
	PENGISIAN MONITORING HARIAN (FLOW SHEET)		
	No. Dokumen DIR.01.04.01.013	No. Revisi 00	Halaman 1 / 5
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 31 Desember 2023	Ditetapkan Direktur  dr. R. Alief Radhianto, MPH	
Pengertian	<ul style="list-style-type: none"><li>– Pengisian monitoring harian (<i>flowsheet</i>) adalah tata cara pengisian formulir observasi tentang perkembangan pasien secara menyeluruh mengenai pengobatan dan perawatannya.</li><li>– Dokumentasi monitoring merupakan bagian dari <i>clinical record</i> yang menggambarkan kondisi pasien, kebutuhan perawatan, pelayanan kesehatan yang diberikan dan respon terhadap perawatan.</li></ul>		
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"><li>– Sarana komunikasi semua staf di bagian layanan Intensif</li><li>– Legal proteksi bagi Rumah Sakit</li><li>– Media pembelajaran bagi staf dan peserta didik di bagian layanan Intensif</li><li>– Dasar pemberi asuhan dan pendidikan bagi pasien dan keluarga.</li></ul>		
Kebijakan	Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Hamori Nomor : Per-032/DIR/XI/2022 Tentang Pedoman Pelayanan Unit Intensif		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Perawat melakukan pengisian identitas sebagai berikut :<ol style="list-style-type: none"><li>a. Nama : diisi dengan nama pasien.</li><li>b. Tanggal lahir : diisi dengan tanggal lahir pasien</li><li>c. Nomor rekam medik : diisi nomor rekam medik pasien.</li><li>d. Ruangan : diisi ruangan sesuai dengan kriteria pasien masuk.</li><li>e. Dokter : Dokter utama yang merawat pasien.</li><li>f. Penjamin : diisi penjamin pasien.</li><li>g. Tanggal : diisi tanggal saat intruksi harian dibuat.</li><li>h. Hari perawatan : diisi hari perawatan pasien di unit intensif, dihitung mulai pasien masuk ke ruangan intensif.</li><li>i. Bed : diisi bed ruangan yang terisi kamar berapa.</li><li>j. BB/TB : diisi BB dan TB pasien terakhir .</li><li>k. Tanggal masuk rumah sakit : diisi tanggal masuk rumah sakit.</li></ol></li></ol>		

**TERKENDALI**

## PENGISIAN MONITORING HARIAN (FLOW SHEET)

No. Dokumen  
DIR.01.04.01.013

No. Revisi  
00

Halaman  
2 / 5

- l. Tanggal masuk intensif : diisi tanggal masuk ruang intensif
- m. Diagnosa : diisi diagnosa medis saat masuk dan diagnosa terkini pasien.
- n. Jenis tindakan operasi : diisi jenis tindakan operasi.
- o. Hari *post* OP : diisi hari *post* operasi ke berapa.
- p. Dokter yang merawat : diisi dokter yang merawat selain DPJP utama.
- q. Penyakit infeksius : diisi apakah pasien memiliki riwayat penyakit infeksius.
- r. Alergi : diisi riwayat alergi pasien.
- s. Keterangan : diisi apabila diperlukan.
2. Perawat mengisi tanda-tanda vital pasien.
  - a. HR : gambaran kurva pengisian nadi pasien dengan pulpen warna merah.
  - b. Temperatur : gambaran kurva pengisian suhu pasien dengan pulpen warna hijau.
  - c. Respirasi : gambaran kurva pengisian respirasi pasien dengan pulpen warna biru.
  - d. *Non invasive blood pressure*: gambaran kurva pengisian tekanan darah dengan menggunakan pulpen warna hitam.
3. Perawat mengisi gambaran EKG pasien.
4. Perawat mengisi saturasi oksigen pasien.
5. Perawat mengisi neuro status pasien.
  - a. Perawat mengisi GCS (*Glasgow Coma Scale*) pasien :
    - 1) Membuka mata (E) :
      - a) Spontan nilai 4
      - b) Respon perintah lisan nilai 3
      - c) Respon rangsang sakit nilai 2
      - d) Tidak ada respon nilai 1
    - 2) Respon motorik (M) :
      - a) Sesuai perintah nilai 6

