



PERSETUJUAN UMUM RAWAT JALAN
(GENERAL CONSENT)

Saya yang bertandatangan di bawah ini bersedia bertanggung jawab terhadap segala sesuatu yang berhubungan dengan perawatan penderita di Klinik Utama Grha Atma sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. *(lampirkan identitas / bukti diri seperti: KTP/SIM, lainnya) :*

Nama :
Umur : Jenis Kelamin : L / P *)
Pekerjaan :
Hubungan Keluarga :
Alamat : Desa/ Kel :
Kecamatan : Kab./ Kota :
Provinsi :
Nomor Telp. / HP : 1..... 2.....
Selaku penanggung jawab terhadap pasien berikut :
Nama Pasien :
Nama Ayah Kandung :
Tanggal Lahir :
Nomor Rekam Medis :*(diisi oleh petugas)*
Cara Bayar : Umum / BPJS PBI / BPJS NON PBI / BPJS MANDIRI / Gakinda / JPKM

A. PERSETUJUAN UNTUK PERAWATAN DAN ATAU PENGOBATAN

1. Saya mengetahui bahwa saya memiliki kondisi yang membutuhkan perawatan medis, saya mengijinkan dokter dan profesional kesehatan lainnya untuk melakukan prosedur diagnostik dan untuk memberi pengobatan medis seperti yang diperlukan dalam penilaian profesional mereka.
2. Saya sadar bahwa praktek kedokteran bukanlah ilmu pasti dan saya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap perawatan perosedur atau pemeriksaan apapun dilakukan kepada saya.

B. HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN

- HAK PASIEN
1. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di rumah sakit.
2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien.
3. Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi.
4. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan sesuai dengan standar prosedur operasional.
5. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi.
6. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang di dapatkan.
7. Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginan dan peraturan yang berlaku
8. Meminta konsultasi tentang penyakit yang di derita kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktek (SIP) baik di dalam maupun di luar Klinik
9. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya.
10. Mendapatkan informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.
11. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan di lakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang di deritanya.
12. Didampingi keluarganya dalam kondisi kritis.
13. Menjalankan ibadah sesuai dengan agama atau kepercayaan yang di anutnya selama tidak mengganggu pasien lainnya.
14. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Klinik.
15. Mengajukan usul, saran perbaikan atas perlakuan Klinik terhadap dirinya.
16. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya.
17. Menggugat dan/atau menuntut Klinik apabila Klinik di duga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata maupun pidana.
18. Mengeluhkan pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KEWAJIBAN PASIEN

1. Memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang keluhan sakit sekarang, riwayat medis yang lalu, hospitalisasi, medikasi/pengobatan dan hal-hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien.
2. Mengikuti rencana pengobatan yang diadviskan oleh dokter termasuk intruksi para perawat dan profesional kesehatan yang lain sesuai perintah dokter.
3. Memperlakukan staf klinik dan pasien lain dengan bermartabat dan hormat serta tidak melakukan tindakan yang akan mengganggu pekerjaan Klinik.
4. Menghormati Privasi orang lain dan barang milik Klinik.
5. Tidak membawa alkohol, obat-obat yang tidak mendapat persetujuan/senjata ke dalam Klinik.
6. Menghormati bahwa Klinik adalah area bebas rokok.
7. Mematuhi jam kunjungan dari Klinik.
8. Meninggalkan barang berharga di rumah dan membawa hanya barang-barang yang penting selama tinggal di Klinik.
9. Memastikan bahwa kewajiban finansial atas asuhan pasien dipenuhi sebagaimana kebijakan Klinik.
10. Bertanggung-jawab atas tindakan-tindakannya sendiri bila mereka menolak pengobatan atau advis dokternya

C. PELEPASAN INFORMASI (RELEASE OF INFORMATION)

1. Saya memahami informasi yang ada dalam diri saya, termasuk diagnosis, hasil laboratorium dan hasil tes diagnostik yang akan digunakan untuk perawatan medis, Rumah Sakit akan menjamin kerahasiaannya.
2. Saya memberi wewenang kepada Klinik untuk memberikan informasi tentang diagnostik, hasil pelayanan dan pengobatan bila diperlukan untuk memproses klaim asuransi/perusahaan atau lembaga pemerintah.

3. Pelepasan isi informasi di dalam rekam medis tidak dapat disampaikan tanpa seizin tertulis dari pasien atau keluarga inti pasien, kecuali untuk:
- a. Kepentingan kesehatan pasien
 - b. Permintaan penegak hukum atas perintah pengadilan
 - c. Permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri
 - d. Permintaan lembaga/institusi sesuai undang-undang
 - e. Untuk kepentingan penelitian, pendidikan atau audit medis sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien
 - f. Permintaan pada huruf a-e harus dilengkapi izin pimpinan
4. Saya memberi wewenang kepada Klinik untuk memberikan kewenangan untuk terlibat dalam pengambilan keputusan mengenai perawatan saya, data dan informasi mengenai diri saya dan keadaan kesehatan saya termasuk dalam situasi tertentu misalnya keadaan kritis dll kepada **keluarga saya**, yaitu:
- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. Hubungan keluarga | 3. Hubungan keluarga |
| 2. Hubungan keluarga | 4. Hubungan keluarga |
5. Saya memberi wewenang kepada Klinik untuk memberikan informasi tentang diagnosis, hasil pelayanan dan pengobatan saya kepada Anak/Istri/Suami/Keluarga/Teman*) saya yaitu:
- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. Hubungan keluarga | 3. Hubungan keluarga |
| 2. Hubungan keluarga | 4. Hubungan keluarga |

D. KEINGINAN (DESIRE PRIVACY)

Saya mengizinkan Klinik memberi akses bagi keluarga dan handai taulan serta orang orang yang akan menengok saya, namun saya **tidak ingin** memberikan akses tersebut kepada :

1. 2.

E. PERNYATAAN PASIEN (STATEMENT OF PATIENT)

- Saya mengerti dan memahami bahwa:
- 1. Saya setuju dengan segala tindakan medis psikiatri dan tindakan medis umum yang akan diambil dan dianggap perlu oleh Klinik untuk diagnosa/perawatan penderita.
 - 2. Saya menyadari dan setuju bahwa Klinik tidak bertanggungjawab atas akibat dari tindakan penderita diluar sepengetahuan pengawasan Klinik (misalnya: melarikan diri dari klinik, bunuh diri, mencederai diri, malapetaka dan melakukan tindakan kriminal/pidana/perdata).
 - 3. Saya akan segera memberitahu apabila pindah alamat ke pihak klinik.
 - 4. Saya mengerti dan memahami bahwa saya memiliki hak untuk mengajukan pertanyaan tentang pengobatan setiap saat, untuk menyetujui atau menolak setiap prosedur/terapi.
 - 5. Saya mengerti bahwa dokter dan para medis Klinik yang bukan karyawan tetapi staf independen/tamu yang telah diberikan hak untuk menggunakan fasilitas untuk perawatan dan pegobatan pasien mereka.
 - 6. Jika ada komplain saya bersedia mengikuti aturan tentang alur penanganan komplain pasien di Klinik Utama Grha Atma.
 - 7. Saya bersedia megikuti tata tertib peraturan yang ada di Klinik Utama Grha Atma.
 - 8. Pasien dengan kondisi **Gangguan Mental Prilaku yang diakibatkan Adiksi**, saya setuju untuk patuh mengikuti ketentuan yang sudah di tentukan oleh Klinik.
 - 9. Pasien dengan kondisi **Gangguan Mental Prilaku yang diakibatkan Adiksi** saya bersedia menerima obat yang diresepkan oleh dokter dalam bentuk kapsul atau pulveres (puyer), dan menggunakan obat untuk kepentingan diri sendiri dan tidak digunakan oleh orang lain.

