

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 16080296125
 Nama Lengkap : Kartini-C
 Unit/Divisi/Komite : Keperawatan
 No. Telepon/Ext : 5202
 E-mail : andrawati.kartini@gmail.com

Tanggal : 23 November 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 006/F/RM/RSIH/IX/2022
 No/Kode RM : 3.12 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke : 1

Logistik Formulir

(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 0

Buffer stock : 10

Proses PO : 2 minggu

Waktu :

Paraf



Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

menyesuaikan dengan penilaian akreditasi.

EP 4 : Mutu pendokumentasian rekam

medik : Resume pasien pulang dilakukan verifikasi

oleh kepala ruang.

Komponen Perubahan

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

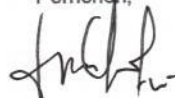
form lama dan form baru terlampir.

(ditambahkan nama kar/kanit/PJ shift

untuk melakukan TTD bukti verifikasi.

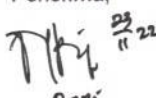
Tanda Tangan

Pemohon,




Tanda Tangan

Penerima,




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	
Ace			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Acc (Rev. minor)			
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
disesuaikan dgn akreditasi		Ditindaklanjuti sesuai dengan revisi	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc		Acc	

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

	Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat) Nama : Tanggal Lahir : (L/W)* No. RM : Ruangan/Kelas : / DPJP : Penjamin : <i>Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini</i>
(Diisi oleh Perawat/Bidan) Cara Pasien Keluar : <input type="checkbox"/> Pulang dengan ijin dokter <input type="checkbox"/> Pulang atas permintaan sendiri <input type="checkbox"/> Melarikan diri Kondisi pasien saat keluar : <input type="checkbox"/> Belum sembuh <input type="checkbox"/> Perbaikan Alamat : No. Telp/HP : Keadaan saat pulang : <input type="checkbox"/> Suhu :°C <input type="checkbox"/> Pernafasan :x/menit <input type="checkbox"/> SPO2 :% <input type="checkbox"/> Nadi : x/menit <input type="checkbox"/> Tekanan darah : mmHg BAB : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ileostomy <input type="checkbox"/> Colostomy BAK : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Terpasang kateter, tanggal pemasangan kateter/...../..... Diganti tanggal/...../.....	
DIISI KHUSUS PASIEN KEBIDANAN	
Kontraksi Uterus <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Tidak Tinggi fundus Utericm Vulva <input type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kotor <input type="checkbox"/> Bengkak Luka perineum <input type="checkbox"/> Kering <input type="checkbox"/> Basah Lochea <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Sanguinolenta <input type="checkbox"/> Serosa <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Parulenta <input type="checkbox"/> Lochiotosis	
(Diisi oleh Perawat/Bidan) Luka/Luka Operasi <input type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kering Ada cairan dari luka, jelaskan..... Tingkat mobilisasi <input type="checkbox"/> Minimal care <input type="checkbox"/> Partial care <input type="checkbox"/> Total care Alat Bantu <input type="checkbox"/> Tongkat <input type="checkbox"/> Kursi Roda <input type="checkbox"/> Blankar <input type="checkbox"/> Lain-lain.....	
DIAGNOSA KEPERAWATAN SELAMA DI RAWAT	
<input type="checkbox"/> Diare <input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan nutrisi : lebih/kurang* <input type="checkbox"/> Gangguan pertukaran gas <input type="checkbox"/> Risiko cedera <input type="checkbox"/> Hipertermi/Hipotermi* <input type="checkbox"/> Mual <input type="checkbox"/> Nyeri Akut/Kronis* <input type="checkbox"/> Kekurangan/kelebihan* volume cairan <input type="checkbox"/> Ikterik Neonatus <input type="checkbox"/> Intoleransi Aktifitas <input type="checkbox"/> Kerusakan Integritas kulit <input type="checkbox"/> Perfusi perifer tidak efektif	
EDUKASI KESEHATAN YANG DIBERIKAN	
<input type="checkbox"/> Persiapan lingkungan & fasilitas untuk perawatan di rumah <input type="checkbox"/> Cara perawatan payudara <input type="checkbox"/> Cara perawatan luka <input type="checkbox"/> Cara memandikan bayi <input type="checkbox"/> Cara batuk efektif <input type="checkbox"/> Cara menyusui bayi <input type="checkbox"/> Cara melakukan vulva/penis hygiene <input type="checkbox"/> Cara merawat tali pusat <input type="checkbox"/> Cara pemberian makan & minum <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> NGT/OGT* <input type="checkbox"/> : Batasan cairan,ml/hari <input type="checkbox"/> Cara penanganan nyeri : Farmakologi (obat) Non Farmakologi (relaksasi, distraksi, dll) <input type="checkbox"/> Bila nyeri bertambah berat segera ke RS	

