

# FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

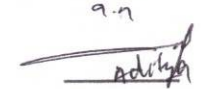
## DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 17050291233  
 Nama Lengkap : YELANI RACHMI FAUZI  
 Unit/Divisi/Komite : ANTHURUM  
 No. Telepon/Ext : 2401  
 E-mail : yelanir@gmail.com

Tanggal : 30/09/2022

## DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan  
 Judul Formulir : CHECKLIST TINDAKAN KEPERAWATAN  
 No/Kode Formulir : 0621F/RM/RSIH/1x1202  
 No/Kode RM\*\* : RM 3-11 (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 2

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	4
Buffer stock :	5
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	


## Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 swaping formulir dan perssantian no rm

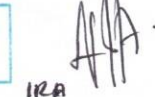
## Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 No rm, Tanggal palsu atas diatas,  
 Tambah kolom tanggal diatas pulsi;  
 Tabel persanal hygiene jadi 4 tabel

Tanda Tangan  
Pemohon,

  
 Yelani Rachmi Fauzi, A.Md. Kep  
 503/827/SIPP.211/Diskes/2020

Tanda Tangan  
Penerima,

  
 Adhitya


## Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
FY 1 ply Bolak Balik			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc Revisi			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Acc	
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
persaahan nomor RM		ditindaklanjuti	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc		MC	

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama : .....

Tanggal Lahir : .....( L / W )\*

No. RM :

Ruangan/Kelas : .....

DPJP : .....

Penjamin : .....

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini

Alergi : Tidak / Ya \* : .....(Diisi oleh Perawat)

TANDA-TANDA VITAL

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	1 2 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 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 menjauhi 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 jika di beri rangsang nyeri) 1 = Tidak ada respon	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
Nama & Paraf						

ASUHAN PASIEN

PENGKAJIAN ULANG PASIEN RESIKO JATUH (FALLS RISK REASSESSMENT)

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
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/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada
Posisi Tidur	MiKa/MiKi/ Terlentang	MiKa/MiKi/ Terlentang	MiKa/MiKi/ Terlentang	MiKa/MiKi/ Terlentang	MiKa/MiKi/ Terlentang	MiKa/MiKi/ Terlentang	MiKa/MiKi/ Terlentang	MiKa/MiKi/ Terlentang	MiKa/MiKi/ Terlentang	MiKa/MiKi/ Terlentang	MiKa/MiKi/ Terlentang	MiKa/MiKi/ Terlentang
Nama & Paraf												

Pemantauan InfusIV CATH NO :TANGGAL PEMASANGAN :

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												

\*) Coret yang tidak perlu

CHECKLIST TINDAKAN KEPERAWATAN

## 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
<b>Identitas Pasien</b>		
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 Ruang / 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 <i>asesmen</i>	PPA
Alergi : Tidak / Ya	Diisi dengan melingkari TIDAK jika pasien tidak mempunyai riwayat alergi dan melingkari YA jika pasien mempunyai riwayat alergi serta tuliskan alergi apa yang di alami pasien.	PPA
Tanda Vital	Dilakukan setiap sesuai dengan kebutuhan observasi pasien dengan skor EWS	PPA
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.	
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.	
<i>Glasgow coma scale (GCS)</i>		
<i>Eye</i> (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  <i>Verbal</i> (respon bicara) = 5 5 =Orientasi baik dan sesuai 4 =Disorientasi tempat dan waktu 3 =Bicara kacau 2 =mengerang 1 =Tidak ada suara  <i>Motorik</i> (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  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 ( <i>falls risk reassessment</i> )  Tanggal  Pukul  Skala resiko jatuh  Kategori resiko jatuh  Mobilisasi pasien  Hek TT terpasang  Penunggu pasien	Diisi ketika pasien dengan resiko jatuh  Diisi dengan menuliskan tanggal dilakukannya <i>asesmen</i> ulang  Diisi dengan menuliskan waktu dilakukannya <i>asesmen</i> ulang  Diisi dengan menuliskan skala resiko jatuh sesuai panduan resiko jatuh  Diisi dengan melingkari "R" jika resiko jatuh rendah, "S" jika resiko jatuh sedang dan "T" jika resiko jatuh tinggi  Diisi dengan melingkari "M" jika mobilisasi pasien minimal, melingkari "P" jika mobilisasi pasien parcial dan melingkari "T" jika mobilisasi pasien total  Diisi dengan melingkari "Ya" jika hek TT terpasang dan melingkari "Tidak" jika hek TT tidak terpasang  Diisi dengan melingkari "Ada" jika ada penunggu pasien dan melingkari	PPA