F. KEBUTUHAN AKAN PENERJEMAH BAHASAN

[] TIDAK [] YA, Bahasa

G. KEBUTUHAN AKAN BIMBINGAN ROHANI

[] TIDAK [] YA, Agama

H. PERNYATAAN TENTANG PENELITIAN

- 1. Saya mengetahui bahwa Klinik merupakan bagian dari RSJ Provinsi Jawa Barat yang merupakan RS Pendidikan yang menjadi tempat praktek klinik bagi mahasiswa kedokteran, keperawatan, psikologi, farmasi dan profesi kesehatan lainnya. Karena itu, mahasiswa mungkin berpartisipasi dan atau terlibat dalam perawatan saya sepanjang dibawah supervisi Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
- 2. Saya **menyetujui/menolak** *) untuk turut serta dalam penelitian klinik maupun non klinik baik sebagai subjek maupun objek sepanjang dibawah persetujuan Komite Etik Penelitian dengan pemberitahuan secara detail mengenai manfaat dan tujuan penelitian

Demikian saya telah membaca dan memahami surat persetujuan umum ini, saya bersedia memenuhi ketentuan persetujuan tersebut diatas dan apabila saya melanggar ketentuan tersebut, maka saya siap menerima sangsi sesuai ketentuan yang berlaku di Klinik, berupa:

- 1. Teguran lisan,
- 2. Teguran tertulis berupa pernyataan,
- 3. Penarikan pengaduan apabila saya menyampaikan keluhan langsung kepada media massa/ tidak sesuai prosedur RS Jiwa Provinsi Jawa Barat sebagai instansi induk Klinik Utama Grha Atma.

		Bandung,..... 20.....Jam :.....
		Yang membuat perjanjian,
		Pasien/ Pengampu
Saksi Keluarga	Petugas Klinik	
(.....)	(.....)	(.....)
Tanda Tangan dan Nama Jelas	Tanda Tangan dan Nama Jelas	Tanda Tangan dan Nama Jelas
	NIP/NIK.	



IDENTITAS PASIEN

Nama Lengkap Pasien :		No. Rekam Medis					
NIK	:						
Nomor Identitas Lain	:						
Nama Ibu Kandung	:						
Nama Ayah Kandung	:						
Tempat / Tanggal Lahir	:						
Jenis Kelamin	:						
Suku	:						
Agama	:						
Bahasa yang Dikuasai	:						
Alamat Lengkap	:						Rt : ____ Rw : ____
		Kelurahan : ____ Kecamatan : ____					
		Kota/Kab : ____ Provinsi : ____					
		Kode Pos : ____ Negara : ____					
Alamat Domisili	:						Rt : ____ Rw : ____
		Kelurahan : ____ Kecamatan : ____					
		Kota/Kab : ____ Provinsi : ____					
		Kode Pos : ____ Negara : ____					
Nomor Telepon	:	Rumah : ____ Selular : ____					
Pendidikan	:	<input type="checkbox"/> Tidak Sekolah <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP Sederajat <input type="checkbox"/> SMA Sederajat <input type="checkbox"/> D1-D3 Sederajat <input type="checkbox"/> D4 <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3					
Pekerjaan	:	<input type="checkbox"/> Tidak Bekerja <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> TNI / POLRI <input type="checkbox"/> BUMN <input type="checkbox"/> Pegawai Swasta / Wiraswasta <input type="checkbox"/> Lain-lain _____					
Status Pernikahan	:	<input type="checkbox"/> Belum Kawin <input type="checkbox"/> Kawin <input type="checkbox"/> Cerai Hidup <input type="checkbox"/> Cerai Mati					

IDENTITAS PASIEN TIDAK DIKENAL

Perkiraan Umur : ☐ 0-5 ☐ 6-11 ☐ 12-17 ☐ 18-40 ☐ 41-65 ☐ >65

Lokasi Ditemukan : _____

Tanggal Ditemukan : _____

IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB PASIEN

Nama penanggung jawab : _____

Nomor Telepon : 1. _____ 2. _____

Hubungan dengan pasien : ☐ Diri Sendiri ☐ Orang Tua ☐ Anak ☐ Suami / Istri ☐ Kerabat / Saudara ☐ Lain-lain _____

IDENTITAS PENGANTAR PASIEN

Nama Pengantar Pasien : _____

Nomor Telepon : 1. _____ 2. _____



PEMERINTAH PROVINSI JAWA BARAT

DINAS KESEHATAN

RUMAH SAKIT JiWA

SATUAN PELAYANAN KESEHATAN JiWA KOMUNITAS KLINIK UTAMA GRHA ATMA

Jalan. L.L.R.E. Martadinata No. 11 Telepon (022) 844 69 476

Fax. (022) 844 69 477 email : klinikgrhaatma@gmail.com

KOTA BANDUNG - 40115

RAHASIA



PROFIL RINGKAS MEDIS RAWAT JALAN (PRMRJ)						No RM : Nama Pasien : Tgl Lahir : Umur : L / P		
NO	TGL KUNJUNGAN	DIAGNOSIS	ICD-10	PEMERIKSAAN PENUNJANG	OBAT- OBATAN	Riwayat Rawat Inap serta Kunjungan Terakhir	Prosedur Bedah / Operasi sejak Kunjungan Terakhir	TTD DAN NAMA PETUGAS KESEHATAN



PROFIL RINGKAS MEDIS RAWAT JALAN (PRMRJ)						No RM : Nama Pasien : Tgl Lahir : Umur : L / P		
NO	TGL KUNJUNGAN	DIAGNOSIS	ICD-10	PEMERIKSAAN PENUNJANG	OBAT- OBATAN	Riwayat Rawat Inap serta Kunjungan Terakhir	Prosedur Bedah / Operasi sejak Kunjungan Terakhir	TTD DAN NAMA PETUGAS KESEHATAN



