





PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA  
 RSUD Batu Bara  
 Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung  
 Kec. Lima Puluh, Kab. Batu Bara, 21255

RM:08c

Nama :	
Tgl. Lahir:	L/P
No. RM :	

**PERNYATAAN PENOLAKAN PELAYANAN/ PENGOBATAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : .....

Umur : Tahun

Jenis kelamin : Laki-laki/Perempuan

Alamat :

dengan ini menyatakan PENOLAKAN PELAYANAN : .....

Terhadap saya/Suami/isteri/anak/..... saya\* .....

Nama :

Tgl lahir/Umur :

Alamat :

Saya telah memahami perlunya dan manfaat pengobatan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya pengobatan tersebut.

(Kwala Gunung, ....., Jam : .....

Yang menyatakan,

Saksi,

(.....)

(.....)



Potensial untuk dilakukan rehabilitasi

- Baik
- Sedang
- Buruk

.....

.....

Status Kemandirian		Mandiri	Butuh Bantuan	Tidak Mampu
Aktivitas Ditempat tidur	Berguling			
	Duduk			
Hygiene Pribadi	Wajah, rambut, tangan			
	Ekstermitas bawah			
	Traktus digestivus			
	Traktus Urinarius			
	Barang tubuh dan Perinium			
Berpakaian	Ekstermitas atas			
	Batang tubuh			
	Ekstermitas bawah			
Cara memberikan makan				
Pergerakan	Jalan Khaki			
	Kursi Roda			

Pemeriksaan penunjang (diagnostic yang sudah dilakukan (EKG, lab, dll):

.....

.....

Intervensi/Tindakan yang sudah dilakukan

.....

.....

Diet :

.....

.....

Rencana perawatan selanjutnya

.....

.....

Terapi saat Pindah

Nama Obat	Jumlah	Dosis	Frekuensi	Cara Pemberian

Nama Obat	Jumlah	Dosis	Frekuensi	Cara Pemberian

Dokter yang mengirim Jam :

.....  
Tanda Tangan & Nama Lengkap

Kwala Gunung,  
Dokter yang menerima Jam :

.....  
Tanda Tangan & Nama Lengkap

Seluruh proses pemindahan pasien telah selesai dan dilakukan sesuai standar operasional prosedur yang diterapkan  
Perawat yang mengantar Perawat Yang Menerima

.....  
Nama Petugas dan Tanda Tangan

.....  
Nama petugas dan tanda tangan



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA

RSUD Batu Bara

Jl. Dzatuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung

Kec. Lima Puluh, Kab. Batu Bara, 21255

RM :03

Nama :

Tgl. Lahir:

No. RM :

L/P

**FORMULIR INFORMASI & EDUKASI  
PASIENT DAN KELUARGA TERINTEGRASI**

**INSTRUKSI :** BERI TANDA CHECKLIST (✓) PADA KOTAK YANG SESUAI DENGAN KEBUTUHAN PASIEN DAN KELUARGA

Persiapan Edukasi/ Belajar

Keyakinan, Nilai-nilai dan kepercayaan	<input type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ada .....
Bahasa	<input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Inggris <input type="checkbox"/> Daerah
Kebutuhan Penterjemah	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Pendidikan Pasien	<input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SLTP <input type="checkbox"/> SLTA <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> Lain-lain:.....
Baca Tulis	<input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Kurang
Pilihan Tipe Pembelajaran	<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Tulisan
Hambatan Edukasi	<input type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Penglihatan Terganggu <input type="checkbox"/> Bahasa <input type="checkbox"/> Kognitif Terbatas <input type="checkbox"/> Motivasi Kurang <input type="checkbox"/> Budaya/ Agama/ Spiritual
	<input type="checkbox"/> Emosional <input type="checkbox"/> Pendengaran Terganggu <input type="checkbox"/> Gangguan Bicara <input type="checkbox"/> Fisik Lemah <input type="checkbox"/> Lain-lainnya
Kesediaan pasien menerima informasi :	<input type="checkbox"/> Bersedia <input type="checkbox"/> Tidak Bersedia

