

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 150 80 29 07 4
 Nama Lengkap : Hinda Setiawati
 Unit/Divisi/Komite : Internip Dewasa
 No. Telepon/Ext : 2400
 E-mail :

Tanggal : 08 / 03 / 2023

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 150/F/PM/RSIH/III/2023
 No/Kode RM : 12.10 (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)
 sesuai standar Akreditasi PAP Standar 2
 (Pelayanan pasien risiko tinggi)

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

Hinda-S

Tanda Tangan
Penerima,

Pani 8/3

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
PM IPK		Pani	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Ace		dr. Dhadi Ginanjar Daradjat, Sp. An 503/11602/1950 dr. Ginanjar, 2019	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Ace		Depi Rismanti NIP 14080287016 8/3	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
penomoran sudah di-skrupikan.	Hinda 08/3/23	Ditindaklanjuti	Pani 8/3
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC	Pani 8/3/23	ACC	dr. Muhammad Hasan, MARS NIP 21110183633 8/3

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021(Rev.00)



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama Pasien :
Tanggal Lahir : (L / W) *
No. RM : - - -
Ruangan / Kelas :
Dokter yang merawat :
Penjamin :
Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien Disini

FORMULIR PENGKAJIAN RESTRAIN

PENGKAJIAN FISIK DAN MENTAL

Kesadaran : Compos Mentis Apatis Delirium Somnolen Sopor Koma
Glasgow Coma Scale (GCS) : E..... M..... V.....
Tanda Tanda Vital (TTV) : TD:mmHg, Nadi:x/menit, RR:x/menit, SPO2: %, Suhu:°C
Skala Nyeri : , Metode Nyeri:
Hasil Observasi : Pasien gelisah atau delirium
 Pasien tidak kooperatif
 Ketidakmampuan dalam mengikuti perintah untuk tidak meninggalkan tempat tidur

PERTIMBANGAN KLINIS

☐ Membahayakan diri sendiri
☐ Membahayakan orang lain
☐ Gagal meminimalkan penggunaan restrain

PENILAIAN DAN INSTRUKSI DOKTER

1. Restrain Non Farmakologi
☐ Restrain tempat tidur atau Hand rail
☐ Restrain pergelangan tangan :
 ○ Tangan Kanan
 ○ Tangan Kiri
☐ Restrain pergelangan kaki :
 ○ Kaki Kanan
 ○ Kaki Kiri
☐ Lain-lain :
2. Restrain Farmakologi :

RENCANA PENGKAJIAN LANJUTAN

☐ Restrain Non Farmakologi:
 ○ Pengkajian satu jam pertama
 ○ Pengkajian dua jam pertama
 ○ Pengkajian lanjutan setiap 2 jam
 ○ Pengkajian lanjutan setiap 4 jam
☐ Restrain Farmakologi :
 ○ Observasi tanda vital 30 menit atau 1 jam setelah pemakaian restrain
 ○ Observasi lanjutan setiap satu jam

MONITORING PEMASANGAN RESTRAIN

No	Tipe Restrain	Lama Restrain	Frekuensi Evaluasi penggunaan restrain (minimal 24 jam)					Nama dan Paraf
			Observasi (jam)	Kondisi area pemasangan restrain				
1				<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Lecet/Luka	<input type="checkbox"/> Lebam	<input type="checkbox"/>	
2				<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Lecet/Luka	<input type="checkbox"/> Lebam	<input type="checkbox"/>	
3				<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Lecet/Luka	<input type="checkbox"/> Lebam	<input type="checkbox"/>	
4				<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Lecet/Luka	<input type="checkbox"/> Lebam	<input type="checkbox"/>	
5				<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Lecet/Luka	<input type="checkbox"/> Lebam	<input type="checkbox"/>	
6				<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Lecet/Luka	<input type="checkbox"/> Lebam	<input type="checkbox"/>	
7				<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Lecet/Luka	<input type="checkbox"/> Lebam	<input type="checkbox"/>	
8				<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Lecet/Luka	<input type="checkbox"/> Lebam	<input type="checkbox"/>	
9				<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Lecet/Luka	<input type="checkbox"/> Lebam	<input type="checkbox"/>	
10				<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Lecet/Luka	<input type="checkbox"/> Lebam	<input type="checkbox"/>	