PEMERINTAH PROVINSI JAWA BARAT

DINAS KESEHATAN

RUMAH SAKIT Jiwa

SATUAN PELAYANAN KESEHATAN Jiwa KOMUNITAS KLINIK UTAMA GRHA ATMA

Jalan. L.L.R.E. Martadinata No. 11 Telepon (022) 844 69 476

Fax. (022) 844 69 477 email : klinikgrhaatma@gmail.com

KOTA BANDUNG - 40115

RAHASIA



ASESMEN AWAL PASIEN RAWAT JALAN		No RM : Nama Pasien : Tgl Lahir : Umur : L / P			
Isi dengan memberi tanda check list (√) atau *) Coret yang tidak perlu					
Tanggal : Jam :					
Cara Datang :	<input type="checkbox"/> Datang Sendiri <input type="checkbox"/> Rujukan dari : <input type="checkbox"/> VISUM et Repertum/ Visum et Repertum Psikiatrikum <input type="checkbox"/> Kasus Hukum	<input type="checkbox"/> Diantar oleh, <input type="checkbox"/> Rumah Sakit <input type="checkbox"/> Puskesmas / Dokter keluarga	Nama Pengantar _____		
Keluhan Utama :					
TANDA-TANDA VITAL					
Keadaan umum :	Tekanan Darah				
Denyut Jantung : x/mnt	Sistole :	mmHg			
Pernapasan : x/mnt	Diastole :	mmHg			
Suhu tubuh : °C	Saturasi Oksigen :				
FUNGSIONAL					
Alat bantu / Prothesa :	<input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak				
ADL :	<input type="checkbox"/> mandiri <input type="checkbox"/> Dibantu				
GCS :	E : M : V :				
ASESMEN KEPERAWATAN PSIKIATRI					
Pikiran :	Apakah mengalami :		RUFA		
Perasaan :	a. Halusinasi <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak b. Perilaku kekerasan <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak c. Risiko Bunuh diri <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak d. Isolasi sosial <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak e. Waham <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak f. Panik <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak g. Penyalahgunaan zat <input type="checkbox"/> ya, jenis zat <input type="checkbox"/> tidak Cara pemakaian :		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30		
Perilaku :					
ASESMEN NYERI					
Keluhan nyeri : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, lokasi :					
Skala NIPS 0 – 1 bulan	Skor	CRIS PAIN SCALE 1 – 6 bulan	Skor	FLACC 6 bulan – 7 tahun	Skor
Ekspresi wajah 0- Tidak meringis 1- Meringis		Menangis 0: tidak menangis atau menangis 1 : menangis keras tapi masih bisa dihibur 2:menangis keras tidak dapat dihibur		Face = wajah 0 : Tidak ada perubahan ekspresi (senyum) 1 : Menyeringai, berkerut, menarik diri, tidak tertarik 2 : Menyeringai lebih sering, tangan mengepal, menggigil, gemetar	
Tangisan 0- Tidak menangis 1- Merengek 2- Menangis keras		Membutuhkan 02 0 : tidak membutuhkan 02 1 : < 30 % membutuhkan 02 2 : > 30 % membutuhkan 02		Legs = tungkai 0 : Posisi normal atau relaksasi 1 : Tidak nyaman, gelisah, tegang 2 : Mengejang/ tungkai dinaikkan ke atas	
Pola nafas 0- Relaks 1- Perubahan nafas		Peningkatan tanda-tanda vital 0 : tidak ada perubahan pada tanda –tanda vital 1 : peningkatan tanda-tanda vital < 20 % 2 : peningkatan tanda-tanda vital > 20 %		Activity = aktivitas 0 : Posisi nyaman dan normal, gerakan ringan 1 : Menggeliat, tegang, badan bolak balik, bergerak pelan, terjaga dari tidur 2 : Posisi badan melengkung, kaku atau menghentak tiba tiba, tegang, menggesekkan badan	
Tungkai 0- Relaks 1- Fleksi/ ekstensi		Ekspresi wajah 0 : tidak meringis 1 : Meringis 2 : Meringis dan merintih		Cry = tangisan 0 : Tidak menangis/merintih (posisi terjaga atau tertidur pulas) 1 : Mengerang, merengek, kadangkala menangis, rewel 2 : Menangis keras menjerit, mengerang, terisak, menangis rewel setiap saat	
Tangisan 0- Tidak menangis 1- Merengek 2- Menangis keras					
Tingkat kesadaran 0- Tidur/ bangun 1- Gelisah		Gangguan Tidur 0 : tidak ada gangguan tidur 1 : mudah terbangun 2 : tidak dapat tidur		Consolability = kenyamanan 0 : Tenang, relaks, ingin bermain 1 : Minta dipeluk, rewel 2 : Tidak nyaman dan tidak ada kontak mata	
Total score :		Total score :		Total score :	
LEBIH DARI 7 TAHUN (WONG BAKER FACES)					
<div><div></div><div>0 NO HURT</div><div>2 HURTS LITTLE BIT</div><div>4 HURTS LITTLE MORE</div><div>6 HURTS EVEN MORE</div><div>8 HURTS WHOLE LOT</div><div>10 HURTS WORST</div></div>					



NUMERIC SCALE

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

☐ 0 (Tidak Nyeri)

☐ 1 – 3 (Ringan)

☐ 4 – 6 (Sedang)

☐ 7 – 10 (Berat)

Penyebab nyeri : ☐ Trauma ☐ Non Trauma

Rasa Nyeri : (lingkari salah satu

1. Tajam

2. Nyeri Tumpul

3. Seperti ditusuk

4. Seperti dibakar

5. Seperti ditikam

6. Seperti ditarik

7. Seperti dipukul

8. Seperti berdenyut

9. Seperti Kram

Apakah nyerinya berpindah dari satu tempat ke tempat lainnya? ☐ Tidak ☐ Ya

Seberapa sering mengalami nyeri? Setiap : ☐ 1- 2 jam ☐ 3-4 jam

Berapa lama? Selama : ☐ < 30 menit ☐ > 30 menit

Riwayat penggunaan/ penatalaksanaan pereda nyeri

Farmakologi : ☐ Tidak ☐ Ya, sebutkan :

Non Farmakologi : ☐ Tidak ☐ Ya, sebutkan :

KAJIAN RISIKO JATUH

HUMPTY DUMPTY (Anak-anak)	Skor	Morse (Dewasa)	Skor	Edmonson (pasien dengan gangguan jiwa)	Skor
Umur : <input type="checkbox"/> 3 tahun <input type="checkbox"/> 3-7 tahun <input type="checkbox"/> 7-13 tahun <input type="checkbox"/> ≥ 13 tahu	4 3 2 1	Riwayat jatuh : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	0 25	Usia <input type="checkbox"/> Dibawah 50 tahun <input type="checkbox"/> 50-79 tahun <input type="checkbox"/> 80 tahun ke atas	8 10 26
Jenis kelamin : <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	2 1	Mempunyai diagnosis sekunder > 1 <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	0 25	Status mental <input type="checkbox"/> Sadar penuh <input type="checkbox"/> Agitasi/cemas <input type="checkbox"/> Kadang-kadang bingung <input type="checkbox"/> Bingung / disorientasi	4 12 13 14
Diagnosis <input type="checkbox"/> Neurologi <input type="checkbox"/> Perubahan oksigenasi (diagnosis respiratorik, dehidrasi, anemia, anoreksia, sincope, pusing, dsb) <input type="checkbox"/> Gangguan perilaku atau psikiatri <input type="checkbox"/> Diagnosa lainnya	4 3 2 1	Menggunakan alat bantu <input type="checkbox"/> Bedrest dibantu perawat <input type="checkbox"/> Penopang, tongkat/ walker <input type="checkbox"/> Furniture	0 15 30	Eliminasi <input type="checkbox"/> Dapat mengontrol BAB/BAK <input type="checkbox"/> Terpasang kateter / colostomy <input type="checkbox"/> BAB/ BAK dibantu <input type="checkbox"/> Perubahan eliminasi (inkontinensia, nokturia, frekuensi tidak teratur) <input type="checkbox"/> Mengompol tapi pergerakan mandiri	8 12 10 12 12
Gangguan kognitif <input type="checkbox"/> Tidak menyadari keterbatasan dirinya <input type="checkbox"/> Lupa akan adanya keterbatasan <input type="checkbox"/> Orientasi baik terhadap diri sendiri	3 2 1	Penggunaan obat IV tertentu <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	0 25	Pengobatan <input type="checkbox"/> Tidak minum obat-obatan <input type="checkbox"/> Minum obat jantung <input type="checkbox"/> Obat psikotik <input type="checkbox"/> Peningkatan dosis obat dan atau dalam 24 jam terakhir	10 10 8 12
Faktor lingkungan <input type="checkbox"/> Riwayat jatuh / bayi diletakkan di TT dewasa <input type="checkbox"/> Pasien menggunakan alat bantu/ bayi diletakkan dalam TT bayi/ perabot rumah <input type="checkbox"/> Pasien diletakkan di TT <input type="checkbox"/> Area di luar rumah sakit	4 3 2 1	Cara berjalan <input type="checkbox"/> Normal / bedrest / imobilisasi <input type="checkbox"/> Lemah <input type="checkbox"/> Terganggu	0 15 30	Diagnosa <input type="checkbox"/> Bipolar/skizoprenia afektif <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan zat / alkohol <input type="checkbox"/> Depresi berat <input type="checkbox"/> Demensia/delirium	10 8 10 12
Pembedahan / sedasi/anestesi <input type="checkbox"/> Dalam 24 jam <input type="checkbox"/> Dalam 48 jam <input type="checkbox"/> 48 jam / tidak menjalani pembedahan / sedasi/ anestesi	3 2 1	Status mental <input type="checkbox"/> Orientasi sesuai kemampuan diri <input type="checkbox"/> Lupa keterbatasan diri	0 15	Pergerakan <input type="checkbox"/> Mandiri / stabil melakukan <input type="checkbox"/> Menggunakan alat bantu yang tepat (tongkat, walker) <input type="checkbox"/> Vertigo/hipotensi ortostatik/kelemahan <input type="checkbox"/> Tidak stabil tapi minta bantuan dan sadar akan kemampuan <input type="checkbox"/> Tidak stabil tapi lupa akan keterbatasan	7 8 10 8 15
Penggunaan obat-obatan <input type="checkbox"/> Penggunaan multiple sedative, obat hypnosis, barbiturate, fenotiazin, antidepresan, pencahar, diuretic, narkose, <input type="checkbox"/> Penggunaan salah satu obat diatas <input type="checkbox"/> Penggunaan medikasi lainnya atau tidak ada medikasi	3 2 1			Nutrisi <input type="checkbox"/> Makan dan minum sangat sedikit <input type="checkbox"/> Tidak ada perubahan nafsu makan	12 0
				Gangguan tidur <input type="checkbox"/> Tidak ada gangguan <input type="checkbox"/> Ada laporan gangguan dari pasien, petugas atau keluarga	8 12
				Riwayat jatuh <input type="checkbox"/> Tidak ada riwayat jatuh <input type="checkbox"/> Riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	8 14
Total score :		Total score :		Total score :	