Kebutuhan Edukasi : Topik Edukasi	Tanggal Edukasi	Sasaran Edukasi		Edukator		Tingkat Pemahaman Awal	Metode Edukasi	Media Edukasi	Evaluasi	Tanggal Re-Edukasi
		Nama dan Hubungan Dengan Pasien	TTD	Nama & Profesi	TTD					
TATA TERTIB RUMAH SAKIT						<input type="checkbox"/> Hal Baru <input type="checkbox"/> Edukasi Ulang	<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Demonstrasi	<input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar Balik <input type="checkbox"/> Audio Visual	<input type="checkbox"/> Sudah Dimengerti <input type="checkbox"/> Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re Edukasi	
HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN						<input type="checkbox"/> Hal Baru <input type="checkbox"/> Edukasi Ulang	<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Demonstrasi	<input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar Balik <input type="checkbox"/> Audio Visual	<input type="checkbox"/> Sudah Dimengerti <input type="checkbox"/> Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re Edukasi	
PENGETIHAN PENYAKIT						<input type="checkbox"/> Hal Baru <input type="checkbox"/> Edukasi Ulang	<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Demonstrasi	<input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar Balik <input type="checkbox"/> Audio Visual	<input type="checkbox"/> Sudah Dimengerti <input type="checkbox"/> Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re Edukasi	
TANDA DAN GEJALA PENYAKIT						<input type="checkbox"/> Hal Baru <input type="checkbox"/> Edukasi Ulang	<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Demonstrasi	<input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar Balik <input type="checkbox"/> Audio Visual	<input type="checkbox"/> Sudah Dimengerti <input type="checkbox"/> Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re Edukasi	

Kebutuhan Edukasi : Topik Edukasi	Tanggal Edukasi	Sasaran Edukasi		Edukator		Tingkat Pemahaman Awal	Metode Edukasi	Media Edukasi	Evaluasi	Tanggal Re-Edukasi
		Nama dan Hubungan Dengan Pasien	TTD	Nama & Profesi	TTD					
PEMATALAKSANAN PERYAKIT						<input type="checkbox"/> Hal Baru <input type="checkbox"/> Edukasi Ulang	<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Demonstrasi	<input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar Balik <input type="checkbox"/> Audio Visual	<input type="checkbox"/> Sudah Dimengerti <input type="checkbox"/> Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re Edukasi	
PEMASANGAN GELANG						<input type="checkbox"/> Hal Baru <input type="checkbox"/> Edukasi Ulang	<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Demonstrasi	<input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar Balik <input type="checkbox"/> Audio Visual	<input type="checkbox"/> Sudah Dimengerti <input type="checkbox"/> Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re Edukasi	
ENAM LANGKAH CUCI TANGAN						<input type="checkbox"/> Hal Baru <input type="checkbox"/> Edukasi Ulang	<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Demonstrasi	<input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar Balik <input type="checkbox"/> Audio Visual	<input type="checkbox"/> Sudah Dimengerti <input type="checkbox"/> Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re Edukasi	
PEMBERIAN OBAT						<input type="checkbox"/> Hal Baru <input type="checkbox"/> Edukasi Ulang	<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Demonstrasi	<input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar Balik <input type="checkbox"/> Audio Visual	<input type="checkbox"/> Sudah Dimengerti <input type="checkbox"/> Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re Edukasi	
PENGGUNAAN PERALATAN MEDIS						<input type="checkbox"/> Hal Baru <input type="checkbox"/> Edukasi Ulang	<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Demonstrasi	<input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar Balik <input type="checkbox"/> Audio Visual	<input type="checkbox"/> Sudah Dimengerti <input type="checkbox"/> Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re Edukasi	
DIET DAN NUTRISI						<input type="checkbox"/> Hal Baru <input type="checkbox"/> Edukasi Ulang	<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Demonstrasi	<input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar Balik <input type="checkbox"/> Audio Visual	<input type="checkbox"/> Sudah Dimengerti <input type="checkbox"/> Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re Edukasi	
MANAJEMEN NYERI						<input type="checkbox"/> Hal Baru <input type="checkbox"/> Edukasi Ulang	<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Demonstrasi	<input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar Balik <input type="checkbox"/> Audio Visual	<input type="checkbox"/> Sudah Dimengerti <input type="checkbox"/> Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re Edukasi	
						<input type="checkbox"/> Hal Baru <input type="checkbox"/> Edukasi Ulang	<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Demonstrasi	<input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar Balik <input type="checkbox"/> Audio Visual	<input type="checkbox"/> Sudah Dimengerti <input type="checkbox"/> Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re Edukasi	
						<input type="checkbox"/> Hal Baru <input type="checkbox"/> Edukasi Ulang	<input type="checkbox"/> Lisan <input type="checkbox"/> Demonstrasi	<input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar Balik <input type="checkbox"/> Audio Visual	<input type="checkbox"/> Sudah Dimengerti <input type="checkbox"/> Re-Demonstrasi <input type="checkbox"/> Re Edukasi	



