

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON NIP	17050291233	Tanggal : 20 (09	(202		
Nama Lengkap :	YELLANI PACHMI				
Unit/Divisi/Komite :	ANTHURIUM	Logistik F	Formulir		
No. Telepon/Ext :	2401	(diisi oleh petuga			
E-mail :	Yellanire Damail.com	Jumlah stok formulir lama	: 4		
		Buffer stock : 5			
DATA FORMULIR TERKAIT		Proses PO : 2 ming	9v		
Jenis Permintaan Formulir :	Buat Baru Revisi	Penghapusan Waktu :			
	CHECKUS TIPHARA	1 originapadari riamia			
Judul Formulir :			Done		
No/Kode Formulir :	0621F1M11411411x		Paraf		
No/Kode RM**	M 2 - 11 (untuk form		9.7		
Bulan Revisi Terkahir :	Revisi ke-	: _2	1		
			adity		
Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir					
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain ji	ika dinerlukan, berikan penjelasan s	ecukupnya)			
swaping provide	0				
100000	re per 13. T	THE THE PARTY OF T	1		
		Tanda Tangan	Tanda Tangan		
Komponen Perubahan		Pemohon,	Penerima,		
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain j	ika diperlukan, berikan penjelasan s	ecukupnya)	100		
No um, Targal		Hapu , Yellani kachmi Fauji, A.Mo	d. Kep		
	1	503/8.27/SIPP.211/Diskes/	2020		
		Note:	IRA		
Take persone Hygis	ere sad1 4 to	macc .			
			1		
	Masuka	n/Saran			
(data diisi me					
(data diisi me	enggunakan tambahan kertas lain jik	n/Saran ka diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)	Tanda Tangan		
(data diisi me			Tanda Tangan পুন্		
(data diisi me	enggunakan tambahan kertas lain jil Logistik	ka diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)	9.9		
(data diisi me	enggunakan tambahan kertas lain jil Logistik		9.9		
(data diisi me	enggunakan tambahan kertas lain jil Logistik	ka diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)			
	enggunakan tambahan kertas lain jik Logistik FU I P I y B o	ka diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)	9.9		
	Enggunakan tambahan kertas lain jik Logistik FU Ply Bo Atasan Langsung/Atasan Tidak L	ka diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)	Advityer		
	Enggunakan tambahan kertas lain jik Logistik FU Ply Bo Atasan Langsung/Atasan Tidak L	ka diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)	Advityer		
	enggunakan tambahan kertas lain jik Logistik FU I P I y B o	ka diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)	Advityer		
	Enggunakan tambahan kertas lain jik Logistik FU Ply Bo Atasan Langsung/Atasan Tidak L	ka diperlukan, berikan penjelasan secukupnya) (a Ba i c	Tanda Tangan		
	Enggunakan tambahan kertas lain jik Logistik FU Ply Bo Atasan Langsung/Atasan Tidak L	ka diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)	Advityer		
	Acc Rens	ka diperlukan, berikan penjelasan secukupnya) (a Ba i c	Tanda Tangan Tanda Tangan		
	Acc Rens	adiperlukan, berikan penjelasan secukupnya) (a	Tanda Tangan		
	Acc Rens	ka diperlukan, berikan penjelasan secukupnya) (a Ba i c	Tanda Tangan Tanda Tangan		
	Acc Rens	adiperlukan, berikan penjelasan secukupnya) (a	Tanda Tangan Tanda Tangan Tanda Tangan		
Panitia Rekam Medik**	Acc Rens	adiperlukan, berikan penjelasan secukupnya) (a	Tanda Tangan Tanda Tangan		
Panitia Rekam Medik** Rekam Medik**	Acc Rens	Lake Balikan penjelasan secukupnya) Unit/Divisi/Komite Kesekretariatan	Tanda Tangan Tanda Tangan Tanda Tangan		
Panitia Rekam Medik** Rekam Medik**	Acc Rens	Lake Balikan penjelasan secukupnya) Unit/Divisi/Komite Kesekretariatan	Tanda Tangan Tanda Tangan Tanda Tangan		
Panitia Rekam Medik** Rekam Medik**	Atasan Langsung/Atasan Tidak L ACC Revisi Tanda Tangan Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan Tanda Tangan Tanda Tangan Tanda Tangan		
Panitia Rekam Medik** Rekam Medik**	Acc Rens	Unit/Divisi/Komite Acc Kesekretariatan ditendals(anjuh)	Tanda Tangan Tanda Tangan Tanda Tangan Tanda Tangan		
Panitia Rekam Medik** Rekam Medik** Pdraufian Medik**	Atasan Langsung/Atasan Tidak L ACC Revisi Tanda Tangan Tanda Tangan	Lake Balikan penjelasan secukupnya) Unit/Divisi/Komite Kesekretariatan	Tanda Tangan Tanda Tangan Tanda Tangan Tanda Tangan		
Panitia Rekam Medik** Rekam Medik**	Atasan Langsung/Atasan Tidak L ACC Revisi Tanda Tangan Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite Acc Kesekretariatan ditendals(anjuh)	Tanda Tangan Tanda Tangan Tanda Tangan Tanda Tangan Tanda Tangan		
Panitia Rekam Medik** Rekam Medik** Pd/70ufian (**) Pd/70ufian (**) Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Atasan Langsung/Atasan Tidak L ACC Revisi Tanda Tangan Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite Acc Kesekretariatan ditendal <anjuh direktur<="" td=""><td>Tanda Tangan Tanda Tangan Tanda Tangan Tanda Tangan</td></anjuh>	Tanda Tangan Tanda Tangan Tanda Tangan Tanda Tangan		
Panitia Rekam Medik** Rekam Medik** Pdraufian Medik**	Atasan Langsung/Atasan Tidak L ACC Revisi Tanda Tangan Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite Acc Kesekretariatan ditendals(anjuh)	Tanda Tangan Tanda Tangan Tanda Tangan Tanda Tangan Tanda Tangan		