RESUME KEPERAWATAN

HASIL PEMERIKSAAN YANG DISERAHKAN PADA KELUARGA

1 HASIL LABORATORIUM

No	Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Lembar	Keterangan

2 HASIL RADIOLOGI

No	Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Lembar	Keterangan

3 HASIL LAINNYA (EKG, ECHO, dsb)

No	Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Lembar	Keterangan

- 4 Surat Keterangan Sakit

☐ Ya

☐ Tidak
- 5 Surat Asuransi

☐ Ya

☐ Tidak
- 6 Discharge Sumary

☐ Ya

☐ Tidak
- 7 Surat Keterangan Lahir (SKL)

☐ Ya

☐ Tidak
- 8 Kartu Golongan Darah Bayi

☐ Ya

☐ Tidak
- 9 Lain-lain.....

RENCANA KONTROL SELANJUTNYA

HARI	TANGGAL		NAMA DOKTER YANG MERAWAT	KONTROL KE....
	/	/	dr.	
	/	/	dr.	
	/	/	dr.	

Garut, .../.../20....., Pukul.....WIB

Perawat/Bidan

Kepala Ruangan/Unit/PJ Shift

Penjemput

(.....)

(.....)

(.....)

Nama Jelas dan paraf

Nama Jelas dan paraf

Hubungan dengan pasien:.....



TATA CARA PENGISIAN FORMULIR RESUME KEPERAWATAN

066/F/RM/RSIH/IX/2022 (RM 3.17) - Rev.01

1. PENGERTIAN

Resume keperawatan adalah rekapan semua catatan proses keperawatan yang telah diberikan selama pasien menjalani perawatan dan edukasi yang diberikan kepada pasien disertai dengan semua list dokumen yang ada.

2. TUJUAN

Agar seluruh berkas dan pencatatan yang telah dilakukan terekap dengan baik

3. KEGUNAAN

Sebagai bukti dalam pelayanan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Perawat/Bidan penanggung jawab asuhan dan Ketua Tim

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Perawat/Bidan sebagai penanggung jawab asuhan menyiapkan formulir pada saat pasien direncanakan pulang.
- b. Perawat Penanggung Jawab Asuhan mengisi semua formulir dari cara, kondisi dan keadaan saat keluar, data pasien kebidanan (khusus untuk pasien kebidanan), Diagnosa Keperawatan selama di rawat, edukasi kesehatan yang telah diberikan, hasil pemeriksaan penunjang yang akan diserahkan kepada keluarga, dan rencana kontrol.
- c. Perawat/bidan menandatangani form resume keperawatan dan Ketika berkas diberikan kepada penanggung jawab pasien/penjemput harus ditandatangani oleh yang menerima berkas tersebut.
- d. Perawat ketua tim/ penanggung jawab shift menyimpan formulir yang sudah diisi lengkap pada status pasien/berkas rekam medis pasien tersebut.

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Kolom identitas pasien	Diisi dengan nama pasien, tanggal lahir pasien, jenis kelamin pasien, nomor rekam medik pasien, ruangan/kelas saat pasien diberikan penjelasan oleh dokter, nama dokter yang memberikan penjelasan tindakan medik kepada pasien dan penjamin pasien. Atau dapat tempelkan stiker pasien.	PPJA (Perawat/ bidan)
Cara Pasien Keluar	Diisi dengan tanda ceklist (v) pada salah satu pilihan	PPJA (Perawat/ bidan)
Kondisi pasien saat keluar	Diisi dengan tanda ceklist (v) pada salah satu pilihan	PPJA (Perawat/ bidan)
Alamat	Diisi alamat lengkap pasien	PPJA (Perawat/ bidan)
No. Telp/HP	Diisi dengan nomer telepon rumah atau nomor handphone pasien	PPJA (Perawat/ bidan)

