

| Tgl & Jam | Informasi/ edukasi yang diberikan | Metode | Nama & TT Penerima & pemberi Edukasi | | Verifikasi / evaluasi |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | Penerima | Pemberi | |
| | EDUKASI BERLATAR BELAKANG AGAMA, BUDAYA, NILAI-NILAI YANG DIANUT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Praktik langsung <input type="checkbox"/> Leaflet no | | | <input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Mampu mendemonstrasikan <input type="checkbox"/> Re-Edukasi / Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re tgl |
| | GELANG IDENTITAS/ GELANG RISIKO <input type="checkbox"/> Gelang identitas pasien informasi manfaat & kegunaannya <input type="checkbox"/> Gelang/ penanda risiko jatuh <input type="checkbox"/> Gelang / penanda risiko alergi <input type="checkbox"/> Gelang/ penanda DNR <input type="checkbox"/> Gelang/ penanda Tindakan kemoterapi/ radiasi | <input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Praktik langsung <input type="checkbox"/> Leaflet no | | | <input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Mampu mendemonstrasikan <input type="checkbox"/> Re-Edukasi / Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re tgl |
| | | <input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Praktik langsung <input type="checkbox"/> Leaflet no | | | <input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Mampu mendemonstrasikan <input type="checkbox"/> Re-Edukasi / Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re tgl |
| | | <input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Praktik langsung <input type="checkbox"/> Leaflet no | | | <input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Mampu mendemonstrasikan <input type="checkbox"/> Re-Edukasi / Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re tgl |
| | | <input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Praktik langsung <input type="checkbox"/> Leaflet no | | | <input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Mampu mendemonstrasikan <input type="checkbox"/> Re-Edukasi / Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re tgl |
| | | <input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Praktik langsung <input type="checkbox"/> Leaflet no | | | <input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Mampu mendemonstrasikan <input type="checkbox"/> Re-Edukasi / Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re tgl |

| Tgl & jam | Informasi/ edukasi yang diberikan | Metode | Nama & TT Penerima & pemberi Edukasi | | Verifikasi/ evaluasi |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | Penerima | Pemberi | |
| | HAK PASIEN DAN KELUARGA <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang hak pasien dan keluarga <input type="checkbox"/> Informasi tentang Profesional Pemberi Asuhan (PPA) | <input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Praktik langsung <input type="checkbox"/> Leaflet no | | | <input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Mampu mendemonstrasikan <input type="checkbox"/> Re-Edukasi / Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re tgl |
| | KEBERSIHAN TANGAN / CUCI TANGAN DAN ALAT PELINDUNG DIRI <input type="checkbox"/> Tujuan dan kapan harus cuci tangan <input type="checkbox"/> Cara cuci tangan dengan sabun dan langkah <input type="checkbox"/> Cuci tangan berbasis alcohol <input type="checkbox"/> Menggunakan masker untuk mencegah penularan melalui udara/ percikan ludah <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Praktik langsung <input type="checkbox"/> Leaflet no | | | <input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Mampu mendemonstrasikan <input type="checkbox"/> Re-Edukasi / Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re tgl |
| | NUTRISI <input type="checkbox"/> Status gizi dan pelayanan makanan RS <input type="checkbox"/> Diet selama perawatan <input type="checkbox"/> Diet untuk di rumah <input type="checkbox"/> Diet Khusus <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Praktik langsung <input type="checkbox"/> Leaflet no | | | <input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Mampu mendemonstrasikan <input type="checkbox"/> Re-Edukasi / Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re tgl |
| | MANAJEMEN NYERI <input type="checkbox"/> Farmakologi..... <input type="checkbox"/> Non-Farmakologi dengan distraksi, relaksasi, <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Praktik langsung <input type="checkbox"/> Leaflet no | | | <input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Mampu mendemonstrasikan <input type="checkbox"/> Re-Edukasi / Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re tgl |
| | REHABILITASI MEDIK <input type="checkbox"/> Okupasi terapi <input type="checkbox"/> Fisioterapi <input type="checkbox"/> Terapi wicara <input type="checkbox"/> Ortotik prostetik <input type="checkbox"/> Inhalasi <input type="checkbox"/> Chest therapy <input type="checkbox"/> Diatermi <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> Tens <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Praktik langsung <input type="checkbox"/> Leaflet no | | | <input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Mampu mendemonstrasikan <input type="checkbox"/> Re-Edukasi / Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re tgl |