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft **) Khusus untuk Formulir Rekam Medis 001/F/SEKRE/RSIH/IX/2022(Rev.01)

												RM
Alergi: Tidak / Ya *:	USADA				Nama Tanggal L No. RM Ruangan/ DPJP Penjamin Dapat Temp	ahir Kelas Delkan Stiker	iisi oleh Pera	:			/ W)*	RM
	1		1AT	NDA-TA	NDA VI	TAL	•		ı		1	
Tanggal	/	/20	/	/20	/	/20	/	/20	/	/20	/	/20
Pukul		WIB		WIB		WIB		WIB		WIB		WIB
Tekanan Darah		/ mmHg		/ mmHg		/ mmHg		/ mmHg		/ mmHg		/ mmHg
Suhu		° C		° C		° C		° C		°C		° C
Nadi		x/menit		x/menit		x/menit		x/menit		x/menit		x/menit
Pernapasan		x/menit		x/menit		x/menit		x/menit		x/menit		x/menit
SpO2		%		%		%		%		%		%
Glasgow Coma Scale (GCS) Eye (membuka mata) = 4 4 = Membuka mata dengan spontan 3 = Membuka mata dengan rangsang suara (menyuruh pasien untuk membuka mata) 2 = Membuka mata dengan rangsang nyeri (berikan rangsang nyeri, seperti menekan jari tangan maupun kaki) 1 = Tidak ada respon Verbal (respon bicara) = 5 5 = Orientasi baik dan sesuai 4 = Disorientasi tempat & waktu 3 = Bicara Kacau 2 = Mengerang 1 = Tidak ada suara Motorik (respon gerakan) = 6 6 = Mengikuti apa yang diperintah 5 = Melokalisir bagian nyeri (menjauhkan maupun menjangkau stimulus saat diberi rangsang nyeri) 4 = Menarik dari nyeri (menghindari/menarik tubuhmenjauhi stimulus saat di beri rangsang nyeri) 3 = Fleksi abnormal (kedua maupun satu tangan posisi kaku di atas dada serta kaki jika di beri rangsang nyeri) 2 = Ekstensi abnormal (kedua maupun satu tangan ekstensi di sisi tubuh dengan jari mengepal serta kaki ekstensi jiha di beri rangsang nyeri)	1 2 :	3 4 5	1 2	3 4 5	1 2 :	3 4 5 4 5 6	1 2	3 4 5	1 2 3	3 4 5	1 2 3	3 4 5
1 = Tidak ada respon Nama & Paraf												
				ASUHAN			-		·		<u> </u>	
-	PENGKA.	JIAN ULAN	NG PASIE	N RESIKO	/ /20	(FALLS R	ISK REAS	SESMENT)	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20
Tanggal Pukul	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB		WIB	WIB	WIB	WIB	WIB
Skala Resiko Jatuh												
Kategori Resiko Jatuh	R/S/T	R/S/T	R/S/T	R/S/T	R/S/T	R/S/T	R/S/T	R/S/T	R/S/T	R/S/T	R/S/T	R/S/T
Mobilisasi Pasien	M/P/T	M/P/T	M/P/T	M/P/T	M/P/T	M/P/T	M/P/T	M/P/T	M/P/T	M/P/T	M/P/T	M/P/T
Hek TT Terpasang	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak
Penunggu Pasien	Ada/	Ada/	Ada/	Ada/	Ada/	Ada/	Ada/	Ada/	Ada/	Ada/	Ada/	Ada/
Posisi Tidur	Tidak Ada MiKa/MiKi/ Terlentang	Tidak Ada MiKa/MiKi/ Terlentang	Tidak Ada MiKa/MiKi/ Terlentang	Tidak Ada MiKa/MiKi/ Terlentang	Tidak Ada MiKa/MiKi/ Terlentang	Tidak Ada MiKa/MiKi/ Terlentang	Tidak Ada MiKa/MiKi/ Terlentang	Tidak Ada MiKa/MiKi/ Terlentang	Tidak Ada MiKa/MiKi/ Terlentang	Tidak Ada MiKa/MiKi/ Terlentang	Tidak Ada MiKa/MiKi/ Terlentang	Tidak Ada MiKa/MiKi/ Terlentang
Nama & Paraf	o.nung	ondarig	· · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	omaing	omany	omany	omany	. Shortaing		omang	omany	omany
Pemantauan Infus	IV CATH	NO :				TANGGA	L PEMAS	SANGAN:				
Tanggal	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20
Pukul	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB
Lokasi	TaKa/TaKi/ KaKa/KaKi	TaKa/TaKi/ KaKa/KaKi	TaKa/TaKi/ KaKa/KaKi	TaKa/TaKi/ KaKa/KaKi	TaKa/TaKi/ KaKa/KaKi	TaKa/TaKi/ KaKa/KaKi	TaKa/TaKi/ KaKa/KaKi	TaKa/TaKi/ KaKa/KaKi	TaKa/TaKi/ KaKa/KaKi	TaKa/TaKi/ KaKa/KaKi	TaKa/TaKi/ KaKa/KaKi	TaKa/TaKi/ KaKa/KaKi
Nyeri	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak
Merah	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak
Bengkak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak

