SURAT KEPUTUSAN

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOMPU

NOMOR : /SK / / TAHUN 2016

TENTANG

Panduan Pengisian Berkas Rekam Medis

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOMPU

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Menimbang:  Mengingat: | a.  b.  c.  1.  2.  3.  4.  5.  6. | bahwa untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit wajib mempunyai data statistic yang up to date;  bahwa agar pelayanan di RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOMPU dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya Peraturan Direktur tentang Panduan Pengisian Berkas Rekam Medis sebagai kewajiban bagi petugas untuk mengisi berkas rekam medis diseluruh pelayanan di RSU;  bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam a dan b, perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOMPU.  Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran ;  Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapakali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);  Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);  Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) ;  Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan-Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);  Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis;  Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik; |

**MEMUTUSKAN**

Menetapkan :

Pertama : Memberlakukan Surat Keputusan Direktur RSUD Dompu

Tentang Panduan Pengisian Rekam Medis

Kedua : Pedoman Pengisian Rekam Medis sebagaimana tercantum dalam

Lampiran Keputusan ini.

Ketiga ; Keputusan ini berlaku terhitung sejak tanggal ditetapkan sampai

ada ketentuan lain yang mengatur hal yang sama.

Keempat : Apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam Surat Keputusan

ini, akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Dompu

Pada tanggal :

DIREKTUR RSUD Dompu

dr. Dias indarko,

Lampiran Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Dompu.

Nomor : /SK / / 2016

Tanggal : .

**Panduan pengisian Berkas rekam medis**

**DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOMPU**

Kewajiban petugas untuk mengisi berkas rekam medis secara jelas, benar, lengkap dan tepat waktu

1. Jelas adalah : dapat dibaca oleh setiap orang yang berkepentingan
2. Benar : adalah sesuai dengan bukti diri pasien
3. Lengkap : adalah berkas rekam medis yang diisi secara lengkap sesuai dengan pedoman
4. Tepat waktu : adalah penyelesaian atau pengisian rekam medis sesuai dengan batas waktu yang telah ditetapkan dalam pedoman (2x24 jam berkas kembali ke Unit rekam medis, 14 hari selesai dilengkapi di ruang perawatan dan kembali ke Instalasi rekam medis, 30 hari semua laporan PA selesai untuk disimpan.)

Komponen kelengkapan berkas rekam medis :

1. Dokumen rekam Medis Rawat Jalan
   1. Identitas Pesien
   2. Tanggal dan waktu
   3. Anamnesis
   4. Diagnosis
2. Dokumen Rekam Medis Rawat Inap
   1. Identitas Pesien
   2. Tanggal dan waktu
   3. Assesmen medis rawat inap pasien penyakit dalam
   4. Lembar rencana asuhan medis
   5. Catatan perkembangan pasien terintegrasi
   6. Lembar konsultasi
   7. Resume Medis
   8. Pengkajian Keperawatan
   9. Rencana keperawatan
   10. Assesmen ulang nyeri
   11. Resume keperawatan
   12. Grafik
   13. Surat persetujuan dilakukan sentralisasi obat
   14. Catatan pemberian infus
   15. Daftar rekap pemberian obat pasien
   16. Hasil pemeriksaan lab da rontgen
   17. Pesanan Pulang
3. Dokumen rekam Medis Gawat Darurat
   1. Identitas Pesien
   2. Kondisi Pasien saat sampai di RS
   3. Tanggal dan waktu
   4. Anamnesis
   5. Pemeriksaan Fisik
   6. Diagnosis
   7. Rencana dan tindakan pelayanan selanjutnya.
   8. Nama dan tanda tangan dokter
4. Informasi yang wajib diisi oleh DPJP dalam dokumen rekam medis adalah :
5. Diagnosa masuk dan keluar rumah sakit
6. Pemeriksaan awal pasien masuk rumah sakit
7. Rencana asuhan medis
8. Lembar catatan perkembangan terintegrasi.
9. Resume medis
10. Pesanan pulang
11. Informasi yang wajib diisi oleh staf keperawatan :

a. Pengkajian keperawatan

b. Rencana keperawatan

c. keluhan nyeri

d. Catatan perkembangan pasien terintegrasi

1. Informasi yang wajib diisi oleh staf non keperawatan (farmasi,gizi,

radiologidll) :

* 1. Catatan perkembangan pasien terintegrasi

VIII. Mekanisme transfer informasi medis dalam berkas rekam medis :

1. Central Opname

Pasien datang ke RSUD Dompu masuk ke ruang Pendaftaran (TPPRJ/TPPRI)

Pasien akan dibuatkan berkas rekam medis (rawat jalan /rawat inap)

Berkas rekam medis dikirimkan ke Klinik untuk pasien rawat jalan dan IGD

Pasien IGD atau rawat jalan yang perlu dirawat akan dibuatkan berkas rekam medis rawat inap

1. Dokter Umum

Dokter umum di IGD/Klinik umum akan menulis semua data medis pasien yang diperiksanya pada berkas rekam medis.