Posisi tidur	<p>“Tidak Ada” jika tidak ada penunggu pasien</p> <p>Diisi dengan melingkari “MiKa” jika posisi tidur miring kanan , melingkari “MiKi” jika posisi tidur miring kiri dan melingkari “Terlentang” jika posisi tidur terlentang</p>	
Nama & paraf	Diisi dengan menuliskan nama dan paraf yang melakukan asesmen	
Pemantauan infus	Diisi jika pasien terpasang infus	PPA
IV Cath NO	Diisi dengan menuliskan ukuran <i>IV catheter</i> 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	<p>Diisi dengan melingkari salah satunya sesuai dengan lokasi pemasangan infus :</p> <p>TAKA = tangan kanan            TAKI = tangan kiri            KAKA = kaki kanan            KAKI = kaki kiri</p>	
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 <i>Douwer Cathether</i>	Diisi jika pasien terpasang <i>douwer cathether</i>	PPA
Tanggal pemasangan	Diisi dengan menuliskan tanggal pemasangan <i>douwer cathether</i>	



<input type="checkbox"/> Tidak Terpasang  Tanggal  Pukul  Nyeri  Merah  Pengeluaran/Rembesan  Nama & paraf	Diisi jika pasien tidak terpasang <i>douwer cathether</i> , ceklist (✓) kolom tidak terpasang  Diisi dengan menuliskan tanggal dilakukannya <i>asesmen</i> ulang  Diisi dengan menuliskan waktu dilakukannya <i>asesmen</i> ulang  Diisi dengan melingkari “Ya” jika ada nyeri dan melingkari “Tidak” jika tidak ada nyeri  Diisi dengan melingkari “Ya” jika ada kemerahan dan melingkari “Tidak” jika tidak ada kemerahan  Diisi dengan melingkari “Ada” jika ada pengeluaran/rembesan dan melingkari “Tidak” jika tidak ada pengeluaran/rembesan  Diisi dengan menuliskan nama dan paraf yang melakukan <i>asesmen</i>	
Pemantauan <i>Enteral Nutrition</i>  <input type="checkbox"/> Tidak Terpasang  Tanggal  Pukul  Kebersihan <i>Tube</i>  Patensi  Porsi makan  Nama & paraf	Diisi jika pasien terpasang <i>Enteral Nutrition</i>  Diisi jika pasien tidak terpasang <i>Enteral Nutrition</i> , ceklist (✓) kolom tidak terpasang  Diisi dengan menuliskan tanggal dilakukannya <i>asesmen</i>  Diisi dengan menuliskan waktu dilakukannya <i>asesmen</i>  Diisi dengan melingkari “Bersih” jika <i>tube</i> bersih dan melingkari “Kotor” jika <i>tube</i> kotor  Diisi dengan melingkari “baik” jika tidak ada patensi dan melingkari “tidak” jika ada patensi  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	PPA






	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 <i>asesmen</i>	
Personal <i>Hygiene</i>	Diisi jika pasien dilakukan personal <i>hygiene</i>	PPA
Tanggal	Diisi dengan menuliskan tanggal dilakukannya <i>asesmen</i>	
Pukul	Diisi dengan menuliskan waktu dilakukannya <i>asesmen</i>	
Oral <i>hygiene</i>	Diisi dengan melingkari “Ya” jika melakukan <i>oral hygiene</i> kepada pasien dan melingkari “Tidak” jika tidak melakukan <i>oral hygiene</i> kepada pasien	
Vulva <i>hygiene</i> /penis <i>hygiene</i>	Diisi dengan melingkari “Ya” jika melakukan <i>vulva hygiene/penis hygiene</i> kepada pasien dan melingkari “Tidak” jika tidak melakukan <i>vulva hygiene/penis hygiene</i> 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 “Tidak” jika pasien tidak keramas	
Nama dan paraf	Diisi dengan menuliskan nama dan paraf yang melakukan <i>personal hygiene</i>	
<i>Suctioning</i>	Diisi jika melakukan <i>suction</i> kepada pasien	PPA
<input type="checkbox"/> Tidak terpasang		

