



FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 1008020279
Nama Lengkap : Hinda. Setiawan
Unit/Divisi/Komite : Intensif Rawat
No. Telepon/Ext : 2201
E-mail :

Tanggal : 30/09/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Penghapusan Vlag Nyeri
No/Kode Formulir : 081/PRM/RSIH/IX/2022
No/Kode RM** : RM 12.5 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 01

Logistik Formulir
(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 0
Buffer stock : 5
Proses PO : 2 minggu
Waktu :

Paraf
a.h

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

~~Swapping~~ Formulir & ganti NO RM

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

NO. RM

Tanda Tangan
Pemohon,

Hinda. Setiawan

Tanda Tangan
Penerima,

Pani

Masukan/Saran

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Logistik

FU 1 ply Bolak Balik

Tanda Tangan

Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung

Acc Revisi

Tanda Tangan

Panitia Rekam Medik**

Tanda Tangan

Unit/Divisi/Komite

Tanda Tangan

Acc

Rekam Medik**

Tanda Tangan

Kesekretariatan

Tanda Tangan

pergantian nomor RM
buat F4

Ditindaklanjuti sesuai dengan
penomoran baru

21/10/22

Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**

Tanda Tangan

Direktur

Tanda Tangan


Acc

NIP. 21110183633
drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

001/F/SEKRE/RSIH/IX/2022(Rev.01)



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama Pasien : _____

Tanggal Lahir : _____ (L / W)*

No. RM : - -

Ruangan / Kelas : _____

DPJP : _____

Penjamin : _____

Tempelkan Stiker Identitas Pasien Disini

PENGKAJIAN ULANG NYERI

Alergi : Tidak / Ya : _____

Waktu	Tanggal												
	Pukul												
KARAKTERISTIK NYERI	Penyebab (P)												
	Tipe Nyeri (Q)												
	Lokasi (R)												
	Skala (S)												
	Waktu (T)												
METODE PENGKAJIAN													
NRS/WBF/FLACC/NIPS													
MANAJEMEN NYERI	A. NON FARMAKOLOGIS												
	1. Terapi Relaksasi												
	2. Terapi Termal												
	3. Distraksi												
	4.												
	B. FARMAKOLOGIS												
												
												
												
												
Nama Jelas dan Tanda Tangan													

Note : Pilihlah salah satu (karakteristik nyeri) : Q (Quantity) Seperti : diiris (Dr), Tajam (T). Ditekan (DK), Ditusuk-tusuk (Ts), rasa terbakar (Tb), Kram (Kr), Diremas (Dm). T (Time) seperti : Menetap (M), Kadang-kadang (K). Point 2 dan 3 ceklis (✓) berdasarkan pilihan. BPS (Behaviour Pain Scale): Terintubasi (T), Tidak Terintubasi (TT).

FORMULIR PENGKAJIAN ULANG NYERI

PENGKAJIAN ULANG NYERI													
Alergi : Tidak / Ya :													
Waktu	Tanggal												
	Pukul												
KARAKTERISTIK NYERI	Penyebab (P)												
	Tipe Nyeri (Q)												
	Lokasi (R)												
	Skala (S)												
	Waktu(T)												
	METODE PENGKAJIAN												
NRS/WBF/FLACC/NIPS													
MANAJEMEN NYERI	A. NON FARMAKOLOGIS												
	1. Terapi Relaksasi												
	2. Terapi Termal												
	3. Distraksi												
	4.....												
	B. FARMAKOLOGIS												
												
												
												
												
Nama Jelas dan Tanda Tangan													
Note : Pilihlah salah satu (karakteristik nyeri) : Q (Quantity) Seperti : diiris (Dr), Tajam (T). Ditekan (DK), Ditusuk-tusuk (Ts), rasa terbakar (Tb), Kram (Kr), Diremas (Dm). T (Time) seperti : Menetap (M), Kadang-kadang (K). Point 2 dan 3 ceklis (√) berdasarkan pilihan.													



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PENGKAJIAN ULANG NYERI
081/F/RM/RSIH/IX/2022 -- RM (Rev.01)**

1. PENGERTIAN

Formulir Pengkajian Ulang Nyeri adalah berkas yang berisikan prosedur menilai ulang derajat nyeri pada pasien yang dirawat dan menunjukkan rasa nyeri dengan memperhatikan karakteristik nyeri dan manajemen nyeri.

2. TUJUAN

Untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan terkait penatalaksanaan nyeri yang telah diberikan

3. KEGUNAAN

Mendokumentasikan hasil pengkajian nyeri setelah asesmen ulang nyeri pada pasien dilaksanakan.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Dokter Penanggung Jawab Pasien, Dokter Konsulen, Dokter Anastesi, Dokter Jaga Unit dan Perawat Unit

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh Perawat

6. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
Kolom Identitas Pasien	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.	Perawat	Jika stiker tidak tersedia, diisi secara manual
Nama	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran, dengan menggunakan huruf kapital	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal lahir	Diisi tanggal lahir pasien	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Jenis kelamin (L/W)	Dilingkari pada huruf yang sesuai dengan jenis kelamin pasien "L" untuk laki laki, "W" untuk wanita	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
No. RM	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.