Apabila pasien dikonsulkan kepada dokter konsulen maka dokter umum akan menulis surat konsul pada lembar konsul yang ada atau pada lembar rekam medis

Dokter konsulen akan menjawab konsul secara tertulis pada lembar konsul/lembar rekam medis

1. Laboratorium

Permintaan untuk pemeriksaan lab dibuat oleh dokter pada blanko pemeriksaan lab, dengan menuliskan diagnosa klinis, catatan klinis ringkas dan pemeriksaan yang diminta.

Jawaban hasil pemeriksaan lab ditulis dalam blanko jawaban dalam bentuk data angka dan ekspertise yang ditanda tangani oleh dokter patklin.

1. Radiologi

Permintaan pemeriksaan radiologi/USG dibuat oleh dokter pada blanko pemeriksaan radiologi, dengan menuliskan diagnosa dan temuan klinis serta menuliskan foto rontgen /USG yang diminta.

Jawaban hasil pemeriksaan radiologi/USG ditulis dalam blanko jawaban radiologi dalam bentuk ekspertise yang ditanda tangani oleh dokter radiologi, disertai dengan film foto/foto USG.

1. Apotik

Permintaan obat dan alkes untuk pasien ditulis oleh dokter dalam lembar resep

1. Ruang Perawatan ( Rawat Inap )

Untuk merawat pasien dokter umum/dokter konsulen akan membuat surat permintaan rawat yang ditujukan kepada TPPRI, selanjutnya TPPRI akan menyiapkan berkas rawat inap.

Dokter yang merawat akan mengisi berkas rekam medis pada lembar pemeriksaan awal dengan menuliskan diagnosa kerja dan diagnosa banding, serta rencana pelayanan untuk pasien ybs.

1. DOKTER KONSULEN

Dokter Konsulen akan menjawab konsul dari dokter umum dengan menulis pada lembar konsul.

Dokter konsulen juga dapat mengkonsulkan pasiennya kepada dokter konsulen lainnya, atau menjawab konsul dari dokter konsulen lain, dengan menulis pada lembar konsultasi pasien.

Semua lembar konsul merupakan bagian dari berkas rekam medis.

1. OK

Apabila dokter konsulen merencanakan untuk melakukan tindakan operasi pada pasiennya, maka dokter akan menulis pada rekam medis pasien (instruksi dokter).

Selanjutnya perawat ruangan akan menghubungi petugas kamar bedah (OK) untuk menjadwalkan operasi dan petugas OK akan menuliskan jadwal operasi pada papan jadwal operasi yang ada di kamar bedah agar dapat dibaca oleh semua petugas OK .

1. UNIT GIZI

Dokter Umum/ Konsulen akan menuliskan diet yang dibutuhkan untuk pasien yang dirawat pada berkas rekam medis (pada lembar instruksi dokter).

Selanjutnya perawata ruangan akan melaporkan jenis diet pasien ybs kepada unit Gizi, untuk dibuatkan makanan yang sesuai.

**PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN BERKAS REKAM MEDIS**

1. PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORM REKAM MEDIK RAWAT JALAN :

Rekam Medis Rawat Jalan (Poliklinik)

Rekam Medis Rawat Jalan

Lembar formulir poliklinik digunakan untuk pasien yang berobat jalan.

Rekam Medis Rawat Jalan berisi :

Kulit Rekam Medis (Sampul RM) Berisi :

* + - * 1. No RM ( Nomor Rekam Medik )

Disiapkan oleh petugas MIK dengan menuliskan angka 6 angka (digit), dan diberikan pada saat pasien berobat pertama kali.

* 1. Nama

Ditulis oleh petugas pendaftaran rawat jalan. Untuk penulisan nama pasien, petugas pendaftaran rawat jalan menulis nama pasien dengan nama lengkap sesuai Kartu Tanda Penduduk dengan Huruf Besar /Balok.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMOR FORM | NAMA FORM & PENGGUNAAN | PETUGAS YANG MENGISI & PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN REKAM MEDIS. |
| **RMRJ** | REKAM MEDIK RAWAT JALAN  Formulir ini digunakan untuk semua poliklinik di RSUD Dompu | * Formulir ini di isi oleh dokter, perawat, bidan dan petugas lainnya yang melakukan pemeriksaan * Identitas pasien diprint out, jika tidak diprint out identitas pasien ditulis dengan huruf capital sesuai KTP atau KK * Seluruh kolom dilengkapi sesuai dengan judul kolom * Pencatatan dilakukan segera setelah selesai melakukan tindakan |

**B. PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORM REKAM MEDIK IGD**

Lembar formulir IRD digunakan untuk pasien yang berobat IGD.