Keadaan saat pulang	Diisi semua hasil pemeriksaan TTV terakhir pasien sebelum pulang meliputi suhu, nadi pernafasan, tekanan darah dan saturasi oksigen/SPO2	PPJA (Perawat/ bidan)
BAB	Diisi dengan tanda ceklist (v) pada salah satu pilihan	PPJA (Perawat/ bidan)
BAK	Diisi dengan tanda ceklist (v) pada salah satu pilihan, untuk yang terpasang kateter diisi tanggal pemasangan dan kapan harus diganti	PPJA (Perawat/ bidan)
DIISI KHUSUS PASIEN KEBIDANAN	Apabila pasien kebidanan wajib diisi lengkap, kalau bukan kebidanan bisa di coret	PPJA (Perawat/ bidan)
*Kontraksi Uterus	Diisi dengan tanda ceklist (v) pada salah satu pilihan	PPJA (Perawat/ bidan)
*Tinggi fundus uteri	Diisi nilai hasil pemeriksaan dalam satuan sentimeter	PPJA (Perawat/ bidan)
*Vulva	Diisi dengan tanda ceklist (v) pada salah satu pilihan	PPJA (Perawat/ bidan)
*Luka Perineum	Diisi dengan tanda ceklist (v) pada salah satu pilihan	PPJA (Perawat/ bidan)
*Luka/Luka Operasi	Diisi dengan tanda ceklist (v) pada salah satu pilihan, bila terdapat cairan maka dijelaskan apakah ada nyeri tekan, kemerahan dan pembengkakan serta warna dan jumlah cairan yang keluar	PPJA (Perawat/ bidan) PPJA (Perawat/ bidan)
*Tingkat Mobilisasi	Diisi dengan tanda ceklist (v) pada salah satu pilihan	PPJA (Perawat/ bidan)
*Alat Bantu	Diisi dengan tanda ceklist (v) pada salah satu pilihan atau ditulis di lain-lain apabila alat bantu selain yang tercantum	PPJA (Perawat/ bidan)
Diagnosa Keperawatan selama di rawat	Diisi dengan tanda ceklist (v) pada salah satu kolom atau diisi dengan diagnosa yang tidak ada dipilihan di kolom titik-titik diagnosa sesuai dengan diagnosa selama perawatan	PPJA (Perawat/ bidan)
Edukasi yang diberikan	Diisi dengan tanda ceklist (v) pada salah satu kolom atau diisi dengan diagnosa yang tidak ada dipilihan di kolom titik-titik untuk edukasi kesehatan yang telah diberikan *Untuk Edukasi cara pemberian makan dan minum ditulis Batasan cairan yang harus diberikan	PPJA (Perawat/ bidan)
Hasil Lab	Diisi nomor urutan untuk setiap berkas, Tanggal pemeriksaannya, jenis pemeriksaam dan jumlah lembarannya. Kolom keterangan ditulis apa bila ada hal yang harus dijelaskan	PPJA (Perawat/ bidan)
Hasil Radiologi	Diisi nomor urutan untuk setiap berkas, Tanggal pemeriksaannya, jenis pemeriksaam dan jumlah lembarannya. Kolom keterangan ditulis apa bila ada hal yang harus dijelaskan	PPJA (Perawat/ bidan)
Hasil lainnya	Diisi nomor urutan untuk setiap berkas, Tanggal pemeriksaannya, jenis pemeriksaam dan jumlah lembarannya. Kolom keterangan ditulis apa bila ada hal yang harus dijelaskan	PPJA (Perawat/ bidan)
Surat Keterangan Sakit	Diisi dengan melakukan ceklist pada kolom ya jika diberikan dan Tidak apabila tidak ada	PPJA (Perawat/ bidan)
Surat Asuransi	Diisi dengan melakukan ceklist pada kolom ya jika diberikan dan Tidak apabila tidak ada	PPJA (Perawat/ bidan)
Discharge Summary	Diisi dengan melakukan ceklist pada kolom ya jika diberikan dan Tidak apabila tidak ada	PPJA (Perawat/ bidan)

Surat Keterangan Lahir (SKL)	Diisi dengan melakukan ceklist pada kolom ya jika diberikan dan Tidak apabila tidak ada	PPJA (Perawat/ bidan)
Kartu Golongan Darah Bayi	Diisi dengan melakukan ceklist pada kolom ya jika diberikan dan Tidak apabila tidak ada	PPJA (Perawat/ bidan)
Lain-lain	Diisi dengan berkas lain yang belum tercantum yang akan dibawa oleh Pasien/penanggungjawab pasien	PPJA (Perawat/ bidan)
Rencana Kontrol selanjutnya	Diisi untuk jadwal kontrol yang diintruksikan oleh dokter meliputi hari, tanggal nama dokter yang merawat dan nama poliklinik untuk kontrolnya	PPJA (Perawat/ bidan)
Kolom Tanggal	Diisi tanggal dan jam	PPJA (Perawat/ bidan)
Perawat	Nama Perawat yang memberikan informasi(PPJA) dan paraf	PPJA (Perawat/ bidan)
Kepala Ruangan/Unit/PJ Shift	Nama Kepala ruangan/unit/PJ Shift yang melakukan verifikasi dan paraf	Kepala Ruangan/Unit/PJ Shift
Penjemput	Diisi nama dan paraf penjemput yang telah diberikan pemaparan serta dituliskan hubungan dengan pasien	PPJA (Perawat/ bidan)