TERKENDALI

# PENGISIAN MONITORING HARIAN (FLOW SHEET)

No. Dokumen  
DIR.01.04.01.013

No. Revisi  
00

Halaman  
3 / 5

- b) Terlokasi pada sakit nilai 5
- c) Menarik terhadap rangsang sakit nilai 4
- d) Fleksi abnormal nilai 3
- e) Respon ekstensi nilai 2
- f) Tidak ada respon nilai 1
- 3) Respon verbal (V) :
  - a) Bicara terorientasi nilai 5
  - b) Bicara kacau nilai 4
  - c) Bicara tidak sesuai nilai 3
  - d) Kata-kata tidak berarti nilai 2
  - e) Tidak bersuara nilai 1
- 6. Perawat mengisi reaksi dan besar pupil kiri dan kanan.
- 7. Perawat mengisi kesadaran pasien.
- 8. Perawat mengisi kekuatan otot ekstremitas tangan kanan, tangan kiri kaki kanan dan kiri.
- 9. Perawat mengisi jenis ventilasi sesuai kebutuhan pasien melalui :
  - a. Tipe ventilasi
  - b. Respirasi rate
  - c. PEEP/P-LOW
  - d. PS
  - e. PC/P-high
  - f. Volume tidal(Vt)
  - g. I:E Ratio
  - h. Trigger sensitivity (flow/pressure)
  - i. T-high
  - j. T-flow
  - k. FI02
  - l. Volume tidal (Vte)
  - m. Minute volume
  - n. P-PEAK

TERKENDALI

## PENGISIAN MONITORING HARIAN (FLOW SHEET)


No. Dokumen  
DIR.01.04.01.013

No. Revisi  
00

Halaman  
4 / 5

- o. V-LEAK
- p. ETT diameter/kedalaman
- q. Trakheostomi: jenis/no
- 10. Perawat mengisi jenis risiko jatuh sesuai dengan kriteria pasien.
- 11. Perawat mengisi skala nyeri.
- 12. Perawat mengisi jumlah seluruh *intake* sesuai dengan kebutuhan pasien melalui :
  - b. Tranfusi
  - c. Loding cairan
  - d. Enteral : diet oral/NGT/OGT
  - e. Parenteral : cairan infus dan therapy
- 13. Perawat mengisi jumlah seluruh output pasien melalui :
  - a. Urin
  - b. Residu/muntah
  - c. BAB(Buang Air Besar)
  - d. Drain
  - e. IWL(Insensible Water Los)
- 14. Perawat menghitung *balance* cairan setiap shift.
- 15. Perawat mengisi hasil laboratorium sesuai dengan hasil pemeriksaan.
- 16. Perawat mengisi tindakan invasif dan pencegahan HAI (*Hospital Associated Ifection*)
- 17. Perawat mengisi catatan penting pasien jika ada.
- 18. Perawat mengisi obat obatan dan jadwal pemberian obat ( untuk jenis obat I.V ditulis dengan pulpen warna merah,untuk nebulizer di tulis dengan pulpen warna hijau,untuk obat oral/NGT di tulis dengan pulpen warna hitam).
- 19. Perawat mengisi jenis perawatan luka.
- 20. Perawat mengisi jenis *personal hygiene* sesuai yang dilakukan.
- 21. Perawat mengisi ganti verban /plester sesuai dengan peralatan medis yang terpasang di pasien.

TERKENDALI

	<b>PENGISIAN MONITORING HARIAN (FLOW SHEET)</b>		
	No. Dokumen DIR.01.04.01.013	No. Revisi 00	Halaman 5 / 5
	22. Perawat mengisi perubahan posisi sesuai dengan perubahan posisi yang dilakukan. 23. Perawat mengisi <i>physical restrain</i> dan observasi pemasangan restrain yang terpasang di pasien. 24. Perawat mengisi tindakan <i>suction</i> dari mulut/ETT/TT, dan mengisi jumlah dan kualitas sputum. 25. Perawat mengisi <i>preasure care</i> . 26. Perawat mengisi dan observasi ekstremitas pasien. 27. Dokter mengisi catatan dokter. 28. Perawat mengisi catatan perawat (SOAP, advis dokter dll).		
<b>Unit Terkait</b>	-		