Rekam Medis IGD berisi :

Kulit Rekam Medis (Sampul RM) Berisi :

* + - * 1. No RM ( Nomor Rekam Medik )

Ditulis oleh petugas MIK dengan angka 6 digit,

* + - * 1. Nama

Ditulis oleh petugas pendaftaran gawat darurat. Untuk penulisan nama pasien, dengan nama lengkap sesuai Kartu Tanda Penduduk dengan Huruf Besar /Balok.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMOR FORM | NAMA FORM & PENGGUNAAN | PETUGAS YANG MENGISI & PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN REKAM MEDIS. |
| **RMRD 01** |  | * Kolom Identitas sosial diisi oleh petugas pendaftaran gawat darurat * Kolom Tanggal,jam, tanda vital, Resiko jatuh diisi oleh perawat yang melakukan pemeriksaan |
| **RMRD.02** |  |  |
| **RMRD.03** | Asuhan Keperawatan IGD |  |

**C. PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORM REKAM MEDIK RAWAT INAP**

**RM.01**

**RINGKASAN MASUK**

Formulir ini digunakan untuk mendokumentasikan ringkasan keluar masuk. Berisi tentang identitas lengkap pasien seperti, nama pasien, No RM,No Tahunan,umur,jenis kelamin,agama,nama ayah,nama ibu,nama suami/ istri,pandidikan,cara masuk RS, status perkawinan, kasus polisi, peserta PHB / ASKES, alamat lengkap, nama penanggung jawab, di rujuk oleh, ruang atau kelas, tanggal masuk dan jam, tanggal keluar dan jam, tanggal meninggal dan jam, lama dirawat, nama dokter jaga / poliklinik dokter ruangan disertai paraf dokter, diagnosa utama, diagnosa tambahan, kode diagnosa penyakit, nama oprasi/ biopsi, keadaan keluar, nama dokter penanggung jawab, dan sebab kematian.

Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) khusus untuk Diagnosa akhir dan keadaan keluar pasien (kecuali pada pasien dengan APS dan pasien meninggal pada saat DPJP tidak di RSU, diisi oleh dokter jaga).

**RM 02**

**ASSESMEN MEDIS RAWAT INAP PASIEN PENYAKIT DALAM**

* Formulir ini diisi oleh dokter DPJP
* Seluruh kolom dilengkapi sesuai dengan judul kolom
* Pencatatan dilakukan segera setelah selesai melakukan assesmen

**RM 03**

**LEMBAR RENCANA ASUHAN MEDIS**

* Formulir ini diisi oleh dokter
* Seluruh kolom diisi sesuai judul kolom

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tingkat ketergantungan pasien | SC | PC | TC | SC | PC | TC | SC | PC | TC | SC | PC | TC | SC | PC | TC |
|  | √ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**RM 03a**

**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI**

Digunakan oleh petugas (dokter, bidan, perawat, dll) untuk melakukan komunikasi efektif antar tim kesehatan

* Pendokumentasian dilakukan oleh dokter, perawat, bidan, petugas lain yang menangani pasien
* Kolom tanggal, jam, profesi diisi oleh petugas yang melakukan pemeriksaan pasien
* Kolom catatan perkembangan; S (subyektif) diisi sesuai keluhan pasien, O (obyektif) diisi data hasil pengamatan petugas, hasil pengukuran petugas, hasil pemeriksaan fisik petugas, dan hasil pemeriksaan penunjang yang diperlukan, A(analisa) diisi dengan diagnosa kebidanan sesuai hasil pengkajian, P (penatalaksanaan) diisi pelaksanaan dan evaluasi hasil secara lengkap
* Kolom instruksi ; diisi sesuai dengan instruksi dokter dan ditandatangani oleh dokter yang memberikan instruksi maksimal 1 X 24 jam sejak instruksi diberikan.
* Kolom stempel, nama dan paraf; diisi lengkap nama dan paraf petugas yang melakukan tindakan

**RM 04**

**LEMBAR KONSULTASI**

* Berisi permintaan konsul antara dokter konsulen yang diminta dengan dokter yang meminta konsul.
* Kolom yang diatas diisi oleh dokter yang meminta konsul, dan kolom yang dibawahnya berisi jawaban atas konsul yang diminta diatas.

**RM 05**

**RESUME MEDIS**

Lembar ini diisi oleh DPJP yang berisikan ringkasan dari semua hasil perawatan selama kurun waktu tertentu yang sesuai dengan tanggal keluar dan masuk.

