



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA

RSUD Batu Bara

Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung

Kec. Lima Puluh, Kab. Batu Bara, 21255

Nama :

Tgl. Lahir :

L/P

No. RM :

**CATATAN LENGKAP PERINTAH LISAN/
MELALUI TELEPON / PELAPORAN HASIL KRITIS**

No	Tanggal/ Jam	Isi Perintah	Penerima Perintah (Tanda Tangan)	Pemberi Perintah (Tanda Tangan)	Pelaksana Perintah (Tanda Tangan)	Keterangan



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA

RSUD Batu Bara

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

RM :11

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

LEMBAR KONSULTASI/ FOLLOW UP DOKTER SPESIALIS

TGL		UMUR	KELAMIN	KELAS	RUANGAN	NO. RM
NAMA PASIEN						

KONSULTASI

Kepada Yth :

T . S. Dr :

Ahli :

Dengan Hormat,

Mohon konsultasi/ penanganan dibidang teman sejawat terhadap pasien tersebut diatas yang kami rawat dengan

Diagnosa Kerja :

Masalah Utama :

Terapi Sementara :

Pemeriksaan yang telah dilakukan :

O . S **

Dikembalikan

Diambil Alih (Sementara/ Selanjutnya)

Dirawat Bersama

Konsul Sekali

Salam Sejawat

(dr,.....)

JAWABAN KONSULTASI

Yth. T . S : dr

Tgl.

Dengan hormat,

Mengenai pasien yang dikonsulkan pada pemeriksaan os ini didapati :

Advis :

O.S **

Dikembalikan

Dirawat Bersama

Diambil Alih (Sementara/ Selanjutnya)

Salam Sejawat,

(dr,.....)

Berikan tanda✓ pada kotak yang benar

SURAT RUJUKAN PESERTA BPJS KESEHATAN

No. Rujukan : 0455/ / /20 Kode RS : 1219003

**Dari RSUD Batu Bara Kab. Batu Bara
RS Kelas C**

Kepala Rumah Sakit :

Bagian :

TS. Yth

Mohon pemeriksaan dan pengobatan lebih lanjut terhadap penderita :

Nama :

No. Kartu BPJS Kesehatan :

Umur :

Alamat :

Keluhan Umum :

Hasil Penunjang :

Diagnosa :

Obat Yang Diberikan :

Keterangan :

Atas Pertolongan TS, kami ucapkan terima Kasih,serta informasi selanjutnya atas penderita tersebut.

Kwala Gunung, 20

Dokter Spesialis yang merawat
RSUD BATU BARA

SURAT RUJUKAN BALIK

TS. Yth.

Mohon Kontrol lebih lanjut penderita :

Nama :

Diagnosa :

Tindak Lanjut yang diajukan :

1. Pengobatan dengan obat-obatan

2. Kontrol kembali ke RS. Tgl :

3. Keterangan pengobatan yang telah diberikan :

a. Penunjang diagnostik :

b. Tindakan pengobatan :

c. Rawat Inap :

d. Lain-lain :

.....20

Dokter Pengirim,



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

RM:08

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

INFORMED CONSENT KEDOKTERAN

PEMBERIAN INFORMASI

Dokter Pelaksana Tindakan		
Pemberian Informasi		
Penerima Informasi / Pemberian Persetujuan*		
	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI
1	Diagnosis (WD & DD)	
2	Dasar Diagnosis	
3	Tindakan Kedokteran	
4	Indikasi Tindakan	
5	Tata Cara	
6	Tujuan	
7	Resiko	
8	Komplikasi	
9	Prognosis	
10	Alternative	
	Lain – lain	

Dengan ini menyatakan bahwa saya (Dokter) telah menerangkan hal – hal diatas secara benar dan jelas memberikan kesempatan untuk bertanya dan atau diskusi	Dokter (.....) Tandatangan dan Nama Jelas
Dengan ini menyatakan bahwa saya (pasien/keluarga pasien) telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda paraf dikolom kanannya serta telah diberikan kesempatan untuk bertanya/diskusi, dan telah memahaminya	Pasien/Keluarga Pasien (.....) Tandatangan dan Nama Jelas

*) Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekatnya

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya nama Umur : tahun laki – laki / perempuan* alamat :, dengan ini menyatakan **PERSETUJUAN** untuk dilakukan tindakan saya* bernama umur : tahun, laki – laki / perempuan* alamat :

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dujelaskan seperti diatas kepada saya termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagaimana akibat tidak dilakukannya tindakan kedokteran tersebut

Kwala Gunung, tanggal Jam : WIB
 Yang menyatakan* Dokter Saksi keluarga Saksi Rumah Sakit

(.....) (.....) (.....) (.....)