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA

RSUD Batu Bara

Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung  
Kec. Lima Puluh, Kab. Batu Bara, 21255

RM:17c

Nama :

Tgl. Lahir:

No. RM :

L/P

**PENILAIAN STATUS FUNGSIONAL**  
(BERDASARKAN PENILAIAN BARTHEL INDEX)

NO	FUNGSI	SKOR	URAIAN	NILAI SKOR						
				SEBELUM SAKIT	SAAT MASUK RS	MGG I DI RS	MGG II DI RS	MGG III DI RS	MGG IV DI RS	SAAT PULANG
1	Mengenalkan rangsang defekasi (BAB)	0	Tak terkendali/tak teratur (perlu pencahar)							
		1	Kadang-kadang tak terkendali							
		2	Mandiri							
2	Mengenalkan rangsang berkemih (BAK)	0	Tak terkendali/pakai kateter							
		1	Kadang-kadang tak terkendali (1 X 24 jam)							
		2	Mandiri							
3	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan							
		1	Mandiri							
4	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain							
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain							
		2	Mandiri							
5	Makan	0	Tidak mampu							
		1	Perlu ditolong memotong makanan							
		2	Mandiri							
<b>SKOR</b>										

NO	FUNGSI	SKOR	URAIAN	NILAI SKOR					
				SEBELUM SAKIT	SAAT MASUK RS	MGG I DI RS	MGG II DI RS	MGG III DI RS	MGG IV DI RS
6	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0	Tidak mampu						
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)						
		2	Bantuan (1 orang)						
		3	Mandiri						
7	Berpindah/ berjalan	0	Tidak mampu						
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda						
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang						
		3	mandiri						
8	Memakai baju	0	Tergantung orang lain						
		1	Sebagian dibantu (misalnya mengancing baju)						
		2	Mandiri						
9	Naik turun tangga	0	Tidak mampu						
		1	Butuh pertolongan						
		2	Mandiri						
10	Mandi	0	Tergantung orang lain						
		1	Mandiri						
<b>TOTAL SKOR</b>									
<b>NAMA DAN TANDA TANGAN PERAWAT</b>									

**KETERANGAN :**

20 : Mandiri

12 - 19 : Ketergantungan ringan

9 - 11 : Ketergantungan sedang

5 - 8 : Ketergantungan berat

0 - 4 : Ketergantungan total













NO	TINDAKAN KEPERAWATAN	TANGGAL : .....																				
		Shift Pagi							Shift Sore							Shift Malam						
		J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J
74	Mengobservasi Volume dan Jenis Lochea																					
75	Melakukan Vulva Hygiene																					
76	Melakukan Perawatan Lukaepisiotomi																					
77	Menimbang Berat Badan dan Panjang Badan																					
78	Mengukur Lingkar Kepala, Dada dan Perut																					
79	Pemasangan Bidai																					
80	Hacting Luka																					
81																						
82																						
83																						
84																						
85																						
86																						
87																						
88																						
89																						
90																						
91																						
92																						
93																						
94																						
95																						
96																						
97																						
98																						
99																						
100																						
101																						
102																						
103																						
104																						
105																						
106																						
107																						
108																						

Keterangan :

J : Jam

P : Paraf

JAM /TGL	PENJELASAN RINCIAN BIAYA TINDAKAN









Nama :  
Tgl. Lahir : L/P  
No. RM :

**ASESMEN KEPERAWATAN RAWAT KRITIS**

<b>INFORMASI UMUM</b>	<b>TANGGAL :</b> _____ <b>JAM :</b> _____ <b>WIB</b>
Asal masuk : .....	Alergi : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jenis ..... Sebutkan .....
Diagnosa masuk : .....	Kebutuhan khusus <input type="checkbox"/> Alat bantu dengar <input type="checkbox"/> Kaca mata <input type="checkbox"/> Tongkat
TB : ..... BB: .....Kg	<input type="checkbox"/> Gigi palsu <input type="checkbox"/> .....
Tekanan darah : ..... MmHg, Nadi : .. X/mmt,	Riwayat penyakit Terdahulu : .....
Suhu : ..... C, Pernafasan : ..... X/menit	Keluhan Utama : .....

**DATA PSIKOLOGIS, SOSIAL EKONOMI DAN SPIRITUAL**

Bicara :  Jelas  Tidak dapat dimengerti  .....