1. Tulis nama lengkap pasien, umur (dalam hari, bulan atau tahun), jenis kelamin (L/P) dan No. RM diisi oleh perawat.
2. Diisi oleh dokter yang merawat meliputi : Riwayat Penyakit, Pemeriksaan Fisik, Pemeriksaan Penunjang, Diagnosis, Konsultasi, Terapi, Diagnosa utama, Diagnosa sekunder, Kondisi saat keluar, Pengobatan lanjutan, Tanggal kontrol poliklinik, Nama obat yang dibawa pulang, Tanda tangan dokter DPJP
3. Tidak boleh ada penulisan singkatan dalam penulisan Resume Medis.
4. Resume Medis diselesaikan pada saat pasien pulang.

**RM 06**

**PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

1. Isilah label identitas pasien berdasarkan format yang telah disediakan untuk mempermudah identifikasi awal dan kelengkapan dokumentasi pasien. Kemudian lanjutkan dengan mengisi sumber informasi tersebut serta tanggal pengkajian

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NAMA :** | | **NO RM :** | **RUANG :** |
| **UMUR :** | **SEX :** | **TANGGAL :** | **KELAS :** |
| 1. **PENGKAJIAN DIPEROLEH DARI :**   Pasien Sendiri : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Keluarga : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Hubungan dengan Pasien : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Tgl Pengkajian : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | |

1. Lanjutkan dengan melengkapi kolom identitas pasien. Tulis lengkap dengan melaksanakan wawancara dengan pasien dan/atau data keluarga pasien.

|  |
| --- |
| 1. **IDENTITAS PASIEN**   Nama : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Umur : . . . . . . . . Th/Bln/Hr  Alamat : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan  Agama : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Pendidikan Terakhir : . . . . . . . . . . . . . .  Perkerjaan : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Status Perkawinan : Kawin Tidak Kawin Duda Janda Jumlah anak :. . . . . . . . . . .orang |

1. Lanjutkan dengan data fisik yang meliputi riwayat penyakit sekarang/alasan masuk RS,keluhan utama saat ini, riwayat penyakit dahulu, keadaan umum menggunakan bantuan alat seperti tensimeter, thermometer, pulse oksimetri, pengukur waktu (jam tangan). Keadaan umum pasien didokumentasikan untuk mengetahui kondisi fisik pasien saat itu juga. Hal yang diperiksa pada keadaan umum pasien adalah :
2. **Tingkat kesadaran** : pengkajian tingkat kesadaran dilakukan untuk mengetahui fungsi neurologis dari pasien.

* Pemeriksaan kesadaran secara kuantitatif

1. **Suhu tubuh** : untuk mengetahui nilai termoregulasi tubuh pasien dengan menggunakan bantuan thermometer. Pengukuran dengan thermometer pada orang dewasa di aksila, pada bayi dan anak di rectal atau oral, dan pada kondisi yang memerlukan tingkat akurasi yang tinggi pada orang dewasa bisa per oral atau per rectal. Hipertermi/demam : terjadi karena mekanisme pengeluaran panas, tidak mampu mempertahankan kecepatan pengeluaran kelebihan produksi panas yang melibatkan peningkatan suhu tubuh. Hipotermi : penurunan suhu tubuh, pengeluaran panas akibat paparan yang terus menerus oleh suhu dingin (suhu < 35ºC). Suhu normal dewasa 36° C - 37° C dan anak 37,5
2. **Tekanan darah** : fungsi kardiovaskuler dapat diketahui dengan mengukur jumlah tekanan darah bagian daerah arteri besar permenit dengan menggunakan bantuan spignomanometer (tensimeter) dan stetoskop. Klasifikasi tekanan darah untuk usia dewasa :

**Normal : 100-120/60-80 mmHg**

Pre Hipertensi : 120-139/80-89 mmHg

Stadium I : 140-159/90-99 mmHg

Stadium II : ≥ 160/≥100 mmHg

1. **Denyut nadi** : fungsi kardiovaskuler dapat diketahui dengan mengukur jumlah denyutan pada bagian daerah arteri besar permenit dengan menggunakan bantuan jam tangan dan indra peraba. Nadi adalah aliran darah yang menonjol dan dapat diraba di berbagai tempat pada tubuh yang merupakan indicator status sirkulasi. Tempat mengukur denyut nadi pada tubuh adalah temporal (bayi), carotis, brachialis, apical, radialis, femoralis, popliteal, tibialis anterior, dorsalis pedis. Karakter denyut nadi adalah :

**Frekuensi :**

1. Dewasa : 60 – 80 x/mnt
2. Prasekolah : 80 – 120 x/mnt
3. Bayi : 120 -140 x/mnt
4. Takikardia : frekuensi denyut jantung yang meningkat secara tidak normal (di atas 100x/mnt untuk usia dewasa)
5. Bradikardia : frekuensi denyut jantung yang melambat di bawah 60 x/mn
   1. **Pernafasan** : fungsi sistem pernafasan dapat diketahui dengan mengukur jumlah ekspirasi dan inspirasi paru-paru permenit dengan menggunakan bantuan jam tangan. Frekuensi bervariasi sesuai usia : dewasa : 12 – 18 x/mnt; anak : 20 - 30 x/mnt, bayi : 30 – 50 x/mnt.