| Tgl & Jam | Informasi/ edukasi yang diberikan | Metode | Nama & TT Penerima & pemberi Edukasi | | Verifikasi/ evaluasi |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | Penerima | Pemberi | |
| | HAK PASIEN DAN KELUARGA <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang hak pasien dan keluarga <input type="checkbox"/> Informasi tentang Profesional Pemberi Asuhan (PPA) | <input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Praktik langsung <input type="checkbox"/> Leaflet no | | | <input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Mampu mendemonstrasikan <input type="checkbox"/> Re-Edukasi / Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re tgl |
| | KEBERSIHAN TANGAN / CUCI TANGAN DAN ALAT PELINDUNG DIRI <input type="checkbox"/> Tujuan dan kapan harus cuci tangan <input type="checkbox"/> Cara cuci tangan dengan sabun dan langkah <input type="checkbox"/> Cuci tangan berbasis alcohol <input type="checkbox"/> Menggunakan masker untuk mencegah penularan melalui udara/ percikan ludah <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Praktik langsung <input type="checkbox"/> Leaflet no | | | <input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Mampu mendemonstrasikan <input type="checkbox"/> Re-Edukasi / Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re tgl |
| | NUTRISI <input type="checkbox"/> Status gizi dan pelayanan makanan RS <input type="checkbox"/> Diet selama perawatan <input type="checkbox"/> Diet untuk di rumah <input type="checkbox"/> Diet Khusus <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Praktik langsung <input type="checkbox"/> Leaflet no | | | <input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Mampu mendemonstrasikan <input type="checkbox"/> Re-Edukasi / Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re tgl |
| | MANAJEMEN NYERI <input type="checkbox"/> Farmakologi..... <input type="checkbox"/> Non-Farmakologi dengan distraksi, relaksasi, <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Praktik langsung <input type="checkbox"/> Leaflet no | | | <input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Mampu mendemonstrasikan <input type="checkbox"/> Re-Edukasi / Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re tgl |
| | REHABILITASI MEDIK <input type="checkbox"/> Okupasi terapi <input type="checkbox"/> Fisioterapi <input type="checkbox"/> Terapi wicara <input type="checkbox"/> Ortotik prostetik <input type="checkbox"/> Inhalasi <input type="checkbox"/> Chest therapy <input type="checkbox"/> Diatermi <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> Tens <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Praktik langsung <input type="checkbox"/> Leaflet no | | | <input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Mampu mendemonstrasikan <input type="checkbox"/> Re-Edukasi / Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re tgl |



**Dharma
Nugraha**

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JL. BALAI PUSATAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

PENGKAJIAN KEBUTUHAN EDUKASI & PEMBERIAN EDUKASI PASIEN/ KELUARGA TEINTEGRASI

INSTRUKSI : Beri tanda check list (✓) pada kotak yang sesuai (dapat lebih dari satu sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga)

PERSIAPAN EDUKASI/ BELAJAR:

- Bahasa : ☐ Indonesia ☐ Inggris ☐ Daerah: _____ ☐ Lain-lain: _____
- Kebutuhan penterjemah : ☐ Ya ☐ Tidak
- Pendidikan pasien : ☐ SD ☐ SLTP ☐ SLTA ☐ S-1 ☐ Lain-lain: _____
- Baca dan tulis : ☐ Baik ☐ Kurang
- Pilihan tipe pembelajaran: ☐ Verbal ☐ Tulisan
- Hambatan edukasi : ☐ Tidak ada ☐ Penglihatan terganggu ☐ Bahasa ☐ Kognitif terbatas ☐ Motivasi Kurang
☐ Budaya/agama/Spiritual (tidak ada masalah) ☐ Emosional ☐ Pendengaran Terganggu
☐ Gangguan bicara ☐ Fisik Lemah ☐ Lain-lain: _____
- Kesediaan menerima informasi : ☐ Bersedia ☐ Tidak bersedia
- Kebutuhan informasi/ edukasi : ☐ Diagnosis / penyakit ☐ Tindakan ☐ Obat-obatan ☐ Manajemen nyeri ☐ Vaksinasi
☐ Manajemen risiko jatuh ☐ Penggunaan peralatan khusus ☐ Rehabilitasi medik
☐ Cuci tangan ☐ Penggunaan APD ☐ Transfusi darah ☐ Intervensi diet ☐ Warfarin
☐ Edukasi diabetes ☐ Penyakit Khusus ☐ Tindakan pencegahan ☐ Lain-lain: _____
- Metode pembelajaran : ☐ Diskusi ☐ Demonstrasi ☐ Pemberian leaflet / handout