Nama & Paraf



TATA CARA PENGISIAN FORMULIR CHECKLIST TINDAKAN KEPERAWATAN 062/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.02)

1. PENGERTIAN

Formulir *Checklist* Tindakan Keperawatan adalah suatu formulir yang digunakan ketika PPA melakukan *asesmen* ulang terhadap pasien. PPA yang terlibat dalam transfer adalah Perawat dan Bidan

2. TUJUAN

Untuk mendokumentasikan hasil asesmen ulang oleh PPA

3. KEGUNAAN

- a. Untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien
- b. Untuk mengetahui hasil asesmen pasien
- c. Formulir ini digunakan pada saat pasien dilakukan asesmen ulang

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Seluruh PPA
- b. Distribusi Formulir *Checklist* Tindakan Keperawatan dilakukan dengan cara Permintaan ke Unit Logistik Umum.

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Perawat penanggung jawab asuhan melakukan asesmen ulang
- b. Perawat penanggung jawab asuhan mengisi hasil *asesmen* ulang di Formulir *Checklis* Tindakan Keperawatan
- c. Kepala Unit atau Ketua Tim melakukan monitoring terhadap tindakan dan pendokumentasian *asesmen* ulang

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien		
Nama	Diisi dengan menempel stiker identitas pasien atau menuliskan nama lengkap pasien.	PPA
Tanggal Lahir	Diisi dengan menempel stiker identitas pasien atau menuliskan tanggal lahir / bulan lahir tahun lahir.	PPA
L/W	Diisi dengan menempel stiker identitas pasien atau melingkari sesuai dengan jenis kelamin pasien.	PPA
No. RM	Diisi dengan menempel stiker identitas pasien atau menuliskan nomor rekam medis.	PPA
Ruangan/ Kelas	Diisi dengan menempel stiker identitas pasien atau menuliskan Ruangan / Kelas tempat pasien dirawat	PPA



DPJP	Diisi dengan menempel stiker identitas pasien atau menuliskan nama Dokter Penanggung jawab Utama Pelayanan	PPA
Penjamin	Diisi dengan menempel stiker identitas pasien atau menuliskan Status penjamin pasien	PPA
Tanggal	Diisi dengan menuliskan tanggal saat melakukan asesmen	PPA
Alergi : Tidak / Ya	Diisi dengan melingkari TIDAK jika	
	pasien tidak mempunyai riwayat alergi dan melingkari YA jika pasien	
	mempunyai riwayat alergi serta	PPA
	tuliskan alergi apa yang di alami pasien.	
Tanda Vital	Dilakukan setiap sesuai dengan kebutuhan observasi pasien dengan skor EWS	
Tanggal	Diisi dengan menuliskan tanggal dilakukannya TTV.	
Pukul	Diisi dengan menuliskan waktu dilakukannya TTV.	
Tekanan Darah	Diisi dengan menuliskan hasil pengukuran tekanan darah yang dilakukan terhadap pasien.	
Nadi	Diisi dengan menuliskan jumlah penghitungan nadi pasien selama satu menit.	PPA
Pernafasan	Diisi dengan menuliskan jumlah penghitungan pernafasan pasien selama satu menit.	
Suhu	Diisi dengan menuliskan hasil pengukuran suhu tubuh pasien dalam satuan derajat <i>celcius</i> .	
SpO2	Diisi dengan menuliskan hasil pengukuran saturasi oksigen pasien.	
Glasgow coma scale (GCS)		
Eye (membuka mata) = 4 4 = Membuka mata dengan spontan 3 = Membuka mata dengan rangsang suara 2 = Membuka mata dengan rangsang nyeri	Diisi dengan melingkari salah satu angka sesuai dengan hasil pemeriksaan	PPA