SCREENING BATUK

1. Riwayat Demam

2. Riwayat Batuk Berdahak 2-3 minggu

3. Berkeringat pada malam hari

4. Riwayat berpergian dari daerah wabah

5. Riwayat pemakaian obat jangka panjang

6. Riwayat BB turun tanpa sebab yang diketahui

Bila Jawaban Ya ≥ 3 masuk ruang isolasi infeksius

☐ Ya

☐ Tidak

☐ Ya

☐ Tidak

☐ Ya

☐ Tidak

☐ Ya

☐ Tidak

ASESMEN AWAL PASIEN RAWAT JALAN

RM RJ 3b/Rev VII/2022



ASESMEN AWAL PASIEN RAWAT JALAN		No RM : Nama Pasien : Tgl Lahir : Umur : L / P	
PENYAKIT MENULAR			
Diagnosis :....., ditegakan Pasien mengetahui penyakit saat ini Sumber Informasi penyakit diperoleh dari Menerima informasi jangka waktu pengobatan Melakukan pemeriksaan rutin Cara Penularan Dirawat diruang isolasi bertekanan negative Penggunaan alat pelindung dari Penyakit Penyerta Perilaku berisiko		: <input type="checkbox"/> Baru <input type="checkbox"/> Lama, Sejak : <input type="checkbox"/> Tahu <input type="checkbox"/> Tidak : Dokter <input type="checkbox"/> Perawat <input type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> lain-lain : <input type="checkbox"/> Ya,..... <input type="checkbox"/> Minggu/bulan/tahun <input type="checkbox"/> Tidak : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, di..... : <input type="checkbox"/> Air bone <input type="checkbox"/> Droplet <input type="checkbox"/> Kontak Langsung <input type="checkbox"/> Cairan Tubuh : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, <input type="checkbox"/> Kohorting <input type="checkbox"/> Ruang tersendiri <input type="checkbox"/> Lain-lain Jika penuh dirujuk ke : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Masker <input type="checkbox"/> Sarung Tangan <input type="checkbox"/> Baju <input type="checkbox"/> Scort <input type="checkbox"/> Sepatu Boot <input type="checkbox"/> Kaca mata Gogle <input type="checkbox"/> lain-lain : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya : <input type="checkbox"/> Sex berganti pasangan <input type="checkbox"/> Napza Suntik <input type="checkbox"/> LSL	
A. Analisa Masalah :.....			
B. Tindakan:.....			
SCREENING GIZI			
Indikator	Temuan	Nilai	Skor
Penurunann BB dalam waktu 6 bulan terakhir	Tidak tahu	0	
	Tidak ada	0	
	1-5 kg	1	
	6-10 kg	1	
	11-15 kg	2	
	>15 kg	2	
Penurunan asupan makanan karena nafsu makan berkurang	Asupan cukup, tidak ada perubahan	0	
	Asupan menurun daripada sebelm sakit, pada tahap ringan	1	
	Asupan rendah	1	
	Asupan sangan tidak cukup dan menurun dari sebelumnya	2	
Gejala Gastrointestinal	Tidak ada	0	
	Mual	1	
	Muntah	1	
	Diare	1	
	Anoreksia	1	
Faktor Pemberat (Komorbid)	Tidak ada	0	
	Diabetes Melitus	1	
	Hipertensi	1	
	Pneumonia	1	
	Infeksi	1	
	Kanker	2	
Penurunan kapasitas fungsional	Tidak ada	0	
	Gangguan mengunyah	1	
	Gangguan menelan	1	
	Gangguan penciuman	1	
Skor Total			
Bila skor ≥ 6 pasien berisiko malnutrisi, konsul ke ahli gizi			
GANGGUAN MENTAL ORGANIK (I WATCH DEATH)			
PENYEBAB	YA	TIDAK	
I (Infection / Infeksi) Penyakit infeksi yang di tandai dengan demam dan pemeriksaan laboratorium terjadi peningkatan leukosit dapat menyebabkan munculnya gangguan mental organik			
W (Withdrawal / Putus zat) Gejala putus zat seperti alcohol, barbiturat, benzodiazepine, dll			
A (Acute Metabolic / Metabolic akut)Gangguan asam basa dalam tubuh, elektrolit, fungsi ginjal dan hati			
T (Trauma / Cedera) Cedera kepala dan luka bakar berat			
C (CNS Disease / Penyakit system saraf pusat) Penyakit susunan saraf pusat seperti stroke, tumor otak, kejang, epilepsi			
H (Hypoksia / penurunan oksigen) Penurunan oksigen dalam tubuh, penyakit paru, hipotensi			
D (Defisiensi) Kekurangan vitamin B12 dan vitamin lainnya			
E (Environmental / Lingkungan) Suhu yang terlalu panas dan dingin, penyakit diabetes tiroid, adrenal)			
A (Acute Vascular / Penyakit vaskuler akut) Hipertensi, penyumbatan pembuluh darah, pendarahan sub arakhnoid			
T (Toxin / Drug) (Obat-obatan/racun) Obat-obatan pestisida, racun, dll			
H (Heavy Metal / Logam berat) Logam berat seperti timbal, Mercury, dll			