PENDIDIKAN RESTRAIN PASIEN ATAU KELUARGA

☐ Menjelaskan alasan penggunaan restrain sebagai prosedur *emergency*
☐ Menjelaskan kriteria hasil observasi atau ketentuan restrain
☐ Memberikan informasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga

KRITERIA PELEPASAN RESTRAIN

☐ Kondisi yang membahayakan sudah teratasi
☐ Pasien tidak berpotensi membahayakan diri sendiri, staf dan orang lain
☐ Batas waktu pemberlakuan maksimal 24 jam atau atas instruksi DPJP
☐ Kebutuhan pasien dapat terpenuhi atau ada intervensi alternatif lainnya

Tanggal Pengkajian:/...../20....., Pukul::..... WIB

(Tanda Tangan dan Nama Petugas)

FORMULIR PENGKAJIAN RESTRAIN



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PENGKAJIAN PEMASANGAN RESTRAIN
156/F/RM/RSIH/III/2023 (RM 12.10) - Rev.00**

1. PENGERTIAN

Formulir Pengkajian Restrain adalah berkas yang mendokumentasikan hasil pengkajian atau hasil pemeriksaan pasien untuk dilakukan pemasangan restrain, dan untuk monitoring setelah restrain digunakan maksimal selama 1x24 jam.

TUJUAN

Untuk acuan dan monitoring dalam pelaksanaan pemasangan restrain kepada pasien

2. KEGUNAAN

Sebagai bukti tertulis telah dilakukan pengkajian atau pemeriksaan dengan langkah-langkah yang sesuai dalam pemasangan restrain kepada pasien

3. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Dokter Penanggung Jawab Pasien, Perawat, Bidan.

4. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh Perawat dan Bidan.

5. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
Kolom Identitas Pasien	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.	Perawat/Bidan	Jika stiker tidak tersedia, diisi secara manual
Nama	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran, dengan menggunakan huruf kapital	Perawat/Bidan	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal lahir	Diisi tanggal lahir pasien	Perawat/Bidan	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Jenis kelamin (L/W)	Dilingkari pada huruf yang sesuai dengan jenis kelamin pasien "L" untuk laki laki, "W" untuk wanita	Perawat/Bidan	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
No. RM	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Perawat/Bidan	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Ruang/Kelas	Diisi nama Ruangan/kelas yang sedang ditempati oleh pasien	Perawat/Bidan	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.

Dokter yang merawat	Diisi nama dokter DPJP yang menangani pasien	Perawat/Bidan	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	Perawat/Bidan	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
PENGKAJIAN FISIK DAN MENTAL	Diisi saat akan melakukan pemasangan restrain	Perawat/Bidan	Diisi saat melakukan pemeriksaan pasien
Kesadaran	Diisi dengan memberikan tanda ceklis pada kolom yang telah disediakan dan disesuaikan dengan kondisi kesadaran pasien	Perawat/Bidan	Diisi saat melakukan pemeriksaan pasien
Glasgow Coma Scale (GCS)	Diisi dengan menuliskan jumlah skor GCS pasien setelah dikaji, E (Eye) M (Motorik) V (Verbal)	Perawat/Bidan	Diisi saat melakukan pemeriksaan pasien
Tanda Tanda Vital (TTV)	Diisi dengan menuliskan hasil TTV pasien setelah dikaji	Perawat/Bidan	Diisi saat melakukan pemeriksaan pasien
Skala Nyeri	Diisi dengan menuliskan jumlah skor nyeri pasien setelah dikaji dan menuliskan metode nyeri apa yang digunakan untuk melakukan pengkajian nyeri pasien	Perawat/Bidan	Diisi saat melakukan pemeriksaan pasien
Hasil Observasi	Diisi dengan memberikan tanda ceklis pada kolom yang telah disediakan, yang sesuai dengan kondisi pasien sebagai alasan dilakukan pemasangan restrain	Perawat/Bidan	Diisi saat melakukan pemeriksaan pasien
PERTIMBANGAN KLINIS	Diisi dengan memilih dan memberikan tanda ceklis pada kolom yang telah disediakan, yang sesuai dengan kondisi pasien sebagai alasan dilakukan pemasangan restrain berdasarkan dari klinis pasien	Perawat/Bidan	Diisi saat melakukan pemeriksaan pasien
PENILAIAN DAN INSTRUKSI DOKTER	Diisi sesuai dengan instruksi dokter	Perawat/Bidan	Diisi saat melakukan pemeriksaan pasien
1. Restrain Non Farmakologi	Diisi dengan memberikan ceklis pada kolom yang telah disediakan (jika instruksi dokter harus dilakukan pemasangan restrain secara non farmakologi), ceklislah pada kolom dan lingkaran, sesuai dengan restrain yang terpasang pada anggota tubuh pasien	Perawat/Bidan	Diisi saat melakukan pemeriksaan pasien
2. Restrain Farmakologi :	Diisi dengan menuliskan nama terapi/obat yang digunakan untuk restrain secara farmakologi	Perawat/Bidan	Diisi saat melakukan pemeriksaan pasien
RENCANA PENGKAJIAN LANJUTAN	Diisi sesuai dengan jenis restrain yang digunakan (Non Farmakologi/ Farmakologi)	Perawat/Bidan	Diisi saat melakukan pemeriksaan pasien
<input type="checkbox"/> Restrain Non Farmakologi:	Diisi dengan memberikan ceklis pada kolom yang telah disediakan (jika instruksi dokter harus dilakukan pemasangan restrain secara non farmakologi), kemudian pilih dan berikan tanda ceklis pada tanda lingkaran yang tersedia	Perawat/Bidan	Diisi saat melakukan pemeriksaan pasien

