

## FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

### DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 16020190095  
 Nama Lengkap : Muhammad Akbar  
 Unit/Divisi/Komite : UGD  
 No. Telepon/Ext : 0812 2252 1151  
 E-mail : kenz666@gmail.com

Tanggal : 12 Mei 2023

### DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan  
 Judul Formulir : Checklist Pasien Pulang Stroke  
 No/Kode Formulir : 165/F/AM/PSM/V/2023  
 No/Kode RM\*\* : RM. 2.22 (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : -

#### Logistik Formulir

(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama :

Buffer stock :

Proses PO :

Waktu :

Paraf

### Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

untuk menunjang pelayanan baru (cek stroke)  
 dalam dokumentasi keperawatan di UGD.

### Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan  
Pemohon,

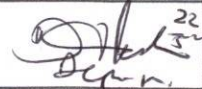
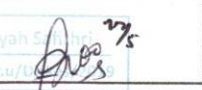

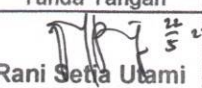
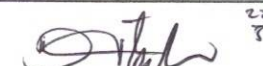

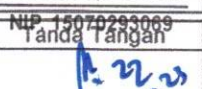
Muhammad Akbar, S.Kep., Ners  
 503/9492/SIPP-317/Diskes/2017

Tanda Tangan  
Penerima,

Rani Setia Utami  
 NIP. 15070293069

### Masukan/Saran

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

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| Logistik   |   | Tanda Tangan  |  |
| fa 3pl4 non ncr  |   |   |  |
| Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung  |   | Tanda Tangan  |  |
| Ace<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">           dr. Nasir Okesh, Sp.N<br/>           503/15127/44.dr.s/Dinkes/2021         </div> |   |  |  |
| Panitia Rekam Medik**  | Tanda Tangan  | Unit/Divisi/Komite  | Tanda Tangan   |
|  |   | Ace revisi mmr & penulisan  | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">           dr. Syifa Fauziah S.Kep., Ners<br/>           503/10569/2003.dr.u/Dinkes/2017         </div>  |
| Rekam Medik**  | Tanda Tangan  | Keseekretariatan  | Tanda Tangan   |
| pengiriman sudah diterima.   |  | Berkas lanjut   |   |
| Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**  | Tanda Tangan  | Direktur  | Tanda Tangan   |
| Ace  |  |  |   |

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

001/F/SEKRE/RSIP/01/2022 (Rev.01)



## Identitas Pasien (Diisi oleh PPA)

Nama :  
 Tanggal Lahir : (L / W)\*  
 No. RM :  
 Ruangan/Kelas : /  
 Dokter DPJP Utama :  
 Penjamin :

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

**CHEKLIST PASIEN PULANG**

Diagnosis :

Penyebab Stroke :

Protokol sudah diikuti, form diselesaikan dan ditangani oleh :

|                                | Ya                       | Tidak                    | Keterangan |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| Layanan Ambulans Gawat Darurat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |
| Instalasi Gawat Darurat        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |
| Perawat                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |
| Rehabilitasi                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |

Pasien diberikan :

|                           |                          |                          |  |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Trombolisis Intravena     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Trombolisis Intraarterial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Trombektomi               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

Waktu door-to-needle ☐ < 30 min ☐ < 45 min ☐ < 60 min ☐ < 90 min ☐ > 90 min

|                       | Tiba | 24 Jam | 72 Jam | Pulang |
|-----------------------|------|--------|--------|--------|
| Skor NIHSS            |      |        |        |        |
| Modified Rankin Score |      |        |        |        |

Pemeriksaan CT/MRI ulangan ☐ Tidak dilakukan ☐ < 48 jam setelah scan awal ☐ > 48 jam setelah scan awal

|  |                                   |                                   |                                    |                                  |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Pencitraan ekstrakranial (Carotid Doppler, CTA, MRA) | <input type="checkbox"/> <2 hari  | <input type="checkbox"/> 2-4 hari | <input type="checkbox"/> <5-7 hari | <input type="checkbox"/> >7 hari |
| Transcranial Doppler (TCD)                           | <input type="checkbox"/> <2 hari  | <input type="checkbox"/> 2-4 hari | <input type="checkbox"/> <5-7 hari | <input type="checkbox"/> >7 hari |
| Echocardiography                                     | <input type="checkbox"/> <2 hari  | <input type="checkbox"/> 2-4 hari | <input type="checkbox"/> <5-7 hari | <input type="checkbox"/> >7 hari |
| Monitor Holter                                       | <input type="checkbox"/> <2 hari  | <input type="checkbox"/> 2-4 hari | <input type="checkbox"/> <5-7 hari | <input type="checkbox"/> >7 hari |
| Konsultasi tim rehabilitasi                          | <input type="checkbox"/> < 2 hari | <input type="checkbox"/> >2 hari  |                                    |                                  |

|  | Ya                       | Tidak                    | Keterangan |
|--|--------------------------|--------------------------|------------|
| Profilaksis DVT                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |
| Materi edukasi stroke                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |
| Dipulangkan dengan                                   |                          |                          |            |
| Terapi antiplatelet                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |
| Terapi antikoagulan untuk fibrilasi / Flutter Atrial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |

Follow-up setelah pulang

Nama Dokter Spesialis Neurologi

Tanda Tangan

Tar :

:

## CHEKLIST PASIEN PULANG STROKE

**TATA CARA PENGISIAN**  
**FORMULIR CHEKLIST PULANG STROKE**  
**163/F/RM/RSIH/V/2023 – RM 2.22 (Rev.00)**

**1. PENGERTIAN**

Formulir Cheklist Pulang Stroke adalah berkas yang berisikan informasi protokol cheklist pasien pulang yang di isikan langsung oleh dokter spesialis neurologi.

**2. TUJUAN**

Untuk memberikan informasi kepada petugas UGD dan petugas di Rawat Inap tentang hal-hal yang berkaitan dengan pasien dari segi medis dan keperawatan.

**3. KEGUNAAN**

Mendokumentasikan kondisi pasien pada saat pasien pulang.

**4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

Dokter Spesialis Neurologi dan perawat Ruangan

**5. MEKANISME PENGISIAN**

Form diisi oleh Dokter Spesialis Neurologi dan perawat Ruangan

**6. CARA PENGISIAN**

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

|  |   |                |   |
|--|---|----------------|---|
| Penjamin                                     | Diisi nama penjamin pasien<br>(nama asuransi/umum)      | Perawat        | Dapat ditempelkan<br>stiker identitas pasien                            |
| Diagnosis                                    | Diisi sesuai diagnosa pasien oleh<br>DPJP               | Perawat/Dokter | Diisi pada kolom yang<br>disediakan                                     |
| Penyebab stroke                              | Diisi sesuai pengkajian awal<br>masuk                   | Perawat/Dokter | Diisi pada kolom yang<br>disediakan                                     |
| Protokol yang sudah<br>diikuti dan ditangani | Diisi dengan cara menceklis<br>pada kolom yang tersedia | Perawat/Dokter | Diisi pada kolom yang<br>disediakan                                     |
| Dipulangkan dengan<br>therapy                | Diisi dengan cara menceklis<br>pada kolom yang tersedia | Perawat/Dokter | Diisi pada kolom yang<br>disediakan dan isi bila<br>ada keterangan lain |
| Follow up pasien<br>pulang                   | Diisi pada kolom yang telah<br>disediakan               | Dokter         | Diisi pada kolom yang<br>disediakan                                     |