1 = Tidak ada respon		
Verbal (respon bicara) = 5 5 = Orientasi baik dan sesuai 4 = Disorientasi tempat dan waktu 3 = Bicara kacau 2 = mengerang 1 = Tidak ada suara	Diisi dengan melingkari salah satu angka sesuai dengan hasil pemeriksaan	
Motorik (respon gerakan) = 6 6 = Mengikuti apa yang diperintah 5 = melokalisir nyeri 4 = Menarik dari nyeri 3 = Fleksi abnormal 2 = Ektensi abnormal 1 = Tidak ada respon	Diisi dengan melingkari salah satu angka sesuai dengan hasil pemeriksaan	
Nama & paraf	Diisi dengan menuliskan nama dan paraf yang melakukan pemeriksaan	PPA
Asuhan pasien		
Asesmen ulang pasien resiko jatuh (falls risk reassesment)	Diisi ketika pasien dengan resiko jatuh	
Tanggal	Diisi dengan menuliskan tanggal dilakukannya <i>asesmen</i> ulang	
Pukul	Diisi dengan menuliskan waktu dilakukannya <i>asesmen</i> ulang	
Skala resiko jatuh	Diisi dengan menuliskan skala resiko jatuh sesuai panduan resiko jatuh	
Kategori resiko jatuh	Diisi dengan melingkari "R" jika resiko jatuh rendah, "S" jika resiko jatuh sedang dan "T" jika resiko jatuh tinggi	PPA
Mobilisasi pasien	Diisi dengan melingkari "M" jika mobilisasi pasien minimal, melingkari "P" jika mobilisasi pasien parcial dan melingkari "T" jika mobilisasi pasien total	
Hek TT terpasang	Diisi dengan melingkari "Ya" jika hek TT terpasang dan melingkari "Tidak" jika hek TT tidak terpasang	
Penunggu pasien	Diisi dengan melingkari "Ada" jika ada penunggu pasien dan melingkari	



	"Tidak Ada" jika tidak ada penunggu pasien	
Posisi tidur	Diisi dengan melingkari "MiKa" jika posisi tidur miring kanan , melingkari "MiKi" jika posisi tidur miring kiri dan melingkari "Terlentang" jika posisi tidur terlentang	
Nama & paraf	Diisi dengan menuliskan nama dan paraf yang melakukan asesmen	
Pemantauan infus	Diisi jika pasien terpasang infus	
IV Cath NO	Diisi dengan menuliskan ukuran IV catheter yang terpasang	
Tanggal pemasangan	Diisi dengan menuliskan tanggal pemasangan infus	
Tanggal	Diisi dengan menuliskan tanggal dilakukannya <i>asesmen</i> ulang	
Pukul	Diisi dengan menuliskan waktu dilakukannya <i>asesmen</i> ulang	
Lokasi	Diisi dengan melingkari salah satunya sesuai dengan lokasi pemasangan infus: TAKA = tangan kanan TAKI = tangan kiri KAKA = kaki kanan KAKI = kaki kiri	PPA
Nyeri	Diisi dengan melingkari "Ya" jika pasien mengeluh nyeri di lokasi infus dan melingkari "Tidak" jika pasien tidak mengeluh nyeri di lokasi infus	
Merah	Diisi dengan melingkari "Ya" jika ada kemerahan di lokasi infus dan melingkari "Tidak" jika tidak ada kemerahan di lokasi infus	
Bengkak	Diisi dengan melingkari "Ya" jika ada bengkak di lokasi infus dan melingkari "Tidak" jika tidak ada bengkak di lokasi infus	
Nama & paraf	Diisi dengan menuliskan nama dan paraf yang melakukan asesmen	
Pemantauan Douwer Cathether	Diisi jika pasien terpasang douwer cathether	PPA
Tanggal pemasangan	Diisi dengan menuliskan tanggal pemasangan douwer cathether	