	sesuai rencana dan instruksi dokter dalam melakukan pengkajian lanjutan		
<input type="checkbox"/> Restrain Farmakologi :	Diisi dengan memberikan ceklis pada kolom yang telah disediakan (jika instruksi dokter harus dilakukan pemasangan restrain secara farmakologi), kemudian pilih dan berikan tanda ceklis pada tanda lingkaran yang tersedia sesuai rencana dan instruksi dokter dalam melakukan pengkajian lanjutan	Perawat/Bidan	Diisi saat melakukan pemeriksaan pasien
MONITORING PEMASANGAN RESTRAIN	Diisi dengan mengisi evaluasi hasil pengkajian ulang untuk restrain non farmakologi dan untuk farmakologi boleh didokumentasikan di Formulir CPPT/Flowsheet/Catatan tindakan keperawatan	Perawat/Bidan	Diisi saat melakukan pemeriksaan pasien
Tipe Restrain	Diisi dengan menuliskan tipe restrain yang digunakan kepada pasien (Tali/kain, dll)	Perawat/Bidan	Diisi saat melakukan pemeriksaan pasien
Lama Restrain	Diisi dengan menuliskan lama waktu yang diperlukan untuk pemasangan restrain, maksimal evaluasi 1x24jam	Perawat/Bidan	Diisi saat melakukan pemeriksaan pasien
Frekuensi Evaluasi penggunaan restrain (minimal 24 jam)	<p>Observasi (jam) : Diisi dengan menuliskan jam/pukul berapa dilakukan pengkajian ulang</p> <p>Kondisi area pemasangan restrain : Diisi dengan memberikan tanda ceklis pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan kondisi area tubuh yang terpasang restrain atau menuliskan kondisi lain di kolom kosong yang tersedia</p> <p>Nama dan Paraf : Diisi dengan menuliskan nama dan paraf petugas yang melakukan monitoring pemasangan restrain</p>	Perawat/Bidan	Diisi saat melakukan pemeriksaan pasien
PENDIDIKAN RESTRAIN PASIEN ATAU KELUARGA	Diisi dengan memilih dan memberikan tanda ceklis pada kolom yang telah disediakan, mengenai pendidikan/ penjelasan apa yang telah diberikan kepada pasien/keluarga tentang restrain	Perawat/Bidan	Diisi saat melakukan pemeriksaan pasien
KRITERIA PELEPASAN RESTRAIN	Diisi dengan memilih dan memberikan tanda ceklis pada kolom yang telah disediakan, mengenai kriteria pelepasan restrain kepada pasien/keluarga	Perawat/Bidan	Diisi saat melakukan pemeriksaan pasien
Tanggal Pengkajian:/...../20....., Pukul::.....WIB	Diisi dengan menuliskan Tanggal dan jam dilakukan pengkajian	Perawat/Bidan	Diisi setelah melakukan pengkajian/ pemeriksaan

(Tanda Tangan dan Nama Petugas)	Diisi dengan menuliskan Nama dan tanda tangan petugas yang melakukan pengkajian/pemeriksaan	Perawat/Bidan	Diisi setelah melakukan pengkajian/pemeriksaan
---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	------------------------------------------------