



(Tempel Label)		CEKLIS KELENGKAPAN REKAM MEDIS			
		Tanggal Masuk :			
		Tanggal Keluar :			
		Ruangan :			
No	Formulir	Ada		Lengkap	
		YA	Tidak	YA	Tidak
1	Riwayat rawat inap				
2	Triase pasien				
3	Asesmen kegawatdaruratan				
4	Rekonsiliasi obat				
5	Pengantar masuk rawat inap RSJSH				
6	Persetujuan rawat inap (<i>inpatient agreement</i>)				
7	Kebutuhan privasi (<i>confortness necessary</i>)				
8	Pelayanan Rohani (<i>spiritual service</i>)				
9	Penyimpanan barang berharga milik pasien				
10	Persetujuan tindakan kedokteran				
11	Asesmen medis rawat inap dewasa				
12	Asesmen keperawatan rawat inap dewasa				
13	Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)				
14	Pendelegasian pemberian obat non parenteral				
15	Pendelegasian pemberian obat parenteral				
16	Komunikasi isbar perawat				
17	Transfer pasien antar ruangan				
18	Asuhan gizi rawat inap dewasa				
19	Edukasi pasien dan keluarga				
20	Perencanaan pulang pasien				
21	Resume keperawatan				
22	Ringkasan utama SOAP penyakit klinis				
23	Resume medis				
24	Surat pulang rawat inap				
25	Penilaian disabilitas (WHO-DAS 2.0 Versi 12 Item)				
26	Transfer pasien eksternal				
		Tanggal/...../.....			
		Nama dan Tanda tangan (.....) (.....)			

Definisi Operasional (DO) kelengkapan formulir

Setiap formulir harus terisi dengan lengkap, apabila salah satu item tidak ada datanya maka dapat menggunakan tanda (-). Item-item yang harus diisi pada setiap formulir yakni:

1. Identifikasi pasien
 - a. Nama
 - b. No Rekam Medis
 - c. Tanggal lahir/Umur
 - d. Jenis kelamin
2. Autentikasi penulis
 - a. Tanggal
 - b. Jam
 - c. Nama dokter
 - d. Tanda tangan dokter
 - e. Nama perawat
 - f. Tanda tangan perawat
3. Pencatatan yang baik
 - a. Penulisan yang mudah dibaca
 - b. Koreksi penulisan yang sesuai kaidah

 RUMAH SAKIT JiWA DR SOEHARTO HEERDJAN JL. PROF. DR. LATUMETEN NO 1 GROGOL JAKARTA BARAT TELPON : (021) 5682841 - 5682824 - 5682843			
PERSETUJUAN RAWAT INAP			
INPATIENT AGREEMENT			
Tanggal pendaftaran : <i>Admission Date</i>	/ /	Jam: <i>Time</i>	
		Petugas : <i>Officer</i>	
Ruang Rawat : <i>Ward</i>	Kelas Perawatan : <input type="checkbox"/> VIP <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <i>Treatment class</i>		
DATA UMUM PASIEN /PATIENT DETAILS			
Pernah dirawat di RS sebelumnya : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <i>Have you Stayed in Any hospital</i>		Rawat di : <i>Hospital Name</i>	
Dikirim / rujuk dari : <i>Referral From</i>			
Nomor Rekam Medis : <i>MR Number</i>			
Nomor Identitas : KTP/SIM : <i>Identity Number</i>			
Nama Pasien : <i>Sure Name</i>			
Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki - laki / <i>male</i> <input type="checkbox"/> Perempuan / <i>Female</i> <i>Sex</i>			
Tempat / Tanggal lahir : <i>Country / Date of birth</i>			
Agama : <i>Religion</i>			
Alamat tempat tinggal : <i>Residential Address</i>			
.....			
.....			
Suku / Bangsa : <i>Nation</i>			
Status Perkawinan : <input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Kawin <input type="checkbox"/> Janda <input type="checkbox"/> Duda <i>Marital Status</i>			
Pendidikan : <input type="checkbox"/> Tidak Sekolah <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SLTP <input type="checkbox"/> SLTA <input type="checkbox"/> Akademi <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <i>Education</i>			
Pekerjaan : <i>Occupation</i>			
Bahasa yang digunakan : <i>Preffered Language</i>		Perlu penerjemah : <input type="checkbox"/> Tidak / <i>No</i> <input type="checkbox"/> Ya/ <i>Yes</i> <i>Do you require an interpreter</i>	
PENANGGUNGJAWAB (NEXT OF KIN) / KELUARGA TERDEKAT			
Nama : <i>Sure Name</i>			
Tanggal lahir : Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki - laki / <i>male</i> <input type="checkbox"/> Perempuan / <i>Female</i> <i>Date of birth</i> <i>Sex</i>			
Pekerjaan : <i>Occupation</i>			
Hubungan dengan pasien : <input type="checkbox"/> Orangtua <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Suami/istri <input type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> Lain - lain <i>Relation to patient</i>			
Alamat tempat tinggal : <i>Residential address</i>			
.....			
.....			