Komunikasi :  Verbal  Non verbal  Apatis

Pola interaksi keluarga (perilaku) :  Asertif  Kompulsif  Agresif

Status emosional :   Cemas/Takut  Marah

Masalah-masalah/ kesulitan seksual  Tidak  Ya, .....

Kebutuhan spiritual pasien dalam perawatan di rumah sakit

Pasien menginginkan adanya konseling spiritual/agama

Pasien membutuhkan bantuan dalam menjalankan ibadah dan menyetujuinya

Kebutuhan asuhan Terminal : Tidak ada  Ada, Keinginan untuk Do Not Resusitation (DNR):  Tidak ada  Ada

**PEMERIKSAAN FISIK**

**A. Airway**

Bebas,  Tidak bebas disebabkan oleh  Pangkal lidah jatuh  Sputum  Darah  Spasme  Benda Asing

Alat bantu nafas:  ETT No ..... Kedalaman .....cm  OPA, No .....

**B. Breathing**

Pola nafas :  Apneu  Dyspneu  Bradipneu  Takupneu  Orthopneu

Bunyi nafas :  Vesikuler  Whezing  Stridor  Ronchi

Irama Nafas : Teratur  Tidak teratur

Penggunaan otot bantu nafas Retraksi dada  Cuping hidung jenis pernafasan  pernafasan dada  pernafasan perut

**C. Circulation**

Akar :  Hangat  Dingin Nadi :  Teraba  Tidak teraba

Irama Nadi :  Reguller  Ireguller Sianosis :  Ya  Tidak

C.P.T :  <2 detik  >2detik Kekuatan Nadi :  Kuat  Lemah

Kelembaban Kulit  Lembab  Kering Turgor kulit :  Normal  Kurang

Perdarahan :  Tidak  Ya.....cc Lokasi Perdarahan .....

Riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar  Tidak ada  Diare Muntah  Luka bakar  Perdarahan

Luka bakar :  Tidak ada  ada, ..... Lain-lain .....

**D. Disability**

Tingkat Kesadaran(GCS)E ..... M .....V ....., Kesadaran .....

Pupil, Respon cahaya +/-

Ukuran :  Isokor  Anisokor  Pinpoint  Midriasis  Dilatasi

Diameter  1mm  2mm  3mm  4mm  5mm  6mm  7mm  8mm  9mm

Penilaian ekstremitas sensoris  Ya  Tidak

Motorik  Ya  Tidak

Kekuatan otot  +

**E. Exposure**

Trauma : Tidak ada  Ada, daerah .....

Jejas / Luka : Tidak ada  Ada, daerah ....., Luas ..... Cm<sup>2</sup>, kedalaman .....

**F. ASESMEN NYERI**

Kategori	Penilaian	Nilai	Skor	Kategori	Penilaian	Nilai	Skor
Kewaspadaan	Tidur Pulas / nyenyak	1		Menangis	Bernafas dengan tenang, tidak menangis	1	
	Tidur kurang nyenyak	2			Terisak-isak	2	
	Mengantuk	3			Merintih	3	
	Sadar sepenuhnya dan waspada	4			Menangis	4	
	Siaga penuh	5			Berteriak	5	
Ketenangan	Tenang	1		Pergerakan	Tidak ada pergerakan	1	
	Sedikit cemas	2			Kadang-kadang bergerak perlahan	2	
	Cemas	3			sering bergerak perlahan	3	
	Sangat cemas	4			Pergerakan aktif/gelisah	4	
	Panik	5			Pergerakan aktif termasuk badan dan kepala	5	
Distres pernafasan	Tidak ada pernafasan spontan dan tidak ada Batuk	1		Tonus otot	Otot relax sepenuhnya, tidak ada tonus otot	1	
	Pernafasan spontan dengan sedikit/tidak ada respons terhadap ventilasi	2			Penurunan tonus otot	2	
	Kadang-kadang batuk atau terdapat tahanan terhadap ventilasi	3			Tonus otot normal	3	