* Pemeriksaan kesadaran secara kualitatif menggunakan pemeriksaan stimulus dan respon pasien dari terjaga penuh, waspada dan kooperatif sampai tidak berespon terhadap stimulus eksternal. Respon kesadaran kualitatif adalah sebagai berikut :

1. Compos mentis : sadar penuh, waspada dan kooperatif
2. Apatis : acuh terhadap respon yang diberikan, tidak kooperatif
3. Somnolen : respon mengantuk (rasa malas dan ingin tidur)
4. Coma : tidak ada respon sama sekali terhadap stimulus yang kuat (nyeri)

|  |
| --- |
| 1. **Keadaan Umum**   Suhu : . . . . . . . . . . . °C Tekanan Darah : . . . . . . . . . . . . mmHg  Nadi : . . . . . . . . . . . . x/menit Pernafasan : . . . . . . . . . . . . x/menit  Kesadaran : CM Somnolent Soropus Coma Sulit dinilai |

1. Dilanjutkan dengan pengisian

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **A. Sistem Pernafasan**   Batuk Nyeri saat nafas Nafas bunyi Nafas cuping hidung Banyak lender  **B. Sesak nafas pada saat pasien lain-lain** : Ekspirasi Inspirasi Istirahat Aktivitas    **C. Tipe pernafasan :** Perut Dada Kussmaul Cheynestoke Biot Lain-lain    **D. Keluhan lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**  **E. Masalah Keperawatan**  Pola nafas tidak efektif Gangguan pertukaran gas Bersihan jalan nafas Tidak efektif (sumbatan) | |
| 1. **Sistem Kardiovaskuler**   Nyeri dada Palpasi Pusing Pingsan  Pendarahan, pada : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Oedema, pada : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Hematoma, pada : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . .  Keluhan lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  **Masalah Keperawatan**  Penurunan curah jantung  Intoleransi aktivitas  Ketidakefektifan perfusi Jaringan  Nyeri Akut  Lain-lain | |
| 1. **Sistem Neurologis**   Nilai GCS Motorik : . . . . . . . . . . . . . . . . (1-6)  Verbal : . . . . . . . . . . . . . . . . (1-5)  Buka mata : . . . . . . . . . . . . . . . . (1-4)  Pupil : Isokor Unisokor  Reflek cahaya :  Kanan : Reaksi (+) Reaksi (+)  Kiri : Reaksi (+) Reaksi (+)  Pelo  Kesemutan Bingung  Tremor Gelisah  Kejang Mencong  Tak ada kordinasi Aphasia  Parase di . . . . . . . . Kanan Kiri  Plegi di . . . . . . . . . . Kanan Kiri  Keluhan lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  **Masalah keperawatan**  Penurunan kesadaran  Gangguan koordinasi  Gangguan mobilisasi fisik  Gangguan perfusi jaringan cerebral  PK. Hipertensi  Defisit Perawatan diri ADL  Lain-lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | |
| 1. **Sitem Integumen**   Kemerahan Pucat Sianosis Kering Lembab Gatal    Luka, pada . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Turgot kulit : Baik Sedang Buruk Ada Tidak ada    UUK  Jenis : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Lokasi : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Keluhan lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  **Masalah Keperawatan :**  Gangguan integratis kulit Gangguan selaput lender Mulut Kerusakan integritas Jaringan  Decubitus/potensial Gangguan perfusi Jaringan parifer  Lain-lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | |
| 1. **System Muskuloskeletal**   Nyeri otot/tulang, pada : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Kaku sendi, pada : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Bengkak sendi, pada : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Patah tulang (terbuka/tetutup) Pada : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Alat bantu  Pergerakan Baik Terbatas  Keluhan lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  **Masalah Keperawatan :**  Nyeri akut  Defisit perawatan diri  Hambatan mobilitas Fisik  Hambatan mobilitas Fisik di tempat tidur  Resiko infeksi  Lain-lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | |
| 1. **Sistem penglihatan dan pendengaran**   Penglihatan : Berkurang Kabur  Ganda Gelap (buta)  Visus : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Sclera : Ikterus (kuning)  Conjunctive : anemis merah muda  Nyeri : Ya Tidak  Cornea : Keruh Berbintik  Alat bantu : Kaca mata Kontak lens  Pendengaran : Berdengung Corpal  Berkurang  Tuli  Alat bantu  Keluhan lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  **Masalah Keperawatan :**  Ganguan fungsi Penglihatan  Gangguan fungsi Pendengaran  Nyeri Akut  Resiko infeksi  Lain-lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | |
| 1. **Nutrisi**   Status gizi : Baik Sedang Cukup Buruk  TB : . . . . . . . . . cm BB : . . . . . . . . . . kg  Pola makanan :   * Frekuensi : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . x/hr * Makanan yang dusukai : * Makanan yang tidak disukai : * Pantangan / alergi :   Pola minuman :   * Jenis : * Minuman yang disukai :   Nafsu makanan : Baik Kurang Tidak ada Sedang Berlebihan    Muntah Mual Sakit menelan Sulit menelan Lamanya  Diet khusus :  Keluhan lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  **Masalah keperawatan**  Ketidakseimbangan nutrisi Kurang dari kebutuhan tubuh  Ketidakseimbangan nutrisi Lebih dari kebutuhan tubuh  Mual Gangguan menelan Hipoglikemia Hiperglikemia    Lain-lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | |
| 1. **Sistem Perkemihan**   Nyeri pinggang : Ya Tidak  Buang air kecil : Lancar Inkontinen Menetes Retensi Alat bantu Nyeri  Warna : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Frekuensi : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . x/hari  Benjolan : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . di . . . . . . . . . . . . .  **Masalah Keperawatan :**  Gangguan Eliminasi urine Retensio urine Nyeri Akut  Incontenensia urine (fungsional Reflex,stress, aliranberlebih)  Lain-lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | |
| 1. **Sistem Gastro Intestinal**   Buang air besar : Pola : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Konsistensi : . . . . . . . . . . . . . . .  Warna : . . . . . . . . . . . . . . .   * Kembung : Ya Tidak * Bising usus : Ya Tidak * Nyeri tekan : Ya Tidak   lokasi . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .   * Bonjolan : Ya Tidak   lokasi . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  **Masalah Keperawatan :**  Diare Gangguan pola B.A.K  Ketidakseimbanagn cairan dan Ekektrolit  Konstipasi  PK. Perdarahan GI  Lain-lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | |
