

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR


DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 16020190095
 Nama Lengkap : MUHAMMAD AKBAR
 Unit/Divisi/Komite : USN
 No. Telepon/Ext : 0812 2252 1151
 E-mail : kewa266@gmail.com

Tanggal : 12 Mei

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 162/F/RM/RSIH/V/2023
 No/Kode RM : RM. 2.21 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : -

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	
Buffer stock :	-
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf 	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

karena untuk menunjang pelayanan baru
 (code stroke) dalam dokumentasi keperawatan
 di USN.

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

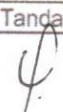
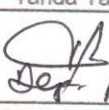
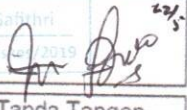

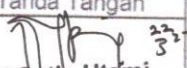
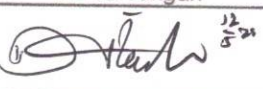

Muhamad Akbar S.Kep., Ners
 503/9492/SIPP-307/Dinkes/2017

Tanda Tangan
Penerima,

Rani Setia Utami
 NIP. 15070293069

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
Fu IPIY			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Ace revisi minor			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Ace revisi minor & penulisan			
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
penomoran sudah direvisi/akan	 12/05/23	ditandatangani	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc.		KCC	

Rani Setia Utami
 NIP. 15070293069

dr. Muhammad Hasan, MARS

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021(Revisi)110183633



Identitas Pasien (Diisi oleh PPA)

Nama : _____
 Tanggal Lahir : _____ (L / W)*
 No. RM : _____
 Ruang/Kelas : _____ / _____
 Dokter DPJP Utama : _____
 Penjamin : _____
 Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

PROTOKOL S2

Tujuan : Konfirmasi gejala dan tanda stroke dan melakukan asuhan keperawatan awal dalam waktu kurang dari 10 menit

Pemeriksaan gejala dan tanda stroke

NORMAL

ABNORMAL

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kelemahan wajah | Kedua sisi wajah bergerak sama | Satu sisi wajah tidak bergerak (mulut mencong) |
| <input type="checkbox"/> Kelemahan lengan | Kedua lengan bergerak sama atau tidak sama sekali | Kelemahan/lumpuh salah satu lengan |
| <input type="checkbox"/> Fungsi bicara/ bahasa | Pasien mengucapkan kata-kata dengan jelas | Pelo dan/atau gangguan berbahasa |
| <input type="checkbox"/> Riwayat stroke sebelumnya | | |
- ☐ **Aktivasi Code Stroke**
- ☐ Memberitahu tim stroke RS
- ☐ Memberitahu bagian radiologi
- ☐ Memberitahu bagian laboratorium

☐ Waktu dari onset gejala _____ menit

Lakukan langkah-langkah berikut

- ☐ Periksa gula darah dengan *glucostick* _____ mg/dl (beritahu dokter hasilnya)
- ☐ Mulai dengan O₂ (2-4 L/min nasal kanul, bila saturasi O₂ <95%)
- ☐ Pasang akses intravena pada vena besar pada ekstremitas sisi yang tidak lumpuh dan mulai pemberian infus kristaloid (NaCl 0,9% atau Ringer Laktat atau Ringer Asetat)
- ☐ Tentukan berat badan pasien _____ kg
- ☐ Jika tersedia, pasang monitor EKG kontinu pada pasien

Monitor tanda-tanda vital secara periodik setiap 10 menit

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tekanan darah _____ mmHg | <input type="checkbox"/> Saturasi O ₂ _____ % |
| <input type="checkbox"/> Nadi _____ x/menit | <input type="checkbox"/> Suhu _____ °C |
| <input type="checkbox"/> Ritme jantung Regular / Irregular | <input type="checkbox"/> Frek. nafas _____ x/mnt |

PROTOKOL PERAWAT

Ambil sampel darah untuk pemeriksaan laboratorium berikut

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pemeriksaan darah lengkap, termasuk hitung jenis | <input type="checkbox"/> Elektrolit serum |
| <input type="checkbox"/> <i>Prothrombin time</i> atau INR (riwayat konsumsi antikoagulan) | <input type="checkbox"/> Glukosa darah |
| <input type="checkbox"/> <i>Activated partial thrombin time</i> (APTT) (riwayat konsumsi heparin) | <input type="checkbox"/> Analisis fungsi hati dan ginjal |

Pemeriksaan penunjang lain

- ☐ Pemeriksaan EKG 12 lead ☐ Pengiriman segera ke bagian radiologi untuk CT-scan atau MRI kepala

Perhatikan hal-hal penting dibawah ini

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Elevasi kepala 30° | <input type="checkbox"/> Tidak memberikan injeksi intramuskular dalam 24 jam pertama |
| <input type="checkbox"/> Informasikan dokter jika TD Sistolik >180 mmHg atau TD Diastolik >110 mmHg | <input type="checkbox"/> Berikan balut tekan pada tempat pungsi vena yang gagal |
| <input type="checkbox"/> Pasang kateter urine ukuran kecil (sesuai indikasi) sebelum memulai trombolisis | <input type="checkbox"/> Hindari penggunaan NGT pada 24 jam pertama (jika tidak terdapat disfagia) |
| <input type="checkbox"/> Jaga agar pasien tetap NPO (nothing per oral) hingga skrining fungsi menelan selesai dilakukan. Pertahankan NPO jika ada disfagia | <input type="checkbox"/> Gunakan stroke bed untuk menentukan berat badan pasien, atau alternatif lain dengan cara menanyakan keluarga pasien atau melakukan tafsiran berat badan |

Nama staf : _____ Tanggal : _____

Tanda tangan : _____ Jam : _____

FORMULIR PROTOKOL STROKE INTRA HOSPITAL

TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PROTOKOL STROKE INTRA HOSPITAL
162/F/RM/RSIH/V/2023 – RM 2.21 (Rev.00)

1. PENGERTIAN

Formulir Protokol Stroke Intra Hospital adalah berkas yang berisikan informasi pemeriksaan gejala dan tanda stroke, Langkah-langkah pemeriksaan, monitoring tanda-tanda vital, protokol perawat, evaluasi akhir.

2. TUJUAN

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

3. KEGUNAAN

Mendokumentasikan kondisi pasien pada saat masuk UGD, pemeriksaan selama di UGD, terapi dan tindak lanjut pasien di UGD.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Dokter Jaga UGD dan perawat UGD

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh dokter dan perawat UGD

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 (nama asuransi/umum)	Perawat	Dapat ditempelkan stiker identitas pasien
Waktu onset gejala	Diisi waktu saat awal pasien mengalami gejala stroke	Perawat	Diisi jam kapan kejadian
Pemeriksaan gejala dan tanda stroke	Diisi dengan cara menceklis atau Ya pada kolom yang sudah tersedia	Perawat/dokter	
Langkah-langkah pemeriksaan	Diisi dengan cara menceklis dan isi hasil dari pemeriksaan glucostick dan hitung berat badan pada kolom yang tersedia	Perawat/dokter	
Monitoring tanda-tanda vital	Diisi dengan cara menceklis dan isi hasil dari monitoring tanda-tanda vital	Perawat/dokter	
Protokol perawat	Diisi dengan cara menceklis pada kolom yang tersedia untuk pemeriksaan penunjang	Perawat/dokter	
Evaluasi akhir (hal-hal penting)	Diisi dengan cara menceklis pada kolom yang tersedia	Perawat/dokter	