☐ Tidak Terpasang	Diisi jika pasien tidak terpasang douwer cathether, ceklist $()$ kolom tidak terpasang	
Tanggal	Diisi dengan menuliskan tanggal dilakukannya <i>asesmen</i> ulang	
Pukul	Diisi dengan menuliskan waktu dilakukannya <i>asesmen</i> ulang	
Nyeri	Diisi dengan melingkari "Ya" jika ada nyeri dan melingkari "Tidak" jika tidak ada nyeri	
Merah	Diisi dengan melingkari "Ya" jika ada kemerahan dan melingkari "Tidak" jika tidak ada kemerahan	
Pengeluaran/Rembesan	Diisi dengan melingkari "Ada" jika ada pengeluaran/rembesan dan melingkari "Tidak" jika tidak ada pengeluaran/rembesan	
Nama & paraf	Diisi dengan menuliskan nama dan paraf yang melakukan asesmen	
Pemantauan Enteral Nutrition	Diisi jika pasien terpasang <i>Enteral</i> Nutrition	
☐ Tidak Terpasang	Diisi jika pasien tidak terpasang <i>Enteral Nutrition</i> , ceklist $()$ kolom tidak terpasang	
Tanggal	Diisi dengan menuliskan tanggal dilakukannya asesmen	
Pukul	Diisi dengan menuliskan waktu dilakukannya <i>asesmen</i>	
Kebersihan <i>Tube</i>	Diisi dengan melingkari "Bersih" jika tube bersih dan melingkari "Kotor" jika tube kotor	PPA
Patensi	Diisi dengan melingkari "baik" jika tidak ada patensi dan melingkari "tidak" jika ada patensi	
Porsi makan	Diisi dengan melingkari "1/4 porsi" jika pasien habis makan ¼ porsi, melingkari "1/2 porsi" jika pasien habis makan 1/2 porsi, melingkari "1 porsi" jika pasien habis makan 1 porsi dan melingkari "puasa" jika pasien puasa	
Nama & paraf		



	Diisi dengan menuliskan nama dan paraf yang melakukan asesmen	
Pengkajian ulang restrain	Diisi jika pasien terpasang restrain	
☐Tidak Terpasang	Diisi jika pasien tidak terpasang restrain, ceklist (\sqrt) kolom tidak terpasang	
Tanggal	Diisi dengan menuliskan waktu dilakukannya asesmen	
Pukul	Diisi dengan menuliskan waktu dilakukannya asesmen	
Restrain ekstremitas (atas ka-ki, bawah ka-ki)	Diisi dengan menuliskan "ka" di kolom atas kanan jika <i>restrain</i> terpasang di <i>ekstremitas</i> atas kanan, menuliskan "ki" di kolom atas kiri jika <i>restrain</i> terpasang di <i>ekstremitas</i> atas kiri, menuliskan "ka" di kolom bawah kanan jika <i>restrain</i> terpasang di <i>ekstremitas</i> bawah kanan dan menuliskan "ki" di kolom bawah kiri jika <i>restrain</i> terpasang di <i>ekstremitas</i> bawah kiri	
Ikatan <i>restrain</i> baik (atas ka-ki, bawah ka-ki)	Diisi dengan menuliskan "B" di kolom atas kanan jika restrain terpasang di ekstremitas atas kanan dalam kondisi baik, menuliskan "ki" di kolom atas kiri jika restrain terpasang di ekstremitas atas kiri dalam kondisi baik, menuliskan "ka" di kolom bawah kanan jika restrain terpasang di ekstremitas bawah kanan dalam kondisi baik dan menuliskan "ki" di kolom bawah kiri jika restrain terpasang di ekstremitas bawah kiri dalam kondisi baik	PPA
Iritasi kulit	Diisi dengan melingkari "Tidak" jika pasien tidak mengalami iritasi kulit dan melingkari "Ada" jika pasien mengalami iritasi kulit serta melingkari "Taka" jika restrain terpasang di tangan kanan, melingkari "Taki" jika restrain terpasang di tangan kiri, melingkari "Kaka" jika restrain terpasang di kaki kanan dan melingkari "Kaki" jika restrain terpasang di kaki kiri	
Memar	Diisi dengan melingkari "Tidak" jika pasien tidak mengalami memar dan melingkari "Ada" jika pasien mengalami memar serta melingkari "Taka" jika <i>restrain</i> terpasang di tangan kanan, melingkari "Taki" jika <i>restrain</i>	



	terpasang di tangan kiri, melingkari "Kaka" jika <i>restrain</i> terpasang di kaki kanan dan melingkari "Kaki" jika <i>restrain</i> terpasang di kaki kiri	
Nama & paraf	Diisi dengan menuliskan nama dan paraf yang melakukan asesmen	
Personal <i>Hygiene</i>	Diisi jika pasien dilakukan personal hygiene	
Tanggal	Diisi dengan menuliskan tanggal dilakukannya asesmen	
Pukul	Diisi dengan menuliskan waktu dilakukannya <i>asesmen</i>	
Oral hygiene	Diisi dengan melingkari "Ya" jika	
	melakukan <i>oral hygiene</i> kepada	
	pasien dan melingkari "Tidak" jika	
	tidak melakukan <i>oral hygien</i> e kepada	
	pasien	
Vulva hygiene/penis		
hygiene	Diisi dengan melingkari "Ya" jika	
	melakukan <i>vulva hygiene/peni</i> s	
	<i>hygiene</i> kepada pasien dan melingkari	PPA
	"Tidak" jika tidak melakukan <i>vulva</i>	
	hygiene/penis hygiene kepada pasien	
Mandi		
	Diisi dengan melingkari "Ya" jika	
	memandikan pasien dan melingkari	
	"Tidak" jika tidak memandikan pasien	
Keramas		
	Diisi dengan melingkari "Ya" jika	
	pasien keramas dan melingkari	
Nome des seraf	"Tidak" jika pasien tidak keramas	
Nama dan paraf	Diisi dangan manuliakan sama das	
	Diisi dengan menuliskan nama dan	
	paraf yang melakukan <i>personal</i>	
Suctioning	hygiene Diisi jika malakukan suction kanada	
Suctioning	Diisi jika melakukan <i>suction</i> kepada pasien	PPA
☐ Tidak terpasang		



