



FORMULIR PERMINTAAN  
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14080290025  
Nama Lengkap : Resti Fauziah A.Md.Kep  
Unit/Divisi/Komite : Intensif Anak  
No. Telepon/Ext : 205  
E-mail : restiguntar13@gmail.com

Tanggal : 30/9/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan  
Judul Formulir : Form Observasi Rawat Gawat  
No/Kode Formulir : 024/F/RSIH/IX/2022  
No/Kode RM\*\* : 6.2 (untuk form medis)  
Bulan Revisi Terakhir : Februari Revisi ke- : 01

Logistik Formulir  
(diisi oleh petugas logistik)

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

Paraf  
a.n

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Penyesuaian No rekam medis

Komponen Perubahan

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

Nomor rekam medis

Tanda Tangan  
Pemohon,

Resti Fauziah, A.Md. Kep  
503/6456/SIPP/89/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	
F4 1 ply Bolak Balik		a.n Aditya	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc Rani		Rani 9	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
penggantian nomor formulir libat F4	Hand Rani	No. Form disesuaikan	Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc	Hand	MC	dr. 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 Bayi : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ (L / W)\*  
 No. RM : \_\_\_\_\_  
 Ruangan/Kelas : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Dokter yang merawat : \_\_\_\_\_  
 Penjamin : \_\_\_\_\_

*Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini*

**A. LEMBAR BANTUAN PENGAMATAN MENYUSUI**

Tanggal Asesmen : ...../ ...../ 20..... Pukul : ..... : ..... WIB (Diisi oleh Perawat)

**Tanda Menyusui Berjalan Baik :****Tanda Mungkin Ditemukan Kesulitan :****KEADAAN UMUM IBU**

- ☐ Ibu tampak sehat
- ☐ Ibu tampak rileks dan nyaman
- ☐ Terlihat tanda *Bonding* Ibu - bayi

- ☐ Ibu tampak sakit dan depresi
- ☐ Ibu tampak tegang dan tidak nyaman
- ☐ Tidak ada kontak mata ibu dan bayi

**KEADAAN UMUM BAYI**

- ☐ Bayi tampak sehat
- ☐ Bayi tampak tenang dan rileks
- ☐ Bayi Mencari payudara (*Rooting*)

- ☐ Bayi tampak mengantuk dan sakit
- ☐ Bayi tampak gelisah atau menagis
- ☐ Bayi tidak mencari payudara (*Rooting*)

**PAYUDARA IBU**

- ☐ Payudara tampak sehat
- ☐ Ibu merasa nyaman atau tidak nyeri
- ☐ Payudara ditopang dengan baik oleh jari-jari di areola
- ☐ Puting keluar dan lentur

- ☐ Payudara tampak merah, bengkak, lecet
- ☐ Ibu merasa payudara atau puting nyeri
- ☐ Payudara ditopang dengan jari-jari yang jauh dari areola
- ☐ Puting datar/terbenam, besar/panjang

**POSISI BAYI**

- ☐ Kepala dan badan bayi dalam baris lurus
- ☐ Bayi dipeluk dekat badan ibu
- ☐ Seluruh badan bayi ditopang
- ☐ Bayi dekat ke payudara, hidung berhadapan dengan puting

- ☐ Leher dan kepala bayi terputar
- ☐ Bayi tidak dipeluk dekat badan ibu
- ☐ Hanya leher dan kepala bayi ditopang
- ☐ Bayi dekat payudara, bibir bawah/dagu berhadapan dengan puting

**PERLEKATAN BAYI**

- ☐ Tampak lebih banyak areola diatas bibir
- ☐ Mulut bayi terbuka lebar
- ☐ Bibir bawah terputar keluar
- ☐ Daggu bayi menempael pada payudara

- ☐ Lebih banyak areola dibawah bibir
- ☐ Mulut bayi tak terbuka lebar
- ☐ Bibir bawah terputar kedalam
- ☐ Daggu bayi tidak menempel payudara

**MENGISAP**

- ☐ Isapan lambat, dalam dengan istirahat
- ☐ Pipi membulat waktu menghisap
- ☐ Bayi melepaskan payudara waktu selesai
- ☐ Ibu merasakan tanda-tanda refleksi oksitosin

- ☐ Isapan dangkal dan cepat
- ☐ Pipi tertarik kedalam waktu mengisap
- ☐ Ibu melepaskan bayi dari payudara
- ☐ Tidak tampak tanda oksitosin yang jelas

**Kesimpulan :**

- ☐ Proses menyusui berjalan dengan baik
- ☐ Proses menyusui tidak berjalan dengan baik

**Edukasi yang akan diberikan :**

- ☐ Pijat Oksitosin
- ☐ Makanan yang dapat meningkatkan produksi ASI
- ☐ Materi lain : .....

- ☐ Cara menyusui yang baik dan benar
- ☐ Cara perlekatan yang benar
- ☐ Cara menyusui dengan puting datar/ terbenam, besar/ panjang

Petugas Pemberi Asuhan

(.....)

Nama Lengkap dan Tanda Tangan

\* Coret yang tidak perlu

## B. LEMBAR PENGAMATAN RAWAT GABUNG

Diisi oleh Perawat

Jenis Tindakan	...../...../20....	...../...../20....	...../...../20....	...../...../20....
Tgl dan Pukul	Pukul ..... : ..... WIB	Pukul ..... : ..... WIB	Pukul ..... : ..... WIB	Pukul ..... : ..... WIB
Memandikan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Tanda-tanda vital	S :                    °C P :                    x/menit N :                    x/menit	S :                    °C P :                    x/menit N :                    x/menit	S :                    °C P :                    x/menit N :                    x/menit	S :                    °C P :                    x/menit N :                    x/menit
Membantu Menyusui	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Lain-lain				
Paraf dan Nama Perawat	Paraf dan Nama Keluarga			

Jenis Tindakan	...../...../20....	...../...../20....	...../...../20....	...../...../20....
Tgl dan Pukul	Pukul ..... : ..... WIB	Pukul ..... : ..... WIB	Pukul ..... : ..... WIB	Pukul ..... : ..... WIB
Memandikan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Tanda-tanda vital	S :                    °C P :                    x/menit N :                    x/menit	S :                    °C P :                    x/menit N :                    x/menit	S :                    °C P :                    x/menit N :                    x/menit	S :                    °C P :                    x/menit N :                    x/menit
Membantu Menyusui	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Lain-lain				
Paraf dan Nama Perawat	Paraf dan Nama Keluarga			

Jenis Tindakan	...../...../20....	...../...../20....	...../...../20....	...../...../20....
Tgl dan Pukul	Pukul ..... : ..... WIB	Pukul ..... : ..... WIB	Pukul ..... : ..... WIB	Pukul ..... : ..... WIB
Memandikan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Tanda-tanda vital	S :                    °C P :                    x/menit N :                    x/menit	S :                    °C P :                    x/menit N :                    x/menit	S :                    °C P :                    x/menit N :                    x/menit	S :                    °C P :                    x/menit N :                    x/menit
Membantu Menyusui	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Lain-lain				
Paraf dan Nama Perawat	Paraf dan Nama Keluarga			

\* Coret yang tidak perlu

024/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.01)