Nyeri



Skala nyeri :	Petunjuk
Metode NRS/ VAS/ Wong Baker/ FLACC	*Wong Baker Faces Pain Rating Scale digunakan pada pasien dewasa dan anak > 3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka dan digunakan juga pada pasien tidak sadar * Numeric Rating Scale (NRS) dan Visual Analog Scale (VAS) digunakan pada pasien dewasa dan anak > 8 tahun * FLACC digunakan pada pasien bayi > 1 tahun - 3 tahun atau anak dengan gangguan kognitif atau pada anak yang tidak dapat dinilai dengan menggunakan skala lain

SKALA FLACC UNTUK 0 BULAN – 3 TAHUN

Pengkajian	0	1	2	Nilai
Wajah	Tersenyum/tidak ada ekspresi khusus	Terkadang meringis/menarik diri	Sering menggetarkan dagu dan mengatupkan rahang	
Kaki	Gerakan normal / relaksasi	Gerakan menggeliat, berguling, kaku	Kaki dibuat menendang/menarik diri	
Kegiatan	Berbaring dengan tenang , posisi normal, mudah bergerak	Menggeliat, tenang	melengkung, kaku atau menghentak	
Menangis	Tidak menangis (bangun/tidur)	Mengerang, merengek-rengek	Menangis terus-menerus, terisak, menjerit	
Kemampuan untuk dihibur	Rileks	Dapat dihibur dengan sentuhan/ pelukan/ diajak bicara	Sering mengeluh, sulit dihibur	
Total skor				

Skala : 0 = Tidak Ada Nyeri 4 – 6 = Nyeri Sedang
1 – 3 = Nyeri Ringan 7 – 10 = Nyeri berat

I. Psikologi

☐ Tenang ☐ Cemas ☐ Takut ☐ Marah ☐ Sedih

☐ Lain-lain, Sebutkan :

Spiritual

Agama : Perlu spiritual care (kyai, pendeta, pastor, dll) : ☐ Ya ☐ Tidak

Keyakinan :

Sosial/ ekonomi

a. Pekerjaan : ☐ Wiraswasta ☐ Swasta ☐ PNS ☐ Pensiun ☐ Lain-lain ☐ Penghasilan/ bln.....

b. Tinggal bersama: ☐ suami/ isteri ☐ Orang tua ☐ Anak ☐ Teman ☐ Sendiri ☐ Lain-lain

c. Kondisi lingkungan rumah : ☐ 1 lantai ☐ 2 lantai ☐ kamar mandi di lt 1 ☐ Ya ☐ Tidak

d. Masuk rumah ada tangga ? ☐ Ya ☐ Tidak

e. Orang yang membantu perawatan setelah di rumah

f. Bantuan yang dibutuhkan setelah dirumah : ☐ Mandi ☐ BAB/ BAK ☐ Makan ☐ Berjalan/ ambulasi
☐ Perawatan luka ☐ Pemberian obat

II. Status Fungsional :

☐ Mandiri ☐ Perlu bantuan , Sebutkan :

☐ Ketergantungan total, dilaporkan ke dokter pukul :



ASESMEN KEPERAWATAN
RAWAT JALAN

Nama Pasien :
No. RM :
Tgl. Lahir : L/P

Asesmen Risiko Jatuh Rawat Jalan (Metode Time Up And Go)

No	Parameter	Ya	Tidak
1	Car berjalan (salah satu atau lebih) : a. Tidak seimbang/sempoyongan/pincang b. Jalan dengan menggunakan alat bantu (kruk, tripot, kursi, orang lain)		
2	Menopang pada saat akan duduk : tampak memegang pinggiran kursi, meja atau benda lain sebagai penopang akan duduk.		

No	Hasil Penilaian	Kriteria Hasil Penilaian	Intervensi	Keterangan (Beri tanda v)
1	Tidak Berisiko	Tidak ditemukan a dan b	Tidak ada Intervensi	
2	Risiko Rendah	Ditemukan salah satu a atau b	Edukasi	
3	Risiko Tinggi	Ditemukan a dan b	Edukasi dan ikatkan pita warna kuning pada Pergelangan tangan pasien	

Psikososial : ☐ Ketegangan meningkat
☐ Fokus pada sendiri
☐ Kurang pengetahuan

SISTEM MUSCULOSKELETAL

SKRINNING GIZI DEWASA				
No	PERTANYAAN		Ya=1	Tidak=0
1	Apakah pasien terlihat kurus?			
2	Apakah pakaian anda terasa longgar?			
3	Apakah anda mengalami penurunan asupan makanan selama 1 minggu terakhir?			
4	Apakah anda merasa lemah, loyo, dan tidak bertenaga?			
5	Apakah anda menderita suatu penyakit yang mengakibatkan adanya perubahan atau jenis makanan yang anda makan?			