	Diisi jika tidak melakukan suction terhadap pasien, ceklist ($$) kolom tidak terpasang	
Tanggal		
	Diisi dengan menuliskan tanggal dilakukannya <i>suction</i>	
Pukul	anartaria nya babban	
i ukui	Diisi dengan menuliskan waktu dilakukannya suction	
Mulut	, and the second	
	Diisi dengan melingkari "Dilakukan" jika melakukan suction pada mulut dan melingkari "Tidak" jika tidak melakukan	
	suction pada mulut	
Trakeostomy	·	
,	Diisi dengan melingkari "Dilakukan"	
	jika melakukan <i>suction</i> pada	
	trakeostomy dan melingkari "Tidak"	
Kualitas	jika tidak melakukan <i>suction</i> pada	
Rualitas	trakeostomy	
	,	
	Diisi dengan melingkari "encer" jika	
	kualitas dahak encer, melingkari	
	"kental" jika kualitas dahak kental,	
	melingkari "purulen" jika kualitas	
	dahak purulen dan diisi dengan	
Jumlah	menuliskan di jika lainnya	
	Diisi dengan melingkari "banyak" jika	
	jumlah dahak banyak, melingkari	
	"sedang" jika jumlah dahak sedang	
	dan melingkari "sedikit" jika jumlah	
Nama & Paraf	dahak banyak	
	Diisi dengan menuliskan nama dan	
	paraf yang melakukan suction	
	parai yang melakukan sucilon	



Dressing Care	Diisi ketika pasien terpasang dressing	
☐ Ya ☐ Tidak	Diisi dengan menceklist (√) kolom "Ya" jika pasien terpasang dressing dan menceklist (√) kolom "Tidak" jika pasien tidak terpasang dressing	
Tanggal	Diisi dengan menuliskan tanggal dilakukannya dressing care	
Pukul	Diisi dengan menuliskan waktu dilakukannya dressing care	
CVC/CDL	Diisi dengan melingkari "Dilakukan"	
GV	jika melakukan <i>dressing care</i> pada CVC/CDL dan melingkari "Tidak" jika tidak melakukan <i>dressing care</i> pada CVC/CDL	
I.V.LINE	Diisi dengan melingkari "Dilakukan" jika melakukan <i>dressing care</i> pada I.V.LINE dan melingkari "Tidak" jika tidak melakukan <i>dressing care</i> pada I.V.LINE	
Trakeostomy	Diisi dengan melingkari "Dilakukan"	
	jika melakukan <i>dressing care</i> pada <i>Trakeostomy</i> dan melingkari "Tidak" jika tidak melakukan <i>dressing care</i> pada <i>Trakeostomy</i>	PPA
Douwer Cathether	Diisi dengan melingkari "Dilakukan"	
NOT/OOT	jika melakukan <i>dressing care</i> pada <i>Douwer Cathether</i> dan melingkari "Tidak" jika tidak melakukan <i>dressing</i> <i>care</i> pada <i>Douwer Cathether</i>	
NGT/OGT	Diisi dengan melingkari "Dilakukan"	
	jika melakukan <i>dressing care</i> pada NGT/OGT dan melingkari "Tidak" jika tidak melakukan <i>dressing care</i> pada NGT/OGT	
Drain	Diisi dengan melingkari "Dilakukan"	
	jika melakukan <i>dressing care</i> pada <i>Drain</i> dan melingkari "Tidak" jika tidak melakukan <i>dressing care</i> pada <i>Drain</i>	
Nama & Paraf		
	Diisi dengan menuliskan nama dan paraf yang melakukan <i>dressing care</i>	

1	RUA	ЛАН	SA	KIT	
	T	7	V	7	
			7		
IR	A TA	7	-	ADA	
IIY	IA	NH	IUS	AUP	k

Identitas Pasien (Diisi	oleh Perav	vat)	
Nama	:		
Tanggal Lahir	:		(L/W)*
No. RM			
Ruangan/Kelas	;	/	
Dokter yang merawat			
Penjamin	:		
Danat Tempelkan Stiker	Identitas Pa	asien disini	