ASESMEN AWAL PASIEN RAWAT JALAN



DATA SOSIAL EKONOMI	
1. Pasien tinggal dengan :	
2. Faktor sosial yang menyebabkan pasien sakit (stressor sosial) :	
3. Yang memenuhi kebutuhan ekonomi pasien : pekerjaan :	
4. Cara Pembayaran :	
ASESMEN EDUKASI	
KEMAMPUAN DAN KEMAUAN BELAJAR PASIEN	
Agama : <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Protestan <input type="checkbox"/> Katolik <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Kong Hu Chu	
Pendidikan : <input type="checkbox"/> Tidak sekolah <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> Perguruan Tinggi	
Baca tulis : <input type="checkbox"/> Bisa <input type="checkbox"/> Tidak	
Bahasa : <input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Daerah :..... <input type="checkbox"/> Asing :..... <input type="checkbox"/> Bahasa isyarat <input type="checkbox"/> Huruf Braileu	
Hambatan dalam menerima edukasi : <input type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ada :	
<input type="checkbox"/> gangguan penglihatan <input type="checkbox"/> gangguan memori	
<input type="checkbox"/> gangguan pendengaran <input type="checkbox"/> kurang motivasi	
<input type="checkbox"/> gangguan bicara <input type="checkbox"/> gangguan memori	
<input type="checkbox"/> gangguan emosi <input type="checkbox"/> kurang motivasi	
Nilai keyakinan budaya / kepercayaan terhadap sakit/penyakitnya : <input type="checkbox"/> Yakin Sembuh <input type="checkbox"/> Pasrah	
<input type="checkbox"/> Akibat dari Guna-guna/santet	
Bersedia menerima edukasi : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
KEBUTUHAN EDUKASI	
<input type="checkbox"/> Hak dan Tanggung Jawab untuk Berpartisipasi Pada Proses Asuhan (Hak dan Kewajiban)	
<input type="checkbox"/> Hasil Asuhan dan Pengobatan yang diharapkan serta Hasil Asuhan Yang Tidak Diharapkan	
<input type="checkbox"/> Informasi Tindakan Medis	
<input type="checkbox"/> Manajemen Nyeri	
<input type="checkbox"/> Informasi Tindakan Keperawatan	
<input type="checkbox"/> Keamanan dan Efektivitas Penggunaan Peralatan Medis	
<input type="checkbox"/> Hasil Asesmen, Diagnosa, Rencana Pengobatan	
<input type="checkbox"/> Kontrol dan Perawatan Lanjutan di Rumah	
<input type="checkbox"/> Hasil Asesmen, Diagnosa, Rencana Keperawatan	
<input type="checkbox"/> Penggunaan Obat Yang Aman	
RENCANA EDUKASI	
Edukasi Diberikan Kepada <input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami/Istri <input type="checkbox"/> Orang Tua <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Lainnya :.....	
Cara Edukasi <input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	
Petugas Penerjemah <input type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ada Bahasa (Daerah / Asing / Isyarat / Braileu)*, Petugas :sebutkan nama*)	
Media Yang Digunakan <input type="checkbox"/> Brosur/Leaflet <input type="checkbox"/> Poster/Banner <input type="checkbox"/> Formulir Rekam Medik <input type="checkbox"/> TV/Komputer/Gadget	
Diagnosis Keperawatan	Rencana / Intervensi
Bandung Barat, Jam :	
Perawat	
(.....)	
Tanda Tangan dan Nama Jelas	
NIP/NIK	
VERIFIKASI PEMBERIAN INFORMASI HASIL ASESMEN KEPERAWATAN	
Pemberi Informasi Perawat	Pasien / keluarga
(.....)	(.....)
Tanda Tangan dan Nama Jelas	Tanda Tangan dan Nama Jelas
NIP/NIK.	

ASESMEN AWAL PASIEN RAWAT JALAN



<div>ASESMEN AWAL PASIEN</div> <div>RAWAT JALAN</div> <div>KESWARA</div>	<div>No. RM : </div> <div>Nama Pasien : </div> <div>Tanggal Lahir : </div> <div>Umur : L / P</div>	<div>ASESMEN AWAL PASIEN RAWAT JALAN KESWARA</div>												
<div>HETEROANAMNESIS (diisi oleh dokter pemeriksa)</div>														
<div>Heteroanamnesis didapatkan dari:</div> <table><tr><td>Nama</td><td>Hubungan dengan pasien</td><td>Kebenaran anamnesa</td></tr><tr><td>1. </td><td> </td><td>dapat/kurang/tidak dipercaya</td></tr><tr><td>2. </td><td> </td><td>dapat/kurang/tidak dipercaya</td></tr><tr><td>3. </td><td> </td><td>dapat/kurang/tidak dipercaya</td></tr></table>			Nama	Hubungan dengan pasien	Kebenaran anamnesa	1.		dapat/kurang/tidak dipercaya	2.		dapat/kurang/tidak dipercaya	3.		dapat/kurang/tidak dipercaya
Nama	Hubungan dengan pasien		Kebenaran anamnesa											
1.			dapat/kurang/tidak dipercaya											
2.			dapat/kurang/tidak dipercaya											
3.			dapat/kurang/tidak dipercaya											
<div>RIWAYAT PSIKIATRI</div>														
<div>A. KELUHAN UTAMA</div>														
<div>B. RIWAYAT GANGGUAN PSIKIATRI :</div>														
<div>HETEROANAMNESIS (diisi oleh dokter pemeriksa)</div>														
<div>C. RIWAYAT PERKEMBANGAN</div> <div><div>▪ Riwayat Prenatal dan masa bayi (0 – 1 tahun)</div><div>▪ Riwayat masa balita (1 – 5 tahun)</div><div>▪ Riwayat masa sekolah (5 – 12 tahun)</div><div>▪ Riwayat masa remaja (12 – 18 tahun)</div><div>▪ Riwayat Pendidikan</div></div>														



D. RIWAYAT KELUARGA

1. Susunan Keluarga :

2. Riwayat Perkawinan orang tua :

3. Fungsi sub sistem :

4. Riwayat pekerjaan orang tua :

5. Keadaan sosial keluarga :

E. RIWAYAT ALERGI :

☐ Ada

☐ Obat :

☐ Udara

☐ Makanan

☐ Lain-lain,.....

☐ Tidak ada

F. RIWAYAT PENGOBATAN :

RIWAYAT PENGGUNAAN OBAT						
Nama obat	Rute Pemberian	Dosis	Frekuensi	Terapi Lanjut		Keterangan
				Ya	Tdk	
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

STATUS MENTAL

* Roman muka :

* Kesadaran :

* Kontak rapport :

* Orientasi :

* Ingatan :

* Perhatian :

* Insight of illness:

* Persepsi :

* Pikiran bentuk :

Jalan : (khusus untuk anak-anak dan remaja three Wishes, cita-cita, menggambar, bercerita & bermain)

Isi :

Emosi :

* Bicara :

* Perilaku dan aktivitas motorik :

* Pengendalian impuls :

* Fungsi kognitif dan penginderaan (orientasi, konsentrasi, daya ingat, intelegensi dan pengetahuan umum :

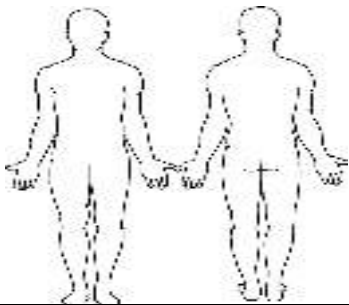
Hubungan antara anak dengan orang tua :