| 1. **Istirahat Tidur**   Pola tidur malam : Lamanya : . . . . . . . . . . . . . . . jam  Pukul . . . . . . . . . .s/d . . . . . . . . . . .  Pola tidur siang : Ya, lamanya. . . . . . . . . .jam  Tidak pernah  Kadang-kadang  Menggunakan obat tidur : Ya Tidak  Kebiasaan sebelum tidur : Insomnia Mimpi buruk Tidur berjalan        **Masalah Keperawatan :**  Gangguan Pola tidur Insomnia Deprivasi tidur  Lain-lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | |
| 1. **Kebersihan diri**   Mandi : . . . . . . . . . . . . . . . . . . x/hari, Dengan sabu : Ya Tidak      Gosok gigi : . . . . . . . . . . . . . . . . . . x/hari  Cuci rambut : . . . . . . . . . . . . . . . . . . x/hari  Ganti baju : . . . . . . . . . . . . . . . . . . x/hari  **Masalah keperawatan**    Defisit perawatan diri : Mandi    Defisit perawatan diri : Makan    Defisit perawatan diri : Eliminasi  Defisit perawatan diri : Berpakaian  Lain-lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | |
| 1. **Ativitas Dasar Sehari-hari**  * Mandi : Mandiri Dibantu Bergantung          * Makan : Mandiri Dibantu Bergantung          * Berpakaian : Mandiri Dibantu Bergantung          * Tolileting : Mandiri Dibantu Bergantung * v        * Bergerak/berpindah : Mandiri Dibantu Bergantung       **Masalah keperawatan**  Ketidakmampuan melakukan aktivitas    Lain-lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | |
| 1. **Sistem reproduksi**   ***A. Laki-laki***  Kemerahan lokasi. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Gatal-gatal lokasi. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Kelainan bawaan :  Testis tunggal  Hipospadia  Lain-lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  **Masalah keperawatan**  Ketidakefektifan Pola seksual  Disfungsi seksual  Lain-lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  ***B. Wanita***  Kemerahan lokasi : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Gatal-gatal lokasi : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Pengeluaran cairan  Kotor dan berbau  Haid : Teratur Menopause  Tidak teratur  Lamanya : . . . . . . . . . .Konsistensi : . . . . . . . . . .  Warna : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Banyaknya : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Kehamilan : . . . . . . . . . . . . . . . .minggu HPM NPL  Payudara :   * Putting : Menonjol   Datar  Lecet  Mastitis  Benjolan lokasi : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Menyusui/ASI : Lancar  Sedikit  Perkawinan ke : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Genetalia : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Pengeluaran : Pendarahan  Fluor Albus  Benjolan lokasi : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Jahitan jumlah : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Lokasi : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Gatal : Ya Tidak  Kebersihan : Baik Cukup Kurang    **Masalah keperawatan**  Ketidak Efektifan Pola seksual  Disfungsi seksual  Nyeri Akut  Ketidakefektifan Pemberian ASI  Lain-lain : . . . . . . . . . . . | |
| **17. Pertumbuhan dan Perkembangan**  **(Khusus Balita)**  Lahir pada kehamilan. . . . . . . . . . . . minggu  BB lahir : . . . . . . . . . . . . . . kg  PB lahir : . . . . . . . . . . . . . . cm  Imunisasi yang telah didapat :. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Umur saat tengkurap : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Umur saat duduk : . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Umur saat mengoceh : . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Umur saat berdiri : . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Umur saat berbicara : . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Umur saat berjalan : . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Nutrisi : . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  ASI/Susu formula : . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Makanan pokok : . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Makanan tambahan : . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Gangguan nustrisi lebih kurang  Gangguan tumbuh kembang  Pontesial PD3I (penyakit dapat dicegah dengan Imunisasi)  Lain-lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .   * Proses piker : Blocking Circumstansial   Berduka Flight of ideal     * Gangguan orientasi (orang, waktu, tempat) : Ada Tidak * Insight : Baik Mengingkari   Menyalahkan factor lain   * Mekanisme bertahan diri :   Adaptif Mal adaptif  sebutkan. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .   * Orang berarti dan terdekat :   Suami/istri Anak  Orang tua Teman   * Hubungan dengan orang lain :   Baik Tidak baik   * Aktivitas motorik :   Lemah Tegang    Agitasi Compulsif  Mondar-mandir Amuk  - Lain-lain : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  - Pertahanan diri (idividu)  Potensial mencederai diri sendiri & orang lain  potensi amuk  Lain-lain . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | |
| 1. **PSIKOSOSIAL**  * Penampilan : Rapi Tidak Rapi * Bicara : Cepat Membisu Lambat Kontak mata minimal * Suasana hati (mood) : Sedih Takut Cemas Euphork Tak punya harapan * Persepsi : Halusinasi Ada Tidak     Sebutkan . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Masalah Keperawatan  Gangguan komunikasi  Support sistem tidak adequate  Gangguan konsep diri    Gangguan intereksi social    Kuping tidak efektif    Kecemasan    Gangguan mekanisme | |
| 1. **SPIRITUAL**   Kegiatan beribadah : Selalu Kadang-kadang Tidak pernah  Kegiatan agama yang dilakukan : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  **Masalah Keperawatan**  Gangguan aktivitas beribadah  Lain-lain . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | |
| 1. PROGRAM THERAPI DOKTER :   . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | |
| 1. DATA PENUNJANG :   . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | |
|  | Dompu, . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Perawat yang mengkaji  NIP:. |