Tanggal	Diisi jika tidak melakukan <i>suction</i> terhadap pasien, ceklist (✓) kolom tidak terpasang	
Pukul	Diisi dengan menuliskan tanggal dilakukannya <i>suction</i>	
Mulut	Diisi dengan menuliskan waktu dilakukannya <i>suction</i>	
Tracheostomy	Diisi dengan melingkari "Dilakukan" jika melakukan <i>suction</i> pada mulut dan melingkari "Tidak" jika tidak melakukan <i>suction</i> pada mulut	
Kualitas	Diisi dengan melingkari "Dilakukan" jika melakukan <i>suction</i> pada <i>tracheostomy</i> dan melingkari "Tidak" jika tidak melakukan <i>suction</i> pada <i>tracheostomy</i>	
Jumlah	Diisi dengan melingkari "encer" jika kualitas dahak encer, melingkari "kental" jika kualitas dahak kental, melingkari "purulen" jika kualitas dahak purulen dan diisi dengan menuliskan di ..... jika lainnya	
Nama & Paraf	Diisi dengan melingkari "banyak" jika jumlah dahak banyak, melingkari "sedang" jika jumlah dahak sedang dan melingkari "sedikit" jika jumlah dahak banyak	
	Diisi dengan menuliskan nama dan paraf yang melakukan <i>suction</i>	

<p><i>Dressing Care</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ya    <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Tanggal</p> <p>Pukul</p> <p>CVC/CDL</p> <p>GV</p> <p>I.V.LINE</p> <p><i>Trakeostomy</i></p> <p><i>Douwer Cathether</i></p> <p>NGT/OGT</p> <p><i>Drain</i></p> <p>Nama &amp; Paraf</p>	<p>Diisi ketika pasien terpasang dressing</p> <p>Diisi dengan menceklist (√) kolom “Ya” jika pasien terpasang dressing dan menceklist (√) kolom “Tidak” jika pasien tidak terpasang dressing</p> <p>Diisi dengan menuliskan tanggal dilakukannya dressing care</p> <p>Diisi dengan menuliskan waktu dilakukannya dressing care</p> <p>Diisi dengan melingkari “Dilakukan” jika melakukan <i>dressing care</i> pada CVC/CDL dan melingkari “Tidak” jika tidak melakukan <i>dressing care</i> pada CVC/CDL</p> <p>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</p> <p>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></p> <p>Diisi dengan melingkari “Dilakukan” jika melakukan <i>dressing care</i> pada <i>Douwer Cathether</i> dan melingkari “Tidak” jika tidak melakukan <i>dressing care</i> pada <i>Douwer Cathether</i></p> <p>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</p> <p>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></p> <p>Diisi dengan menuliskan nama dan paraf yang melakukan <i>dressing care</i></p>	<p>PPA</p>
---	--	------------



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama : \_\_\_\_\_

Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ (L / W)\*

No. RM :

Ruangan/Kelas : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dokter yang merawat : \_\_\_\_\_

Penjamin : \_\_\_\_\_

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

Tanggal : 11/10/2023

Alergi : Tidak / Ya \* : \_\_\_\_\_

(Diisi oleh Perawat)

TANDA VITAL						
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	1 2 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 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 menjauhi 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	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
Nama & Paraf						

ASESMEN ULANG PASIEN RESIKO JATUH (FALLS RISK REASSESSMENT)												
Pukul	WIB	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/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada	Ada/ Tidak Ada
Posisi Tidur	Mika/Miki Terlentang	Mika/Miki Terlentang	Mika/Miki Terlentang	Mika/Miki Terlentang	Mika/Miki Terlentang	Mika/Miki Terlentang	Mika/Miki Terlentang	Mika/Miki Terlentang	Mika/Miki Terlentang	Mika/Miki Terlentang	Mika/Miki Terlentang	Mika/Miki Terlentang
Nama & Paraf												

Pemantauan Infus												
Tanggal Pemasangan :												
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												

CHECKLIST TINDAKAN KEPERAWATAN



(Diisi oleh Perawat)

Tanggal : .....