1. Interaksi antara anak dan orang tua

2. Perpisahan dan pertemuan anak dan orang tua

RM Keswara 3b/Rev VII/2022



ASESMEN AWAL PASIEN RAWAT JALAN KESWARA		No. RM : Nama Pasien : Tanggal Lahir : Umur : L / P								
KEADAAN UMUM										
Tinggi badan : cm Berat badan : Kg										
Tingkat Kesadaran : <div><input type="checkbox"/> Compos Metis GCS 14-15 <input type="checkbox"/> Apatis GCS 12-13 <input type="checkbox"/> Somnolen GCS 10-11</div> <div><input type="checkbox"/> Delirium GCS 9-7 <input type="checkbox"/> Sopor 4-6 <input type="checkbox"/> Koma GCS ≤3</div>										
Tanda- tanda Vital										
Denyut Jantung : x/mnt Tekanan Darah										
Pernapasan : x/mnt Sistole : mmHg										
Suhu tubuh : °C Diastole : mmHg										
STATUS LOKALIS										
		Pemeriksaan Gigi <table><tr><td>8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr><tr><td>8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr><tr><td>V IV III II I</td><td>I II III IV V</td></tr><tr><td>V IV III II I</td><td>I II III IV V</td></tr></table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	V IV III II I	I II III IV V	V IV III II I	I II III IV V
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8									
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8									
V IV III II I	I II III IV V									
V IV III II I	I II III IV V									
PEMERIKSAAN FISIK										
Kepala : Mata : <input type="checkbox"/> Konjunktiva : Anemis <input type="checkbox"/> Sklera : Ikterik <input type="checkbox"/> Lain-lain : THT : <input type="checkbox"/> Faring hyperemis : <input type="checkbox"/> Tonsil : <input type="checkbox"/> Lain-lain Leher : Kelenjar Getah Bening : Thorax : <input type="checkbox"/> Jantung : BJ I/ II teratur/tidak *) Murmur : Gallop: <input type="checkbox"/> Pulmo : Gerak nafas Kanan : Kiri : Ronchi : / Wheezing : / Abdomen : Datar / Cembung Supel / Defence Muscular Nyeri Tekan : di BU : Hepar : Lien : Ekstremitas : Akral : Edema : Refleks Fisiologis : Refleks Patologis Kekuatan otot : <div></div>										
Waktu Pengisian Kapiler : Lain-lain :										
PEMERIKSAAN PSIKOLOGIS										
Status psikologis :	<input type="checkbox"/> Tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Takut	<input type="checkbox"/> Marah <input type="checkbox"/> Sedih <input type="checkbox"/> Lain-lain,.....								
PEMERIKSAAN PSIKIATRI										
Hasil Pemeriksaan										

ASESMEN AWAL PASIEN RAWAT JALAN KESWARA



Skor PANSS EC :		Skor HDRS, HARS, YMRS, Skala Cina, dll*) :	
		
PEMERIKSAAN PENUNJANG			
JENIS PEMERIKSAAN	HASIL		
<input type="checkbox"/> Laboratorium	1. 2. 3. 4. 5.		
<input type="checkbox"/> Radiologi	1. 2.		
<input type="checkbox"/> EKG			
<input type="checkbox"/> Lain-lain			
DIAGNOSIS MULTIAXIAL		ICD-10	DIAGNOSIS NON PSIKIATRI
Aksis I :			
Aksis II :			
Aksis III :			
Aksis IV :			
Aksis V :			
PERMASALAHAN			
Organik Biologik :			
Psikologik :			
Sosial dan keluarga :			
RENCANA MEDIS			
INSTRUKSI MEDIS :			
TINDAKAN :1. Kode ICD-9 CM:			
2. Kode ICD-9 CM:			
3. Kode ICD-9 CM:			
TINDAK LANJUT			
<input type="checkbox"/> Tidak perlu kontrol			
<input type="checkbox"/> Perlu kontrol / berobat jalan di klinik :			
Tanggal :			
<input type="checkbox"/> Dirawat di ruang :			
Indikasi Rawat inap :			
<input type="checkbox"/> Menolak dirawat			
Alasan : <input type="checkbox"/> masalah biaya <input type="checkbox"/> masalah lokasi rumah <input type="checkbox"/> kondisi pasien <input type="checkbox"/> lainnya :			
<input type="checkbox"/> Dirujuk ke :			
Alasan dirujuk : <input type="checkbox"/> Perlu fasilitas lebih <input type="checkbox"/> Permintaan pasien / keluarga			
KONDISI PASIEN SAAT KELUAR :			
.....			
.....			
Tanda-tanda vital		Tekanan Darah	
Denyut Jantung : x/mnt		Sistole : mmHg	
Pernapasan : x/mnt		Diastole : mmHg	
Suhu tubuh : °C			

ASESMEN AWAL PASIEN



	Bandung, Jam : Dokter Pemeriksa (.....) Tanda Tangan dan Nama Jelas SIP.	
VERIFIKASI PEMBERIAN INFORMASI HASIL ASESMEN MEDIS		
Pemberi Informasi Dokter (.....) Tanda Tangan dan Nama Jelas SIP.	Penerima Informasi Pasien / keluarga (.....) Tanda Tangan dan Nama Jelas	



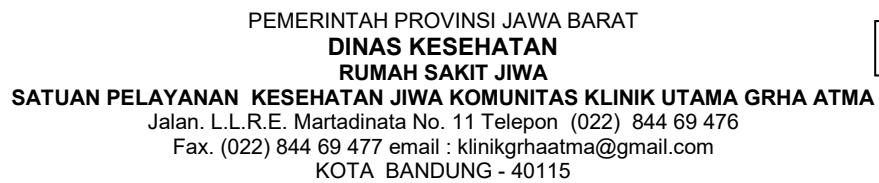
ASESMEN AWAL PASIEN RAWAT JALAN		No RM : Nama Pasien : Tgl Lahir : Umur : L / P																																																																	
PEMERIKSAAN DOKTER																																																																			
Sumber :		Tanggal : Jam :																																																																	
A. KELUHAN UTAMA :																																																																			
B. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG :																																																																			
C. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU :																																																																			
D. RIWAYAT ALERGI : <div><input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak Ada</div> <div><input type="checkbox"/> Obat : <input type="checkbox"/> Makanan</div> <div><input type="checkbox"/> Udara <input type="checkbox"/> Lain-lain,.....</div>																																																																			
E. RIWAYAT PENGobatan :																																																																			
RIWAYAT PENGGUNAAN OBAT																																																																			
Nama obat		Rute Pemberian	Dosis	Frekuensi	Terapi Lanjut Ya Tdk		Keterangan																																																												
1.																																																																			
2.																																																																			
3.																																																																			
4.																																																																			
5.																																																																			
KEADAAN UMUM																																																																			
Tingkat Kesadaran : <div><input type="checkbox"/> Compos Metis GCS 14-15 <input type="checkbox"/> Apatis GCS 12-13 <input type="checkbox"/> Somnolen GCS 10-11</div> <div><input type="checkbox"/> Delirium GCS 9-7 <input type="checkbox"/> Sopor 4-6 <input type="checkbox"/> Koma GCS ≤ 3</div>																																																																			
Tanda- tanda Vital Denyut Jantung : x/mnt Tekanan Darah Pernapasan : x/mnt Sistole : mmHg Suhu tubuh : °C Diastole : mmHg																																																																			
STATUS LOKALIS																																																																			
		Pemeriksaan Gigi																																																																	
		<table><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr><tr><td>V</td><td>IV</td><td>III</td><td>II</td><td>I</td><td></td><td></td><td></td><td>I</td><td>II</td><td>III</td><td>IV</td><td>V</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>V</td><td>IV</td><td>III</td><td>II</td><td>I</td><td></td><td></td><td></td><td>I</td><td>II</td><td>III</td><td>IV</td><td>V</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	V	IV	III	II	I				I	II	III	IV	V				V	IV	III	II	I				I	II	III	IV	V			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																				
V	IV	III	II	I				I	II	III	IV	V																																																							
V	IV	III	II	I				I	II	III	IV	V																																																							