	Sering batuk, terdapat tahanan/ perlawanan terhadap ventilator	4			Peningkatan tonus dan fleksi jari tengah dan khaki	4	
	Melawan secara aktif terhadap ventilator batuk terus menerus/tersedak	5			Kekuatan otot ekstrim, fleksi jari tangan dan khaki	5	
Ketegangan Wajah	Otot wajah relax sepenuhnya	1		Tekanan darah basal	Tekanan darah berada diatas normal	1	
	Tonus otot wajah normal, tidak terlihat tegangan otot wajah yang nyata	2			Tekanan darah berada diatas normal secara konsisten	2	
	Tegangan beberapa otot wajah terlihat nyata	3			Peningkatan tekanan darah sesekali > 15% batas normal 3 kali dalam ebservasi selama 2 menit	3	
	Tegangan hampir diseluruh otot wajah	4			Sering peningkatan tekanan darah >15% diatas batas normal >3 kali dalam observasi selama 2 menit	4	
	Seluruh otot wajah tegang, menangis	5			Peningkatan tekanan terus menerus > 15%	5	
Denyut Jantung basal	Denyut jantung dibawah batas normal	1			Peningkatan denyut lanjut sesekali >15% diatas batas normal (1-3) kali dalam observasi selama 2 menit	3	
	Denyut jantung berbeda dibatas normal secara konsisten	2			Seringnya peningkatan denyut jantung >15% diatas batas normal >3 kali dalam observasi selama 2 menit	4	
	Peningkatan denyut jantung terus-menerus 215%	5					
TOTAL SKOR		.....					

Kategori,  9-18 : Nyeri terkontrol,  19-26 : Nyeri ringan,  27-35 : Nyeri sedang,  >35 : Nyeri berat.

#### G.MALNUTRISI SCREENING TOOL (MST)

Apakah pasien ada penurunan BB dalam 6 bulan terakhir?

1.  Tidak Skor : 0  
 Tidak tahu/tidak yakin/ragu-ragu Skor : 2  
 Bila ya, berapa Kg penurunan BB nya? 1-5 kg Skor : 1  
6-10kg Skor : 2  
11-15 kg Skor : 3  
>15kg Skor : 4

2. Apakah pasien ada keluhan kurang nafsu makan?

- Ya 1  
 Tidak 0

TOTAL SKOR NUTRISI : .....

- 0-1 =  Tidak berisiko malnutrisi  
> 2 =  Berisiko malnutrisi

H. ASSESMENT RISIKO JATUH  Ya  Tidak

Skala Humpty Dumpty

Skala Morse

Skala Gariatri

- Resiko Rendah 7-11  
 Resiko tinggi : 12-23

- Tidak berisiko : 0-24  
 Resiko Rendah : 25-50  
 Resiko Tinggi : > 51

- Risiko Rendah : 1-3  
 Risiko Tinggi : 2-4

#### I. Suhu Tubuh

Lipertermi, suhu ....C, Durasi .....Jam  
Riwayat pemakaian obat : .....  
Riwayat penyakit :  
Metabolik  Kehilangan cairan Penyakit SPP

Hipotermi suhu ..... C, Durasi ..... Jam  
Riwayat Cidera kepala  Hipoglikemia  Dampak tindakan medis (iatrogenik)  
 Pemberian cairan infus yang terlalu dingin  
 Pemberian tranfusi darah yang masih dingin  .....

J. Obat-obatan yang sedang diberikan termasuk tranfusi :

K.Alat  ETT  Cheteter  NGT  Orofaringeal  Sungkup atau nasal  .....

#### L. Riwayat tumbuh kembang untuk pasien balita usia 0-5 Tahun

Asi s.d umur ...tahun  MPASI ..bulan  Tengkurap ...bulan  Merangkak .....bulan  Berdiri .....bulan  Berjalan ..... Bulan  
Status nutrisi : BB sebelum MRS :..... Gram, BB sekarang : ....gram, Tinggi badan : .... Cm Lingkar Irngan atas( bila BB tidak bisa diukur) ... Cm  
Reflek hisap:  Lemah  Kuat Kemampuan menelan :  Lemah  Baik

#### M. Masalah keperawatan

- Gangguan kbersihan jalan nafas tidak efektif  Gangguan perfusi jaringan serebral  Jalan nafas tidak efektif  Nyeri  
 Gangguan perfusi jaringan perifer  Pola nafas tidak efektif  Gangguan pertukaran Gas Resiko infeksi  
 Gangguan suhu hyperthermia  Gangguan suhu hypothermia  Perubahan posisi  .....  
 Volume cairan tubuh kerang dari kebutuhan  Alergi obat .....  Alergi pada makanan.....

