

FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 16020190095
Nama Lengkap : Muhammad Akbar
Unit/Divisi/Komite : UED
No. Telepon/Ext : 0812 2252 1151
E-mail : kew2666@gmail.com

Tanggal : 12 Mei 2023

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
No/Kode Formulir : 161/F/RM/RSIH/V/ 2023
No/Kode RM : RM. 2.20 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : -

Logistik Formulir
(diisi oleh petugas logistik)

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

Paraf

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
karena ada untuk mendukung pelayanan baru
(code stroke) dalam dokumentasi keperawatan di
UED.

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

Tanda Tangan
Penerima,

Muhamad Akbar, S.Kep., Ners
503/9492/SIPP-31720kes/2017

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069


Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
Fu 1 ply bolak-balik			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc Revisi Minor		dr. Nasir Okbah, Sp.N 503/15127/44.dr.s/Dinkes/2021	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Acc revisi minor & penulisan		dr. Syifa Nurul Hayati, Sp.N 503/10559/2017 dr. u/05/04/2017	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Penomoran sudah di sesuaikan.	Harahy 12/05/23	Ditin & klan gati	Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
	dr. Nasir Okbah, Sp.N NIP. 14080287016	Acc	dr. Muhammad Hasan, NARS NIP. 21110183633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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



Identitas Pasien *(Diisi oleh PPA)*

Nama

:

Tanggal Lahir

:

No. RM

:

(L / W)*

Ruangan/Kelas

:

Dokter DPJP Utama

:

Penjamin

:

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

PROTOKOL S1

Waktu Onset Gejala

:

Waktu Masuk UGD

:

SKRINING GEJALA STROKE (Tandai ☒ Jika Ya)

NORMAL

☐ Kelemahan wajah

Kedua sisi wajah bergerak sama

☐ Kelemahan lengan

Kedua lengan bergerak sama

☐ Fungsi bicara/ bahasa

Pasien mengucapkan kata-kata dengan jelas

☐ Pengiriman segera ke pusat stroke terdekat

☐ Onset gejala ≤ 3 jam yang lalu

☐ Onset Gejala > 3 jam yang lalu

☐ Waktu onset tidak diketahui

☐ Pengiriman segera ke pusat stroke terdekat

ABNORMAL

☐ Satu sisi wajah tidak bergerak (mulut mencong)

☐ Kelemahan/ lumpuh salah satu lengan

☐ Pelo dan/ atau gangguan berbahasa

Pemberitahuan ke rumah sakit saat dalam perjalanan (bila menggunakan ambulans RS Intan Husada)

☐ Siagakan rumah sakit

☐ Infokan kemungkinan untuk dilakukan terapi trombolisis

☐ Pastikan akses saat tiba untuk pencitraaan (CT atau MRI) Kepala

Airways, Breathing, Circulation (ABCs)

☐ Pasang akses intravena (sebaiknya kateter intravena) dan mulai dengan infus NaCl 0,9 % atau Ringqer Laktat atau Ringqer Asetat

☐ Ukur saturasi oksigen, dan berikan O2 jika SaO2 <95 % (hati-hati pasien PPOK)

☐ Elevasi kepala 20-30°

Tes gula darah:

mg/dL

☐ Hipoglikemia: <60 mg/dL (< 3,3 mmol/L) → bolus dextrosa i.v atau infus glukosa 10-20 %

☐ Hiperglikemia: > 180 mg/dL (< 10 mmol/L) → gunakan infus NaCl 0,9 % i.v dan hindari larutan glukosa.

☐ Konsultasikan ke dokter jika diperlukan titrasi insulin

Tekanan darah:

mmHg

☐ Hipotensi: TD Sistolik ≤ 120 mmHg (tidak ada tanda gagal jantung kongestif) → 500 mL larutan kristaloid atau NaCl 0,9 % i.v

☐ Hipertensi : TD Sistolik < 220 mmHg ≥ 120 mmHg → tidak ada tindakan

☐ Hipertensi : TD Sistolik > 220 mmHg; td Diastolik > 120 mmHg → Penurunan tekanan darah dengan hati-hati direkomendasikan dalam pengawasan ketat. Hindari nifedipin sublingual. Kontak dokter, pertimbangkan pemberian nicardipine i.v.

Riwayat penyakit saat ini

☐ Gangguan koagulasi

☐ Diabetes

☐ Gagal jantung

☐ Hipertensi

☐ Keganasan

☐ Penyakit pernafasan

☐ Prosedur invasif atau operasi terbaru

Pengobatan saat ini (silahkan tuliskan)

Tingkat fungsional dan kemandirian sebelum gejala muncul

Modified Rankin Score

4 minggu sebelum serangan stroke (status komorbid)

24 jam

72 jam

0 = Tidak ada gejala

☐

☐

☐

1 = Gejala ringan, dapat melakukan pekerjaan dan aktifitas sebelumnya

☐

☐

☐

2 = tidak dapat melakukan aktifitas sebelumnya tetapi dapat mandiri tanpa perlu bantuan untuk aktifitas mengurus diri sehari-hari (activity daily living - ADL)