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

RM:12

Nama :

Tgl. Lahir:

No. RM :

L/P

FORMULIR PERENCANAAN PASIEN PULANG

Tanggal masuk pasien :	Rencana tanggal pulang:
Rencana jam pulang :	
Usia lanjut (65 tahun atau lebih)	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Hambatan mobilisasi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Mebutuhkan pelayanan medis dan perawatan berkelanjutan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Tergantung dengan orang lain dalam aktifitas harian	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

Jika satu saja terpenuhi berarti pasien membutuhkan perencanaan pulang khusus

FASE	KEGIATAN	PELAKSANAAN			
		Dilakukan			Tidak dilakukan
		Tanggal	Jam	Evaluasi	Alasan
Tahap I Pasien Masuk	1. Pengkajian fisik dan psikososial				
	2. Pengkajian status fungsional				
	3. Pengkajian kebutuhan Pendidikan Kesehatan				
	a. Proses Penyakit				
	b. Obat-obatan				
	c. Prosedur, cara perawatan				
	d. Pencegahan faktor risiko				
	e. Lingkungan yang perlu dipersiapkan				
	f. Rencana tindak lanjut				
	g. Support sistem				
Tahap II Fase Diagnostik	4. Pemahaman pasien/keluarga terhadap penjelasan dari:				
	a. Fisioterapi				
	b. Ahli Gizi				
Tahap III Stabil	5. Edukasi tentang proses penyakit:				
	a. Pengertian, penyebab, tanda dan gejala				
	b. Faktor risiko				
Tahap III Stabil	6. Edukasi tentang Obat-obatan				
	7. Edukasi tentang Penatalaksanaan				
	8. Edukasi tentang Pemeriksaan Diagnostik				
	9. Edukasi tentang rehabilitasi				
Tahap III Stabil	10. Edukasi tentang perawatan dalam :				

Tahap IV Fase/Discharge		a. Personal hygiene				
		b. Perubahan posisi				
		c. Pencegahan jatuh				
		d. Pencegahan aspirasi				
		e. Latihan ROM				
		f. Teknik relaksasi				
	11.	Edukasi tentang modifikasi gaya hidup				
		a. Pengaturan diet (sesuai faktor risiko)				
		b. Aktifitas fisik				
		c. Merokok				
		d. Penggunaan alkohol dan obat-obatan				
	12.	Diskusi tentang modifikasi lingkungan pasien setelah pulang dari rumah sakit.				
	13.	Diskusikan tentang rencana perawatan lanjutan pasien				
		a. Bantuan aktivitas sehari-hari (ADL)				
		b. Jadwal kontrol				
14.	Diskusi tentang pengawasan pada pasien setelah pulang :					
	a. Tentang obat					
	b. Diet					
	c. Aktifitas					
	d. Peningkatan status fungsional					
15.	Diskusi tentang support system keluarga, finansial dan alat/transportasi yang akan digunakan pasien					
	a. Finansial					
	b. Alat bantu yang akan digunakan pasien					
	c. Transportasi yang akan digunakan pasien					
Catatan Pulang		Pelaksanaan				Keterangan
		Sudah diberikan		Belum diberikan		
		Tanggal	Jam	Alasan		
1	Resep/Obat-obatan pulang					
2	Surat Kontrol/Resume Medis					
3	Rujukan Rehabilitasi					
4	Leaflet/Informasi Kesehatan					
Pasien/Keluarga :				Discharge Planner/ Perawat :		
(Nama dan Tanda tangan)				(Nama dan Tanda tangan)		



PENILAIAN STATUS FUNGSIONAL

(BERDASARKAN PENILAIAN BARTHEL INDEX)

NO	FUNGSI	SKOR	URAIAN	NILAI SKOR						
				SEBELUM SAKIT	SAAT MASUK RS	MGG I DIRS	MGG II DIRS	MGG III DIRS	MGG IV DIRS	SAAT PULANG
1	Mengenalkan rangsang defekasi (BAB)	0	Tak terkendali/tak teratur (perlu pencair)							
		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) penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Butuh pertolongan							
		1	Mandiri							
		2	Tergantung pertolongan orang lain							
4	Makan	0	Tidak mampu							
		1	Perlu ditolong memotong makanan							
		2	Mandiri							
		SKOR								

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
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							
TOTAL SKOR										
NAMA DAN TANDA TANGAN PERAWAT										

KETERANGAN :

- 20 : Mandiri
- 12 - 19 : Ketergantungan ringan
- 9 - 11 : Ketergantungan sedang
- 5 - 8 : Ketergantungan berat
- 0 - 4 : Ketergantungan total



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
 RSUD Batu Bara
 Jl. Datar Kuboh Batu Bara, Kuala Gunung
 Kec. Liris Puh, Kab. Batu Bara, 21255