Tanggal:			Alergi :	Tidak /				Identitas			area escuitoca de	
plangal				Huan I	Ya * :						(Diisi o	leh Perawat
No.				TANDA	VITAL							
Pukul		WIB		WIB		WIB		WIB		WIB		WIB
Tekanan Darah		/ mmmg		, mmm 19		9				/ mmHg		/ mmHg
Suhu		°C		°C		°C		°C		°C		°C
Nadi		x/i enit		a or at	10	/m				x/menit		x/meni
Pemapasan		die				/m it				x/menit		x/meni
		9/		%		%		%		%		9/1
SpO2 Glasglow Coma Scale (GCS)		70		/6	1	76				70		
Glasglow Corta State (Scot) Eye (membuka mata) = 4 4 = Membuka mata dengan spontan 3 = Membuka mata dengan rangsang suara (menyuruh paslen untuk membuka mata) 2 = Membuka mata dengan rangsang nyeri (berikan rangsang nyeri, seperti menekan jari tangan maupun kaki) 1 = Tidak ada respon		3 4	1 2	3 4	1 2	3 4	1 2	3 4	1 2	3 4	1 2	3 4
Verbal (respon bicara) = 5 5 = Orientasi baik dan sesuai 4 = Disorientasi tempat & waktu 3 = Bicara Kacau 2 = Mengerang 1 = Tidak ada suara	1 2 3	3 4 5	1 2	3 4 5	1 2	3 4 5	1 2	3 4 5	1 2	3 4 5	1 2	3 4 5
Motorik (respon gerakan) = 6 6 = Mengikuti apa yang diperintah 5 = Melokalisir bagian nyeri (menjauhkan maupun menjangkau stimulus saat diberi rangsang nyeri) 4 = Menarik dari nyeri (menghindari/menarik tubuh menjaut stimulus saat di beri rangsang nyeri) 3 = Fleksi abnormal (kedua maupun satu tangan posisi kaku di atas dada serta kaki jika di beri rangsang nyeri) 2 = Ekstensi abnormal (kedua maupun satu tangan ekstensi di sisi tubuh dengan jari mengepal serta khai ekstensi jika di beri rangsang nyeri) 1 = Tidak ada respon	hi 123	456	1 2 3	456	1 2 3	456	1 2 3	456	1 2 3	456	1 2 3	456
Nama & Paraf									2.			
					N PASIE							
	SMEN UL				T	T		T	T			
Pukul Skala Resiko Jatuh	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB
	DIGIT	D/0/T										
Kategori Resiko Jatuh Mobilisasi Pasien	R/S/T M/P/T	R/S/T M/P/T	R/S/T	R/S/T	R/S/T	R/S/T	R/S/T	R/S/T	R/S/T	R/S/T	R/S/T	R/S/T
Hek TT Terpasang	Ya/Tidak		M/P/T	M/P/T	M/P/T	M/P/T	M/P/T	M/P/T	M/P/T	M/P/T	M/P/T	M/P/T
	Ada/	Ya/Tidak Ada/	Ya/Tidak Ada/	Ya/Tidak Ada/	Ya/Tidak Ada/	Ya/Tidak Ada/	Ya/Tidak Ada/	Ya/Tidak Ada/	Ya/Tidak Ada/	Ya/Tidak Ada/	Ya/Tidak Ada/	Ya/Tidak Ada/
Penunggu Pasien	Tidak Ada Mika/Miki	Tidak Ada Mika/Miki	Tidak Ada Mika/Miki	Tidak Ada Mika/Miki	Tidak Ada Mika/Miki	Tidak Ada Mika/Miki	Tidak Ada Mika/Miki	Tidak Ada Mika/Miki				
Posisi Tidur	Terlentang	Terlentang	Terlentang			Terlentang	Terlentang			Terlentang	Terlentang	Terlentang
Nama & Paraf												
Pemantauan Infus				Tan	ggal Per	masang	an:					
Pukul	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB
Lokasi	TaKa/TaKi/ Kaka/KaKi	TaKa/TaKi/ Kaka/KaKi	TaKa/TaKi/ Kaka/KaKi	TaKa/TaKi/ Kaka/KaKi	TaKa/TaKi/ Kaka/KaKi		TaKa/TaKi/ Kaka/KaKi	TaKa/TaKi/ Kaka/KaKi	TaKa/TaKi/ Kaka/KaKi	TaKa/TaKi/ Kaka/KaKi	TaKa/TaKi/ Kaka/KaKi	TaKa/TaKi/ Kaka/KaKi
Nyeri	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak
Merah	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak
Bengkak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak

Nama & Paraf

langgal :							Tanagal F	Domacar	igan :				
Pemantauan Douwer							Tanggal F	remasar	iyan .				
☐ Tidak Terpasang				WIB			WIB			WIB			
Pukul	WIB		Ya/Tidak		Ya/Ti		Ya/Tidak		Ya/Tidak		Ya/Tidak		
Nyeri	Ya/Tidak Ya/Tidak			Ya/Tidak Ya/Tidak			Ya/Tidak		Ya/Tidak		Ya/T	idak	
Merah	Ya/Tidak		Ada/T		Ya/Tidak Ada/Tidak		Ada/Tidak		Ada/1		Ada/Tidak		
Pengeluarana/Rembesan	Adari	Ada/Tidak Ad		INAK	Addi	Iddit	a water a surface						
Nama & Paraf	al Nicotaldia	270100					Tanggal I	Pomasar	ngan :				
Pemantauan Enterna							Tanyyar	emasai	igaii .				
☐ Tidak Terpasang →		western St.			1440	1440		WIB	WIB		WIB	WIB	
Pukul		WIB WIB			WIB	WIB						Bersih/Kotor	
Kebersihan Tube	Bersih/Ko	rsih/Kotor Bersi		Bersih/Ko					rsih/Kotor	Bersih/Ko			
Patensi	Baik/Tida	k Ba	nik/Tidak	Baik/Tida	k Ba	aik/Tidak			aik/Tidak	Baik/Tidak		Baik/Tidak	
Dawi Makan	1/4 Porsi/	79.770 III (70.76)	Porsi/ 1/2 porsi/	1/4 Porsi/ porsi/		Porsi/ 1/2 porsi/	1/4 Porsi/ 1/2 1/4 porsi/		Porsi/ 1/2 porsi/	1/4 Porsi/ porsi/	107	1/4 Porsi/ 1/2 porsi/	
				orsi/ Puasa 1 porsi/ Pu				1 porsi/ Puasa 1 po		1 porsi/ Pu	asa 1 po	1 porsi/ Puasa	
Nama & Paraf													
PENGKAJIAN ULANG	RESTRA	NT											
☐ Tidak Terpasang →	Taran												
Pukul	WIB												
Restraint Ektremitas													
(atas ka-ki, bawah ka-ki)													
Ikatan Restraint Baik													
(atas ka-ki, bawah ka-ki)		14-5544	A de Midele	Ada/Tidak									
Iritasi Kulit	Ada/Tidak TaKa/TaKi	Ada/Tidak TaKa/TaKi	Ada/Tidak TaKa/TaKi	TaKa/TaKi									
	KaKa/KaKi	KaKa/KaKi	KaKa/KaKi KaKa/KaKi		KaKa/KaKi	KaKa/KaKi	KaKa/KaKi	KaKa/KaKi	KaKa/KaKi	KaKa/KaKi KaKa/Ka		KaKi KaKa/KaKi	
Mamor	Ada/Tidak	Ada/Tidak TaKa/TaKi	Ada/Tidak TaKa/TaKi	Ada/Tidak TaKa/TaKi	Ada/Tidak TaKa/TaKi	Ada/Tidak TaKa/TaKi							
Memar	TaKa/TaKi KaKa/KaKi	KaKa/KaKi	KaKa/KaKi	KaKa/KaKi	KaKa/KaKi	KaKa/KaKi							
Nama & Paraf													
PERSONAL HYGIENE	Taras	21.											
Pukul	D C 11 /2			WIB				WIB				WIB	
		V-7	54-1-	****		Va/I	Гіdak			Уа/Л	īdak		
Oral Hygiene		Ta/ I	īdak			IN	IIGAN		100				
Vulva Hygiene/ Penis Hygiene		Ya/T	īdak			Ya/	Гіdak		Ya/Tidak				
Mandi		Ya/T	Tidak			Ya/	Tidak		Ya/Tidak				
Keramas		Ya/T	Tidak			Ya/	Пdak		Ya/Tidak				
Nama & Paraf													
SUCTIONING													
☐ Tidak Suctioning	blarge	aL											
Pukul	WIB					T							
	Dilakukan/												
Mulut	Tidak Dilakukan/												
Trakeostomy	Tidak												
Kualitas	Purulen/	Encer/Kental /Purulen/	EnceriKental /Purulen/	/Purulen/	Purulen/	Encer/Kental /Purulen/	/Purulen/	/Purulen/	/Purulen/	Encer/Kental /Purulen/	/Purulen/	/Purulen/	
Jumlah	Banyak/ Sedang/ Sedikit												
Nama & Paraf				1									
DRESSING CARE													
☐ Ya ☐ Tidak	7259	2											
/	WIB												
Pukul	Dilakukan/												
CVC/CDL*	Tidak												
GV	Dilakukan/ Tidak												
I.V.LINE	Dilakukan/ Tidak												
TRAKEOSTOMIE	Dilakukan/ Tidak												
Douwe Cathether	Dilakukan/ Tidak												
NGT/OGT*	Dilakukan/ Tidak												
DRAIN	Dilakukan/ Tidak												
Nama & Paraf										1			

(Diisi oleh Perawat)