| Tgl & jam | Informasi/ edukasi yang diberikan | Metode | Nama & TT Penerima & pemberi Edukasi | | Verifikasi/ evaluasi |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | Penerima | Pemberi | |
| | DOKTER SPESIALIS/ DPJP/ DOKTER UMUM ▪ Penjelasan penyakit/ diagnosis ▪ Penyebab..... ▪ Tanda dan gejala ▪ Hasil Pemeriksaan Penunjang..... ▪ Tindakan / penatalaksanaan ▪ Perkiraan hari rawat hari/ tdk bisa diprediksi ▪ Penjelasan komplikasi yang mungkin terjadi ▪ Harapan/ sasaran ▪ Kemungkinan yang tidak diharapkan termasuk reaksi yang timbul stepen jonsen dll. | <input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Praktik langsung <input type="checkbox"/> Leaflet no | | | <input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Mampu mendemonstrasikan <input type="checkbox"/> Re-Edukasi / Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re tgl |
| | DPJP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Praktik langsung <input type="checkbox"/> Leaflet no | | | <input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Mampu mendemonstrasikan <input type="checkbox"/> Re-Edukasi / Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re tgl |

| Tgl & Jam | Informasi/ edukasi yang diberikan | Metode | Nama & TT Penerima & pemberi Edukasi | | Verifikasi/ evaluasi |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | Penerima | Pemberi | |
| | <p>PERENCANAAN PULANG</p> <p>1. Jadwal control ke dokter :</p> <p><input type="checkbox"/> Hari/tgl/ jam :</p> <p><input type="checkbox"/> No pendaftaran :</p> <p><input type="checkbox"/> Kriteria pulang</p> <p>2. Dokumen yang dibawa pulang :</p> <p><input type="checkbox"/> Buku catatan medis pasien</p> <p><input type="checkbox"/> Surat keterangan sakit</p> <p><input type="checkbox"/> Ringkasan pasien pulang</p> <p><input type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan penunjang: lab/ RO/USG , lain-lain</p> <p><input type="checkbox"/> Rencana pemeriksaan penunjang lab/ Radiologi</p> <p><input type="checkbox"/> Lain-lain</p> <p>3. Obat-obatan yang dibawa pulang dan cara penggunaan</p> <p>a.</p> <p>b.</p> <p>c.</p> <p>d.</p> <p>e.</p> <p>4. Penkes untuk dirumah</p> <p><input type="checkbox"/> Perawatan diri (mandi, BAB,BAK)</p> <p><input type="checkbox"/> Perawatan luka</p> <p><input type="checkbox"/> Pemberian nutrisi dengan NGT</p> <p><input type="checkbox"/> Pemantauan diet</p> <p><input type="checkbox"/> Pemantauan pemberian obat</p> <p><input type="checkbox"/> Perawatan payudara</p> <p><input type="checkbox"/> Perawatan bayi dirumah</p> <p><input type="checkbox"/> Latihan fisik lanjutan</p> <p><input type="checkbox"/> Pendampingan tenaga khusus di rumah</p> <p><input type="checkbox"/> Penanganan dan perawatan dirumah :</p> <p><input type="checkbox"/> Rujukan ke komunitas</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Jika ada kegawatan hubungi RS No telp</p> | | | | <p><input type="checkbox"/> Sudah mengerti</p> <p><input type="checkbox"/> Mampu mendemonstrasikan</p> <p><input type="checkbox"/> Re-Edukasi / Re-Demonstrasi</p> <p><input type="checkbox"/> Re tgl</p> |