Verifikasi, DPJP

( ..... )  
Nama dan Tanda Tangan

Perawat Yang Mengkaji

( ..... )  
Nama dan Tanda Tangan



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BATU BARA

Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung Kec. Lima Puluh, 21255

PERSETUJUAN PULANG ATAS PERMINTAAN SENDIRI (PAPS)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Jenis Kelamin :

Alamat :

Hubungan dgn Pasien  Kakek/ Nenek  Suami/ Istri  
 Anak/  Sepupu/ Dll

Nama Pasien :

Tgl. Lahir Pasien :

J. Kelamin Pasien :

Alamat Pasien :

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Dengan sadar tanpa paksaan dari pihak maupun meminta kepada pihak **RSUD Batu Bara** untuk **PULANG ATAS PERMINTAAN SENDIRI** yang merupakan hak saya/pasien dengan alasan :

2. Saya telah memahami sepenuhnya penjelasan yang diberikan dari pihak **RSUD Batu Bara** mengenai penyakit dan kemungkinan/konsekuensi terbaik sampai dengan terburuk atas keputusan yang saya ambil. Serta saya bertanggung jawab apabila terjadi sesuatu hal berkaitan dengan putusan yang telah diambil dan tidak akan menyangkutpautkan/menuntut pihak **RSUD Batu Bara**.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya perbuat dengan sebenarnya untuk diketahui dan digunakan sebagaimana mestinya.

Kwala gunung,

20

Dokter yang merawat

Pasien/Keluarga

(\_\_\_\_\_)

Nama Jelas

(\_\_\_\_\_)

Nama jelas

NB : Menurut PERMENKES NO. 28 Thn 2014 BAB IV Poin A disebutkan bahwa Untuk Penjaminan Pasien Pulang Rawat Inap Atas Permintaan Sendiri (Pulang Paksa) maka ;

Apabila Pasien tsb Rawat Inap Kembali dalam waktu 7 hari dengan diagnosis yang sama baik pada RS yg sama maupun RS yang berbeda dan yang masuk melalui IGD maupun POLI Rujukan maka TIDAK DIJAMIN BPJS KESEHATAN.



**PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BATU BARA**  
 Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung Kec. Lima Puluh, 21255

**SURAT KETERANGAN MENINGGAL DUNIA**

No.

Nama Pasien :

Tanggal Lahir : J. Kelamin : L  P

No. NIK KTP :

No. Ka. BPJS Kes. :

Alamat Lengkap :

Pekerjaan\* :

No. RM : - -

Bahwa pasien tersebut namanya diatas benar telah **Meninggal Dunia** pada hari ....., tanggal ....., pukul ..... WIB di Ruang .....

Kepala Ruang .....

Kwala Gunung, .....  
 Dokter Penanggungjawab Pasien

(.....)  
 NIP. (.....)

**Catt :**  
 \* = Diisi lengkap sesuai Kartu Identitas



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA  
 RSUD Batu Bara  
 Jl. Darik Kubah Batu Bara, Kuala Gumbang  
 Kec. Darik Lima Puluh, Kab. Batu Bara, 11285

**OBSERVASI RAWATAN KRITIS HARIAN  
 UNIT INTENSIF CARE**

RM : 22 A

NAMA :  
 TGL. LAHIR :  
 NO. RM :

1/2

DIJADIKAN  
 TANGGAL :  
 HARI :

UMUR :  
 DR / TS :  
 JAMBUAN :

DIJADIKAN  
 OPERASI :  
 HARI :

DOKTER PRIMER :  
 DOKTER KONSULTAN :  
 DOKTER BIDAN :  
 DOKTER ICU :

00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06

T	HR	RR
41	100	100
40	100	90
39	100	80
38	140	70
	120	60
36	100	50
	50	40
34	100	30
33	40	20
32	20	10
31	5	0

**GAMBARAN EKG**

HR	PR	MAP
20	200	40
15	150	30
10	100	20
	50	10
0	0	0

1. TD / NTRIAS  
 2. ...

3. ...

4. ...

5. ...

6. ...

7. ...

8. ...

9. ...

10. ...

11. ...

12. ...

13. ...

14. ...

15. ...

16. ...

17. ...

18. ...

19. ...

20. ...

21. ...

22. ...

23. ...

24. ...

25. ...

26. ...

27. ...

28. ...

29. ...

30. ...

31. ...

32. ...

33. ...

34. ...

35. ...

36. ...

37. ...

38. ...

39. ...

40. ...

41. ...

42. ...

43. ...

44. ...

45. ...

46. ...

47. ...

48. ...

49. ...

50. ...

Intake	=
Urine	=
NGT	=
DRAIN	=
Output	=
Net	=
Balance	=

OBAT-OBATAN

09 07 06 05 04 03 02 01 71 72 73 74 75 76

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27