Pemantauan Douwer Cathether

Tanggal Pemasangan :

☐ Tidak Terpasang *27/07/2022*

Pukul	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB
Nyeri	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
Pengeluaran/Rembesan	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak
Nama & Paraf						

Pemantauan Enternal Nutrition

Tanggal Pemasangan :

☐ Tidak Terpasang *27/07/2022*

Pukul	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB
Kebersihan Tube	Bersih/Kotor	Bersih/Kotor	Bersih/Kotor	Bersih/Kotor	Bersih/Kotor	Bersih/Kotor	Bersih/Kotor	Bersih/Kotor
Patensi	Baik/Tidak	Baik/Tidak	Baik/Tidak	Baik/Tidak	Baik/Tidak	Baik/Tidak	Baik/Tidak	Baik/Tidak
Porsi Makan	1/4 Porsi/ 1/2 porsi/ 1 porsi/ Puasa	1/4 Porsi/ 1/2 porsi/ 1 porsi/ Puasa	1/4 Porsi/ 1/2 porsi/ 1 porsi/ Puasa	1/4 Porsi/ 1/2 porsi/ 1 porsi/ Puasa	1/4 Porsi/ 1/2 porsi/ 1 porsi/ Puasa	1/4 Porsi/ 1/2 porsi/ 1 porsi/ Puasa	1/4 Porsi/ 1/2 porsi/ 1 porsi/ Puasa	1/4 Porsi/ 1/2 porsi/ 1 porsi/ Puasa
Nama & Paraf								

PENGKAJIAN ULANG RESTRAINT

☐ Tidak Terpasang *27/07/2022*

Pukul	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB
Restraint Ekstremitas (atas ka-ki, bawah ka-ki)												
Ikatan Restraint Baik (atas ka-ki, bawah ka-ki)												
Iritasi Kulit	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak
	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
Memar	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak	Ada/Tidak
	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
Nama & Paraf												

PERSONAL HYGIENE *27/07/2022*

Pukul	WIB	WIB	WIB
Oral Hygiene	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak
Vulva Hygiene/ Penis Hygiene	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak
Mandi	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak
Keramas	Ya/Tidak	Ya/Tidak	Ya/Tidak
Nama & Paraf			

SUCTIONING

☐ Tidak Suctioning *27/07/2022*

Pukul	WIB											
Mulut	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak
Tracheostomy	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak
Kualitas	Enceer/Kental /Purulen/.....	Enceer/Kental /Purulen/.....	Enceer/Kental /Purulen/.....	Enceer/Kental /Purulen/.....	Enceer/Kental /Purulen/.....	Enceer/Kental /Purulen/.....	Enceer/Kental /Purulen/.....	Enceer/Kental /Purulen/.....	Enceer/Kental /Purulen/.....	Enceer/Kental /Purulen/.....	Enceer/Kental /Purulen/.....	Enceer/Kental /Purulen/.....
Jumlah	Banyak/ Sedang/ Sedikit	Banyak/ Sedang/ Sedikit	Banyak/ Sedang/ Sedikit	Banyak/ Sedang/ Sedikit	Banyak/ Sedang/ Sedikit	Banyak/ Sedang/ Sedikit	Banyak/ Sedang/ Sedikit	Banyak/ Sedang/ Sedikit	Banyak/ Sedang/ Sedikit	Banyak/ Sedang/ Sedikit	Banyak/ Sedang/ Sedikit	Banyak/ Sedang/ Sedikit
Nama & Paraf												

DRESSING CARE

☐ Ya ☐ Tidak *27/07/2022*

Pukul	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB	WIB
CVC/CDL*	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak
GV	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak
I.V.LINE	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak
TRAKEOSTOMIE	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak
Douwe Cathether	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak
NGT/OGT*	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak
DRAIN	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak	Dilakukan/ Tidak
Nama & Paraf												