**RM 06a**

**RENCANA KEPERAWATAN**

**DALAM PROSES PEMBUATAN FORMULIR**

**RM 06b**

**ASSESMEN ULANG NYERI**

Pengkajian Nyeri : tingkat nyeri pasien perlu diidentifikasi untuk memberikan intervensi manajemen nyeri dalam mendukung terapi medis dan perawatan. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan baik ringan maupun sedang akibat dari kerusakan jaringan yang actual dan potensial.

**Nyeri akut** adalah keadaan dimana individu mengalami dan melaporkan adanya rasa ketidaknyamanan yang hebat atau sensasi yang tidak menyenangkan selama enam bulan atau kurang ( Carpenito, 2008). Nyeri akut biasanya awitannya tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri akut mengindikasikan bahwa kerusakan bahwa kerusakan atau cedera telah terjadi. Nyeri akut biasanya peristiwa baru, tiba-tiba dan durasinya singkat. Hal ini berkaitan dengan penyakit akut, operasi atau prosedur pengobatan atau trauma dan rasa nyeri dapat membantu untuk menentukan lokasinya. Karakteristik yang lainnya adalah rasa nyeri biasanya dapat diidentifikasi, rasa nyerinya cepat berkurang atau hilang, sifatnya jelas atau nyata dan mungkin sekali untuk berakhir atau hilang.