ASESMEN AWAL PASIEN RAWAT JALAN



PEMERIKSAAN FISIK			
Kepala	:		
Mata	:	<input type="checkbox"/> Konjunktiva : Anemis	<input type="checkbox"/> Sklera : Ikterik
		<input type="checkbox"/> Lain-lain :	
THT	:	<input type="checkbox"/> Faring hyperemis :	<input type="checkbox"/> Tonsil :
		<input type="checkbox"/> Lain-lain	
Leher	:	Kelenjar Getah Bening :	
Thorax	:	<input type="checkbox"/> Jantung : BJ I/ II teratur/tidak *)	Murmur : Gallop:
		<input type="checkbox"/> Pulmo : Gerak nafas Kanan :	Kiri :
Ronchi	:	/ Wheezing :	/
Abdomen	:	Datar / Cembung Supel / Defence Muscular	
		Nyeri Tekan :	di BU :
		Hepar :	Lien :
Ekstremitas	:	Akral :	Edema :
		Refleks Fisiologis :	
		Refleks Patologis	
		Kekuatan otot :	
<div></div>			
Waktu Pengisian Kapiler :			
Lain-lain :			
PEMERIKSAAN PSIKOLOGIS			
Status psikologis :	<input type="checkbox"/> Tidak ada kelainan	<input type="checkbox"/> Marah	
	<input type="checkbox"/> Cemas	<input type="checkbox"/> Sedih	
	<input type="checkbox"/> Takut	<input type="checkbox"/> Lain-lain,.....	
PEMERIKSAAN PSIKIATRI			
Hasil Pemeriksaan :			
Skor PANSS EC :		Skor HDRS, HARS, YMRS, Skala Cina, dll*) :	
		
PEMERIKSAAN PENUNJANG			
JENIS PEMERIKSAAN		HASIL	
<input type="checkbox"/> Laboratorium		1. 2. 3. 4. 5.	
<input type="checkbox"/> Radiologi		1. 2.	
<input type="checkbox"/> EKG			
<input type="checkbox"/> Lain-lain			
DIAGNOSIS MULTIAXIAL		ICD-10	DIAGNOSIS NON PSIKIATRI
Aksis I :			
Aksis II :			
Aksis III :			
Aksis IV :			
Aksis V :			

ASESMEN AWAL PASIEN RAWAT JALAN



<p>ASESMEN AWAL PASIEN RAWAT JALAN</p>		<p>No RM : Nama Pasien : Tgl Lahir : Umur : L / P</p>													
<p>RENCANA MEDIS</p>															
<p>INSTRUKSI MEDIS :</p>															
<p>TINDAKAN :1. Kode ICD-9 CM: 2. Kode ICD-9 CM: 3. Kode ICD-9 CM:</p>															
<p>TINDAK LANJUT</p>															
<p><input type="checkbox"/> Tidak perlu kontrol <input type="checkbox"/> Perlu kontrol / berobat jalan di klinik : Tanggal : <input type="checkbox"/> Dirawat di ruang : Indikasi Rawat inap : <input type="checkbox"/> Menolak dirawat Alasan : <input type="checkbox"/> masalah biaya <input type="checkbox"/> masalah lokasi rumah <input type="checkbox"/> kondisi pasien <input type="checkbox"/> lainnya : <input type="checkbox"/> Dirujuk ke : Alasan dirujuk : <input type="checkbox"/> Perlu fasilitas lebih <input type="checkbox"/> Permintaan pasien / keluarga</p>															
<p>KONDISI PASIEN SAAT KELUAR :</p>															
<p>Tanda-tanda vital</p> <table border="0"> <tr> <td>Denyut Jantung :</td> <td>x/mnt</td> <td>Tekanan Darah</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pernapasan :</td> <td>x/mnt</td> <td>Sistole :</td> <td>mmHg</td> </tr> <tr> <td>Suhu tubuh :</td> <td>°C</td> <td>Diastole :</td> <td>mmHg</td> </tr> </table>				Denyut Jantung :	x/mnt	Tekanan Darah		Pernapasan :	x/mnt	Sistole :	mmHg	Suhu tubuh :	°C	Diastole :	mmHg
Denyut Jantung :	x/mnt	Tekanan Darah													
Pernapasan :	x/mnt	Sistole :	mmHg												
Suhu tubuh :	°C	Diastole :	mmHg												
<p>Bandung, Jam :..... Dokter Pemeriksa</p> <p>(.....) Tanda Tangan dan Nama Jelas SIP.</p>															
<p>VERIFIKASI PEMBERIAN INFORMASI HASIL ASESMEN MEDIS</p>															
<p>Pemberi Informasi Dokter</p> <p>(.....) Tanda Tangan dan Nama Jelas SIP.</p>		<p>Penerima Informasi Pasien / keluarga</p> <p>(.....) Tanda Tangan dan Nama Jelas</p>													

RM RJ 4c/Rev VII/2022



<div>CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI RAWAT JALAN Ditulis berdasarkan prinsip Subyektif, Obyektif, Assesment dan Perencanaan (SOAP) / ADIME dari masing – masing masalah</div>			<div>No RM : Nama Pasien : Tgl Lahir : Umur : L / P</div>	
Klinik :				
Tanggal & Jam	PPA	Hasil Asesmen Ulang	Instruksi PPA	Review dan Verifikasi DPJP



<div>CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI RAWAT JALAN Ditulis berdasarkan prinsip Subyektif, Obyektif, Assesment dan Perencanaan (SOAP) / ADIME dari masing – masing masalah</div>			<div>No RM : Nama Pasien : Tgl Lahir : Umur : L / P</div>	
Klinik :				
Tanggal & Jam	PPA	Hasil Asesmen Ulang	Instruksi PPA	Review dan Verifikasi DPJP



PEMERINTAH PROVINSI JAWA BARAT

DINAS KESEHATAN

RUMAH SAKIT JiWA

RAHASIA

SATUAN PELAYANAN KESEHATAN JiWA KOMUNITAS KLINIK UTAMA GRHA ATMA

Jalan. L.L.R.E. Martadinata No. 11 Telepon (022) 844 69 476

Fax. (022) 844 69 477 email : klinikgrhaatma@gmail.com

KOTA BANDUNG - 40115



CATATAN INFORMASI EDUKASI						No RM : Nama Pasien : Tanggal Lahir : Umur : L/P			
<i>Instruksi:</i> 1. Diisi oleh petugas pemberi edukasi sesuai kebutuhan dan rencana edukasi pasien dan keluarga 2. Beri tanda check list (✓) pada kotak yang sesuai (dapat lebih dari satu sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga)									
Materi Informasi Edukasi	Tanggal & Jam	Lamanya / Durasi	Cara Edukasi	Media Yang digunakan	Respon / Evaluasi	Tanggal Re Edukasi	Penerima Edukasi	TTD dan Nama Penerima Edukasi	TTD dan Nama Pemberi Edukasi
DOKTER <input type="checkbox"/> Hasil Asesmen, Diagnosa, Rencana Pengobatan <input type="checkbox"/> Hasil Pengobatan Yang Diharapkan <input type="checkbox"/> Hasil Pengobatan Yang Tidak Diharapkan <input type="checkbox"/> Informasi Tindakan Medis : <input type="checkbox"/> ECT Konvensional/ ECT Monitor <input type="checkbox"/> Suntik <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Manajemen Nyeri <input type="checkbox"/> Lainnya.....			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		
PERAWAT <input type="checkbox"/> Hak dan Tanggung Jawab untuk Berpartisipasi Pada Proses Asuhan (Hak dan Kewajiban) <input type="checkbox"/> Hasil Asesmen, Diagnosa, Rencana Keperawatan <input type="checkbox"/> Manajemen Nyeri <input type="checkbox"/> Informasi Tindakan Keperawatan 1. 2. <input type="checkbox"/> Keamanan dan Efektivitas Penggunaan Peralatan Medis <input type="checkbox"/> Penggunaan nebulizer <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Penggunaan kursi roda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perawatan di rumah <input type="checkbox"/> Waktu Kontrol <input type="checkbox"/> Disiplin Minum Obat <input type="checkbox"/> Cuci Tangan <input type="checkbox"/> Etika Batuk <input type="checkbox"/> Lainnya			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		
PSIKOLOG <input type="checkbox"/> Penerimaan Penyakit <input type="checkbox"/> Pengembangan Emosi Positif <input type="checkbox"/> Penyelesaian Masalah Spesifik <input type="checkbox"/> Perubahan Perilaku <input type="checkbox"/> Perkembangan Kognitif <input type="checkbox"/> Lainnya			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		