RM : 03

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

**FORMULIR INFLUENSI & EDUKASI
 PASIEN DAN KELUARGA TERINTEGRASI**

INSTRUKSI : BERI TANDA CHECKLIST (X) PADA KOYAK YANG SESUAI DENGAN KEBUTUHAN PASIEN DAN KELUARGA

Persiapan Edukasi/ Belajar

Kejelasan, Nilai-nilai dan kepercayaan : Tidak Ada Ada

Bahasa : Indonesia Inggris Daerah

Kebutuhan Peninjauan : Ya Tidak

Pendidikan Pasien : SD SLTP SLTA B3 S1 Lain-lain

Baca Tulis : Baik Kurang

Pilihan Tipe Pembelajaran : Verbal Tulisan

Hambatan Edukasi : Tidak Ada Penglihatan Terganggu Bahasa Kognitif Terbatas Motivasi Kurang Budaya/ Agama/ Spiritual

Kesiapan pasien menerima informasi : Emosional Pendengaran Terganggu Gangguan Sicara Fisik Lemah Lain-lainnya

Bersedia Tidak Bersedia

Kebutuhan Edukasi : Topik Edukasi	Tingkat kebutuhan	Sumber Edukasi		Edukator		Tingkat Pemahaman Awal	Metode Edukasi	Media Edukasi	Evaluasi	Tingkat Re- Edukasi
		Nama dan Hubungan Dengan Pasien	TTD	Nama & Profesi	TPD					
YATA 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	Tingkat Edukasi	Sasaran Edukasi		Edukator		Tingkat Pemahaman Awal	Metode Edukasi	Media Edukasi	Evaluasi	Tanggal Re- edukasi
		Nama dan Hubungan Dengan Pasien	TTD	Nama & Profesi	TTD					
PEMBAKULAKSANAN 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	
PEMASANGAN OBLANG						<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	
PENGUNAAN 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 checked="" type="checkbox"/> Edukasi Ulang	<input type="checkbox"/> Lisan <input checked="" type="checkbox"/> Demonstrasi	<input type="checkbox"/> Leaflet <input checked="" type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar Balik <input checked="" type="checkbox"/> Audio Visual	<input checked="" 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
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BATU BARA

Jln. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung, Kec. Datuk 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/ Sepup/Dll

Nama Pasien :

Tgl. Lahir Pasien :

J. Kelamin Pasien :

Alamat Pasien :

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Dengan sadar tanpa paksaan dari pihak manapun 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 daya 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

Dokter yang merawat

Kwala gunung,

20

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 yang 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. Datuk Lima Puluh

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 Penanggung Jawab Pasien

(IRA NOVIANA, Amk
NIP. 19821130.....)

(.....)

Catt :

***.= Diisi lengkap sesuai kartu identitas**



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RSUD Batu Bara
 Jl. Datar Kubah Batu Bara, Kwala-Gusung
 Kec. Lima Puluh, Kab. Batu Bara, 21245

CATATAN DAN IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

RM : 21

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

INTRUKSI : isikan jay (j) dan initial(p) pada kotak yang sesuai dengan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien

NO	TINDAKAN KEPERAWATAN	WANGGAI					
		Shift Pagi	Shift Sore	Shift Malam	Shift Pagi	Shift Sore	Shift Malam
1	Melakukan Sareh Terluas Terluas Pasien						
2	Melakukan Asesmen Awal Keperawatan						
3	Mengukur Tanda - Tanda Vital Yang Skala Nyari						
4	Melakukan Pengetahuan Nyari Nonfarmakologis						
5	Memberikan O2 Nasal/RM/NRM/Begging						
6	Melakukan Suction						
7	Membantu Memobilisasi Miring Kiri/Kanan dan Berbarang						
8	Melatih batuk efektif						
9	Memasang / Melepas Restrain						
10	Membantu Menyusui dan Memodifikasi / Menambah Asupan						
11	Mengevaluasi Kekuatan Otak						
12	Range Of Motion (ROM) : Aktif / Pasif						
13	Membantu BAK/BAB/Mengganti Diapers						
14	Memandikan Pasien						
15	Mencuci Rambut Baslen						
16	Oral Hygiene						
17	Melakukan Perawatan Kuku						
18	Melakukan Perawatan Perinium (Vulva Hygiene)						
19	Membacakan Diet/Sonde						
20	Menyiapkan Tempat Tidur						
21	Mengganti Pakelan Pasien						
22	Melakukan Perawatan Terminal						
23	Melakukan Perawatan Splint						
24	Memasang Bull-bull Panas/Selamat pangsang/Dekubitor						
25	Pasang /Lepas infus						
26	Pasang /Lepas Kateter						
27	Memasang Bedside Monitor						
28	Monitoring Pasien Resiko Jatuh						
29	Memasang Selang Pasien						
30	Melakukan Irigasi Kateter						
31	Menggunting Bulu Mata						
32	Melakukan Pencukuran/Menggunting						