**Nyeri kronis** adalah keadaan dimana seorang individu mengalami nyeri yang menetap atau intermitten dan berlangsung lebih dari enam bulan (Carpenito, 2008). Nyeri kronis adalah nyeri konstan atau intermitten yang menetap sepanjang suatu periode waktu (Brunner & Suddarth, 2001). Nyeri kronis adalah situasi atau keadaan pengalaman nyeri yang menetap atau kontinu selama beberapa bulan/tahunsetelah fase penyembuhan dari suatu penyakit akut atau injury. Nyeri ini berlangsung diluar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. Karakteristik nyeri kronis adalah area nyeri tidak mudah diidentifikasi, intensitas nyeri sukar diturunkan, rasa nyerinya biasanya meningkat, sifatnya kurang jelas dan kemungkinan kecil untuk sembuh/hilang. Nyeri kronis dikategorikan menjadi dua, yaitu nyeri kronis maligna dan non maligna. Nyeri kronis maligna dapat digambarkan sebagai nyeri yang berhubungan dengan kanker atau penyakit-penyakit progresif yang lain, sedangkan nyeri kronis non maligna biasanya dikaitkan dengan nyeri akibat kerusakan jaringan yang non progresif atau yang telah mengalami penyembuhan

Alat bantu untuk menilai intensitas atau keparahan nyeri pasien adalah dalam bentuk angka 0 – 10 (Numerical Rating Scale), dimana 0 menyatakan tidak ada nyeri dan 10 menyatakan nyeri teramat sangat yang tidak tertahankan.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Skor Nyeri** | **Pasero-Mc Caffery Opioid-Induced Sedation Scale (POSS)** | **Intervensi Non-Farmakologi** | **Pengkajian Ulang** |
| 1. : Tidak ada nyeri   13 : Nyeri ringan  46 : Nyeri sedang  7.10 : Nyeri berat | 4 : Somnolent, minimal/Tidak respons terhadap rangsangan fisik  3 : Sering mengantuk, bias di bangunkan, mudah tertidur saat sedang bicara   1. : Agak mengantuk mudah dibangunkan 2. : Bangun dan sadar   S : Tidur mudah dibangunkan | 1 : Dingin 5 : Musik   1. : Panas 6 : TENS   3 : Posisi 7 : Relaksasi & Pernafasan  4 : Pijat | 1. 15 Menit setelah intervensi obat injeksi 2. 1 Jam setelah intervensi obat oral/lainnya 3. 1X / shift bila skor nyeri 1-3 4. Setiap 3 jam bila skor nyeri 4-6 5. Setiap 1 jam bila skor nyeri 7-10 6. Dihentikan bila skor nyeri 0 |

**RM 06c**

**RESUME KEPERAWATAN**

Diisi sesuai kolom nya,dan ditandatangani oleh perawat pelaksana dan kepala ruangan

**RM 07**

**GRAFIK**

**RM 08**

**SURAT PERSETUJUAN DILAKUKAN SENTRALISASI OBAT**

**RM 09**

**CATATAN PEMBERIAN INFUS**

1. Tulis nama lengkap pasien, umur (dalam hari, bulan atau tahun), jenis kelamin (L/P) dan No. RM
2. Tulis no. urut di kolom yang tersedia
3. Tulis nama cairan yang dipasang dan kolf ke berapa yang terpasang
4. Tulis tanggal dan jam penggantian/pemasangan cairan infus serta nama PN/PA yang mengganti/memasang cairan infuse
5. Tulis jumlah volume cairan yang terpasang
6. Tulis jumlah tetesan/menit sesuai instruksi dokter
7. Tulis jangka waktu habisnya cairan infuse yang terpasang
8. Tulis nama obat drip yang diberikan jika pasien mendapat obat tersebut serta nama PN/AN yang memasukkan obat tersebut
9. Lakukan observasi setiap jam sesuai dengan kolom waktu/jam yang tersedia (01,02,03, ... 24). Beri kode :

L = lancar

TS = tetesan sesuai

TTS = tetesan tidak sesuai

M = macet

PT = perubahan tetesan

S = stop (atas instruksi dokter )

P = plebitis

**RM 12**

**DAFTAR REKAP PEMBERIAN OBAT PASIEN**

**RM 13**

**HASIL PEMERIKSAAN LAB DAN RONTGEN**

**RM 14**

**PESANAN PULANG**

Lembar ini diisi oleh DPJP yang berisikan pesanan pulang untuk perawatan selama kurun waktu tertentu yang sesuai dengan tanggal keluar dan masuk

1. Tulis nama lengkap pasien, umur (dalam hari, bulan atau tahun), jenis kelamin (L/P) dan No. RM diisi oleh perawat.
2. Diisi oleh dokter yang merawat meliputi : Diagnosa, KIE, Aturan pemakaian obat, aktifitas dan istirahat, tanggal dan tempat kontrol, yg dibawa pulang( hasil ro dllfoto,ekg dll) lain lain dan Tanda tangan
3. Tidak boleh ada penulisan singkatan dalam penulisan Resume Medis.
4. Pesanan pulang diselesaikan pada saat pasien pulan