Materi Informasi Edukasi	Tanggal & Jam	Lamanya / Durasi	Cara Edukasi	Media Yang digunakan	Respon / Evaluasi	Tanggal Re Edukasi	Penerima Edukasi	TTD dan Nama Penerima Edukasi	TTD dan Nama Pemberi Edukasi
FISIOTETARPIS <input type="checkbox"/> Penggunaan Alat Medis yang Aman & Efektif di R Alat <input type="checkbox"/> Teknik Rehabilitasi Medis <input type="checkbox"/> Cara Terapi Latihan <input type="checkbox"/> Cara Elektroterapi <input type="checkbox"/> Manajemen Nyeri <input type="checkbox"/> Lainnya :			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		
TERAPIS WICARA <input type="checkbox"/> Teknik Terapi Wicara <input type="checkbox"/> Latihan Motorik Mulut <input type="checkbox"/> Masase <input type="checkbox"/> Play Terapi <input type="checkbox"/> Lainnya			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		
TERAPIS OKUPASI <input type="checkbox"/> Teknik Terapi Okupasi			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		
PEDAGOG <input type="checkbox"/> Teknik Stimulasi Tumbuh Kembang Anak			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		
NUTRISIONIS <input type="checkbox"/> Status Gizi <input type="checkbox"/> Gizi Seimbang <input type="checkbox"/> Diet <input type="checkbox"/> Lainnya :			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		
TERAPIS GIGI DAN MULUT <input type="checkbox"/> Kebersihan Gigi dan Mulut <input type="checkbox"/> Cara Sikat Gigi <input type="checkbox"/> Lainnya			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		



CATATAN INFORMASI EDUKASI						No RM : Nama Pasien : Tanggal Lahir : Umur : L/P			
<i>Instruksi:</i> 1. Diisi oleh petugas pemberi edukasi sesuai kebutuhan dan rencana edukasi pasien dan keluarga 2. Beri tanda check list (✓) pada kotak yang sesuai (dapat lebih dari satu sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga)									
Materi Informasi Edukasi	Tanggal & Jam	Lamanya / Durasi	Cara Edukasi	Media Yang digunakan	Respon / Evaluasi	Tanggal Re Edukasi	Penerima Edukasi	TTD dan Nama Penerima Edukasi	TTD dan Nama Pemberi Edukasi
<input type="checkbox"/> Edukasi Lainnya / Re-Edukasi			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		
<input type="checkbox"/> Edukasi Lainnya / Re-Edukasi			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		
<input type="checkbox"/> Edukasi Lainnya / Re-Edukasi			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		
<input type="checkbox"/> Edukasi Lainnya / Re-Edukasi			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		
<input type="checkbox"/> Edukasi Lainnya / Re-Edukasi			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		
<input type="checkbox"/> Edukasi Lainnya / Re-Edukasi			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		



CATATAN INFORMASI EDUKASI						No RM : Nama Pasien : Tanggal Lahir : Umur : L/P			
<i>Instruksi:</i> 1. Diisi oleh petugas pemberi edukasi sesuai kebutuhan dan rencana edukasi pasien dan keluarga 2. Beri tanda check list (√) pada kotak yang sesuai (dapat lebih dari satu sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga)									
Materi Informasi Edukasi	Tanggal & Jam	Lamanya / Durasi	Cara Edukasi	Media Yang digunakan	Respon / Evaluasi	Tanggal Re Edukasi	Penerima Edukasi	TTD dan Nama Penerima Edukasi	TTD dan Nama Pemberi Edukasi
<input type="checkbox"/> Edukasi Lainnya / Re-Edukasi			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		
<input type="checkbox"/> Edukasi Lainnya / Re-Edukasi			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		
<input type="checkbox"/> Edukasi Lainnya / Re-Edukasi			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		
<input type="checkbox"/> Edukasi Lainnya / Re-Edukasi			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		
<input type="checkbox"/> Edukasi Lainnya / Re-Edukasi			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		
<input type="checkbox"/> Edukasi Lainnya / Re-Edukasi			<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Tulisan <input type="checkbox"/> Praktek	<input type="checkbox"/> Form RM <input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Banner <input type="checkbox"/> TV/ Komputer/ Gadget <input type="checkbox"/> Alat peraga	<input type="checkbox"/> Paham / Mengerti <input type="checkbox"/> Tidak paham (Re-edukasi) <input type="checkbox"/> Tidak Ada Respon (Re-edukasi)		<input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Suami / Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua Lain-lain		



TRANSFER PASIEN INTERNAL		No RM : Nama Pasien : Tanggal Lahir : Umur : L/P
Tanggal masuk : Tanggal Pindah : DPJP : Jam : Dokter konsulen 1 : Asal Ruangan : Dokter Konsulen 2 : Pindah ke ruang : Dx. medis masuk : Dx.medis sekarang : Dx. Perawatan/RUFA : Alasan masuk Klinik : Alasan pindah :		
I. PEMERIKSAAN FISIK		
Keadaan Umum : Kesadaran : Tanda-tanda vital : Tensi : mmHg, Suhu : °C, Nadi : x/mnt Riwayat penyakit : Riwayat alergi :		
II. PEMERIKSAAN PENUNJANG YANG SUDAH DILAKUKAN		
<input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Radiologi <input type="checkbox"/> CT Scan <input type="checkbox"/> USG		
III. TINDAKAN MEDIS DAN TINDAKAN KEPERAWATAN YANG SUDAH DILAKUKAN		
<div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div>		
IV. TERAPI YANG SUDAH DIBERIKAN		
Infus : Obat Injeksi : 1. 2. Obat Oral : 1. 5. 2. 6. 3. 7. 4. 8. Lain-lainnya :		
Nilai PANSS EC :		
Kategori pasien transfer : <input type="checkbox"/> Level 0 <input type="checkbox"/> Level 1 <input type="checkbox"/> Level 2		
Tanggal : Jam :	Yang menyerahkan (.....) Tanda Tangan dan Nama Jelas NIP/NIK.	Yang menerima (.....) Tanda Tangan dan Nama Jelas NIP/NIK.



PEMERINTAH PROVINSI JAWA BARAT

DINAS KESEHATAN

RUMAH SAKIT JiWA

SATUAN PELAYANAN KESEHATAN JiWA KOMUNITAS KLINIK UTAMA GRHA ATMA

Jalan. L.L.R.E. Martadinata No. 11 Telepon (022) 844 69 476

Fax. (022) 844 69 477 email : klinikgrhaatma@gmail.com

KOTA BANDUNG - 40115

RAHASIA