☐

☐

☐

3 = Membutuhkan bantuan untuk ADL tetapi dapat berjalan sendiri

☐

☐

☐

4 = Tidak dapat berjalan tanpa bantuan dan tidak dapat mengurus diri sendiri

☐

☐

☐

5 = *Bedridden* , inkontinensia, dan membutuhkan perawatan rutin

☐

☐

☐

6 = Meninggal dunia

☐

☐

☐

Perawatan lanjutan pasien saat perjalanan

☐ Berbaring

☐ Kepala dinaikkan 30° jika tidak muntah

Perkembangan pasien

☐ Stabil

☐ Tidak stabil

☐ Membaik

☐ Memburuk

Nama dan Tanda tangan petugas

Tanggal :

Jam :

*Ceklis sesuai dengan kondisi pasien

161/F/RM/RSIH/V/2023 (Rev.00)

FORMULIR PROTOKOL STROKE PRE HOSPITAL

TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PROTOKOL STROKE PRE HOSPITAL
161/F/RM/RSIH/V/2023 – RM 2.20 (Rev.00)

1. PENGERTIAN

Formulir Protokol Stroke Pre Hospital adalah berkas yang berisikan informasi penilaian awal pasien stroke, skrining tanda dan gejala stroke, pemberitahuan ke rumah sakit saat dalam perjalanan, Airways Breathing Circulations, tingkatan fungsional dan kemandirian sebelum gejala muncul, perawatan lanjutan pasien saat perjalanan, dan perkembangan pasien.

2. TUJUAN

Untuk memberikan informasi kepada petugas UGD tentang hal-hal yang berkaitan dengan pasien dari segi medis dan keperawatan.

3. KEGUNAAN

Mendokumentasikan kondisi pasien pada saat masuk UGD, pemeriksaan selama di UGD, terapi dan tindak lanjut pasien di UGD.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Dokter Jaga UGD dan perawat UGD

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh dokter dan perawat UGD

6. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
Kolom Identitas Pasien	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.	Perawat	Dapat ditempelkan stiker identitas pasien dan jika stiker belum tersedia, diisi secara manual
Nama	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran, dengan menggunakan huruf kapital	Perawat	Dapat ditempelkan stiker identitas pasien
Tanggal lahir	Diisi tanggal lahir pasien	Perawat	Dapat ditempelkan stiker identitas pasien
Jenis kelamin (L/W)	Dilingkari pada huruf yang sesuai dengan jenis kelamin pasien "L" untuk laki laki, "W" untuk wanita	Perawat	Dapat ditempelkan stiker identitas pasien
No. RM	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Perawat	Dapat ditempelkan stiker identitas pasien

DPJP	Diisi nama dokter DPJP yang menangani pasien	Perawat	Dapat ditempelkan stiker identitas pasien
Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	Perawat	Dapat ditempelkan stiker identitas pasien
Waktu onset gejala	Diisi waktu saat awal pasien mengalami gejala stroke	Perawat	Diisi jam kapan kejadian
Skrining gejala stroke	Diisi dengan cara menceklis atau Ya pada kolom yang sudah tersedia	Perawat/dokter	Tandai ceklis atau ya
Pemberitahuan ke rumah sakit saat dalam perjalanan	Diisi dengan cara menceklis atau Ya pada kolom yang sudah tersedia	Perawat/dokter	Tandai ceklis atau ya
Airways, Breathing, Circulation (ABCs)	Diisi dengan cara menceklis atau Ya pada kolom yang sudah tersedia	Perawat/dokter	Tandai ceklis atau ya
Tes gula darah	Diisi dengan cara mengecek terlebih dahulu tes gula darah pada saat tiba di UGD	Perawat/dokter	Isi hasil gula darah dan tandai ceklis atau ya pada kolom yang tersedia
Tekanan darah	Diisi dengan cara mengecek terlebih dahulu tekanan darah pada saat tiba di UGD	Perawat/dokter	Isi hasil tekanan darah dan tandai ceklis atau ya pada kolom yang tersedia
Riwayat penyakit saat ini	Diisi dengan cara menceklis atau Ya pada kolom yang sudah tersedia	Perawat/dokter	Tuliskan jika ada sedang pengobatan pada kolom yang tersedia
Tingkatan fungsional	Diisi dengan skor yang sudah tersedia	Perawat/dokter	Tuliskan skor nya pada kolom yang tersedia
Perawatan lanjutan pasien saat perjalanan	Diisi dengan cara menceklis atau Ya pada kolom yang sudah tersedia	Perawat/dokter	Tandai ceklis atau ya
Perkembangan pasien	Diisi dengan cara menceklis atau Ya pada kolom yang sudah tersedia	Perawat/dokter	Tandai ceklis atau ya
Nama dan tanda tangan petugas	Diisi dengan mencantumkan nama dan tanda tangan	Perawat/dokter	Dapat diisi dengan manual atau bisa menggunakan cap petugas