- Analisa Masalah**
- ☐ Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif
 - ☐ Pola Nafas Tidak Efektif
 - ☐ Risiko aspirasi
 - ☐ Perfusi perifer tidak efektif
 - ☐ Risiko perdarahan
 - ☐ Risiko Perfusi perifer tidak efektif
 - ☐ Risiko Perfusi renal tidak efektif
 - ☐ Risiko Perfusi serebral tidak efektif
 - ☐ Defisit nutrisi
 - ☐ Diare
 - ☐ Hypervolemia
 - ☐ Hypovolemia
 - ☐ Ikterik neonatus
 - ☐ Ketidakstabilan kadar glukosa darah
 - ☐ Risiko defisit nutrisi
 - ☐ Risiko Hypovolemia
 - ☐ Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah
 - ☐ Risiko syok
 - ☐ Gangguan eliminasi urin
 - ☐ Konstipasi
 - ☐ Retensi urine
 - ☐ Gangguan mobilitas fisik
 - ☐ Intoleransi aktivitas
 - ☐ Nausea
 - ☐ Nyeri akut
 - ☐ Nyeri kronis
 - ☐ Ansietas
 - ☐ Defisit perawatan diri
 - ☐ Gangguan komunikasi verbal
 - ☐ Gangguan integritas kulit/ jaringan
 - ☐ Hipertermia
 - ☐ Risiko infeksi
 - ☐ Risiko jatuh
 - ☐ Risiko luka tekan
 - ☐ Termoregulasi tidak efektif
 - ☐ Diagnosa kebidanan :
 - ☐ Lain-lain :

No	SKRINNING GIZI ANAK USIA 0 BULAN – 12 TAHUN	Skor
1	Apakah pasien tampak kurus?	
	a. Ya	1
	b. Tidak	0
2	Apakah terdapat penurunan berat badan selama satu bulan terakhir (berdasarkan penilaian objektif data berat badan bila ada atau penilaian subjektif orang tua pasien)	
	ATAU	
	Untuk bayi <1 tahun berat badan tidak naik selama 3 bulan terakhir?	
	a. Ya	1
	b. Tidak	0
3	Apakah terdapat salah satu dan kondisi berikut - Diare >5 kali/hari dan atau muntah >3/hari dalam seminggu terakhir - Asupan makan berkurang selama 1 minggu terakhir	
	a. Ya	1
	b. Tidak	0
4	Apakah terdapat penyakit atau keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi (lihat daftar)?	
	a. Ya	2
	b. Tidak	0
Total skor		

Rencana Asuhan

Perawat

Nama Lengkap Dan Tanda Tangan



ASESMEN AWAL MEDIS
RAWAT JALAN

Nama Pasien :
Nomor RM :
Tanggal Lahir :

Poli :		Tanggal :		Jam :	
S	Anamnesis (Auto/ Alloanamnesis :) Keluhan Utama : Anamnesis Khusus : Riwayat Penyakit Dahulu : Riwayat Alergi : <input type="checkbox"/> Ada : <input type="checkbox"/> Tidak				
O	Pemeriksaan Fisik Keadaan umum : GCS : E: V: M: T: mmHg N: x/mnt RR: x/mnt S: °C BB: Kg Kepala / Leher : Thorax : Pulmo : Cor : Abdomen : Hepar / Lien : Bising Usus : Ekstermitas :				
Hasil Pemeriksaan Penunjang (<30 hari)					
A	Masalah / diagnosa				
P	Planning / Rencana Terapi :				
Sasaran :					
Instruksi :					
Tindak Lanjut : <input type="checkbox"/> MRS, Ruang : <input type="checkbox"/> Rujuk Ke RS : <input type="checkbox"/> Transportasi : <input type="checkbox"/> Ambulan <input type="checkbox"/> Pribadi <input type="checkbox"/> Kontrol <input type="checkbox"/> Menolak MRS <input type="checkbox"/> Meninggal <input type="checkbox"/> Rujuk Balik					
Watampone, 20					
() Nama Dan tanda Tangan Dokter					



KLINIK AYU MEDIKA
DAN RUANG BERSALIN
 Jl. MH. Thamrin No. 29 Watampone

No. RM :

Nama :

Tgl. Lahir :L/P

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

Tgl/jam Profesi	HASIL PEMERIKSAAN SUBJEKTIF, OBJEKTIF DAN ANALISIS (dituliskan dengan urutan S-O-A P atau ADIME pada kolom ini)	RENCANA/PLANING (rencana tatalaksana, kondisi yang ingin dicapai, instruksi)	VERIFIKAS I DPJP

Tuliskan nama jelas dan tanda tangan pada setiap akhir catatan

DPJP harus membaca seluruh rencana perawatan, memverifikasi rencana dari semua petugas pelaksana asuhan (PPA)



KLINIK AYU MEDIKA
DAN RUANG BERSALIN
Jl. MH. Thamrin No. 29 Watampone

No. RM :
Nama :
Tgl. Lahir :L/P

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

Tgl/jam Profesi	HASIL PEMERIKSAAN SUBJEKTIF, OBJEKTIF DAN ANALISIS (dituliskan dengan urutan S-O-A P atau ADIME pada kolom ini)	RENCANA/PLANING (rencana tatalaksana, kondisi yang ingin dicapai, instruksi)	VERIFIKAS I DPJP

Tuliskan nama jelas dan tanda tangan pada setiap akhir catatan
DPJP harus membaca seluruh rencana perawatan, memverifikasi rencana dari semua petugas pelaksana asuhan (PPA)