Ruang/Kelas	Diisi nama Ruangan/kelas yang sedang ditempati oleh pasien	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
DPJP	Diisi nama dokter DPJP yang menangani pasien	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Alergi	Diisi dengan melingkari kata "Ya" untuk pasien yang ada riwayat alergi obat analgetik dan mencantumkan nama obatnya, "Tidak" untuk pasien yang tidak ada riwayat alergi obat analgetik.	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Waktu Tanggal	Diisi dengan mencantumkan tanggal berapa dilakukan pengkajian nyeri pada pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Waktu Pukul	Diisi dengan mencantumkan jam dilakukan pengkajian nyeri pada pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Karakteristik Nyeri Penyebab (P)	Diisi dengan menuliskan penyebab terjadinya rasa nyeri yang dialami pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Karakteristik Nyeri Tipe Nyeri (Q)	Diisi dengan menuliskan tipe nyeri yang dirasakan oleh pasien yang sudah disesuaikan, seperti: Diiris (Dr), Tajam (T), Ditekan (Dk), Ditusuk-tusuk (TS), Rasa Terbakar (Tb), Kram (Kr), Diremas (Dm)	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Karakteristik Nyeri Lokasi (R)	Diisi dengan menuliskan bagian tubuh pasien mana yang mengalami nyeri	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Karakteristik Nyeri Skala (S)	Diisi dengan mencantumkan jumlah angka yang didapat setelah melakukan pengkajian nyeri pasien berdasarkan parameter skala nyeri yang digunakan	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Karakteristik Nyeri Waktu (T)	Diisi dengan menuliskan bagaimana rentang waktu yang dirasakan pasien pada saat rasa nyeri timbul seperti : Menetap (M), Kadang-kadang (K)	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Metode Pengkajian NRS/WBF/FLACC/NIPS/BPS(T)/BPS(TT)	Diisi dengan memilih dan menuliskan metode asesmen nyeri apa yang digunakan untuk melakukan pengkajian nyeri yang sesuai dengan kondisi pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Managemen Nyeri A. Non Farmakologis 1. Terapi Relaksasi	Diisi dengan menuliskan ceklis apabila telah dilakukan terapi relaksasi dalam managemen nyeri	Perawat	Diisi setelah melakukan tindakan managemen nyeri
Managemen Nyeri A. Non Farmakologis 2. Terapi Termal	Diisi dengan menuliskan ceklis apabila telah dilakukan terapi Termal dalam managemen nyeri	Perawat	Diisi setelah melakukan tindakan managemen nyeri
Managemen Nyeri A. Non Farmakologis 3. Distraksi	Diisi dengan menuliskan ceklis apabila telah dilakukan Distraksi dalam managemen nyeri	Perawat	Diisi setelah melakukan tindakan managemen nyeri

Managemen Nyeri A. Non Farmakologis 4.	Diisi dengan mengisi nama tindakan yang dilakukan untuk managemen nyeri selain dari 3 pilihan sebelumnya kemudian menuliskan ceklis	Perawat	Diisi setelah melakukan tindakan managemen nyeri
Managemen Nyeri B. Farmakologis	Diisi dengan menuliskan nama obat yang telah diberikan untuk penanganan/managemen nyeri terhadap pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan tindakan managemen nyeri
Tanda Tangan dan Nama Jelas	Diisi dengan menuliskan tanda tangan/paraf beserta nama jelas petugas yang telah melakukan asesmen ulang nyeri terhadap pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan asesmen ulang nyeri
Note : Pilihlah salah satu (karakteristik nyeri) : Q (Quantity) seperti: Diiris (Dr), Tajam (T), Ditekan (Dk), Ditusuk-tusuk (TS), Rasa Terbakar (Tb), Kram (Kr), Diremas (Dm). (T) Time : Menetap (M), Kadang-kadang (K). Point 2 dan 3 Ceklis (v) berdasarkan pilihan. BPS (Behaviour Pain Scale) : Terintubasi (T), Tidak Terintubasi (TT).	Baca oleh petugas yang akan melakukan asesmen ulang nyeri sebagai petunjuk cara pengisian di kolom karakteristik Nyeri pada kolom Tipe Nyeri (Q), Time (T), yang memerlukan isian ceklis dan pada kolom metode asesmen.	Perawat	Dibaca sebelum mengisi formulir asesmen ulang nyeri
Lembar Kedua Formulir Asesmen Ulang Nyeri	Diisi dengan cara yang sama pada formulir 1 Asesmen Ulang Nyeri		