A. Kondisi pelayanan umum (*general conditions of service*)

1. Selama dalam perawatan di RS Jiwa Dr Soeharto Heerdjan pasien bersedia dilakukan pemeriksaan dan tindakan medis, keperawatan serta pemeriksaan penunjang lainnya.
During hospitalization in Dr Soeharto Heerdjan Psychiatric hospital, patient consent to performed medical examination and treatment, nursing care and other required examination
 2. Di unit pelayanan tertentu RS Jiwa Dr Soeharto Heerdjan ada keterlibatan peserta didik dalam pemberian pelayanan yang didampingi oleh petugas rumah sakit, baik dokter, perawat maupun tenaga medis lainnya.
In several unit of Dr. Soeharto Heerdjan Psychiatric hospital, patient may received health care by enrolled students such as physicians, nurse, and other health care provider that will supervised by hospital employees
 3. Selama perawatan di RS Jiwa Dr Soeharto Heerdjan pasien/keluarga yang memerlukan tindakan medis invasive akan diberikan penjelasan oleh tim medis yang merawat sebelum pasien menyatakan persetujuannya.
During hospitalization in Dr. Soeharto Heerdjan Psychiatric hospital before invasive medical treatment patient/family will be explained about the treatment by health care provider and consent from patient and family will be needed
 4. Selama dalam perawatan di RS Jiwa Dr Soeharto Heerdjan pasien dianjurkan untuk tidak mengenakan atau menyimpan barang berharga.
During hospitalization in Dr. Soeharto Heerdjan Psychiatric hospital patient advice not to bring or use valuebles.
 5. Pasien dan keluarga bersedia mengikuti peraturan dan ketentuan yang berlaku di RS Jiwa Dr Soeharto Heerdjan
Patient and family agree to follow rule and certainty on Dr. Soeharto Heerdjan Psychiatric hospital
 6. Pasien dan keluarga dapat memilih kelas ruang perawatan yang tersedia di RS Jiwa Dr Soeharto Heerdjan berdasarkan pola tarif yang berlaku sesuai dengan hak perawatan yang ditanggung asuransi kesehatan yang dipergunakan
Patient and family can choose bed type which available in Dr. Soeharto Heerdjan Psychiatric hospital depend on bed type fee appropriate to authority of health insurance or partnership system that patient use
 7. Saya memahami informasi yang ada didalam diri saya termasuk diagnosis hasil laboratorium dan hasil tes diagnostic yang akan dipergunakan untuk perawatan medis, rumah sakit yang akan menjaga kerahasiannya.
I have understood the information about myself including diagnosis, laboratory result, and other diagnostic test that will be used in medical treatment, hospital will keep it's confidentiality
 8. Saya memberi wewenang kepada rumah sakit untuk memberikan informasi tentang diagnosis, hasil pelayanan dan pengobatan bila diperlukan untuk memproses klaim asuransi / perusahaan dan atau lembaga pemerintah
I gave the authority to hospital to give information about diagnosis, service and medical treatment if necessary to process assurance/company calim and /or government institution
 9. Saya bersedia menjemput pasien jika sudah diperbolehkan untuk pulang oleh Dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP). Jika saya tidak dapat menjemput pasien maka saya memberikan kuasa kepada keluarga dengan memberikan fotocopy KTP yang menjemput.
I agree to pinch patient if patient could be go home by doctor. If I couldn't to pinch patient ,I will be give letter aggrement to others who will to pinch patient and give photocopy identity card.
- B. Kewajiban Keuangan (*Financial Resposibility*)
1. Selama perawatan di RS Jiwa Dr Soeharto Heerdjan pasien umum bersedia menanggung semua biaya yang telah dikeluarkan.
During hospitalization in Dr. Soeharto Heerdjan Psychiatric hospital uninsured patient will financially responsible for charge to the hospital
 2. Selama perawatan di RS Jiwa Dr Soeharto Heerdjan pasien dan keluarga bersedia menyelesaikan kewajiban keuangan setelah pasien dinyatakan boleh pulang
During hospitalization in Dr. Soeharto Heerdjan Psychiatric hospital patient and family agree to pay the payment responsible after discharge from hospitalization

3. Selama perawatan di RS Jiwa Dr Soeharto Heerdjan pasien dan keluarga yang menggunakan asuransi kesehatan (BPJS dan KIS) bersedia melengkapi persyaratan administrasi dalam waktu 2x24 jam dan membayar kelebihan selisih dari biaya yang ditanggung (kecuali JAMKESDA)
During hospitalization in Dr. Soeharto Heerdjan Psychiatric hospital patient and family whose using health insurance (BPJS and KIS) agree to complete fixed administration requirement in 2x24 hours and pay overload fee from total cost (except JAMKESDA)
4. Selama dalam perawatan di RS Jiwa Dr Soeharto Heerdjan pasien /keluarga akan diberikan informasi jumlah pembayaran yang sudah tercatat setiap 7 hari.
During hospitalization in Dr. Soeharto Heerdjan Psychiatric hospital patient and family will give information about total financial obligation every 7 days
5. Apabila 3x24 jam keluarga pasien tidak bisa dihubungi dapat dilakukan *home visite* oleh petugas Instalasi Rawat Inap dan jika setelah dilakukan *home visite* keluarga tidak kooperatif maka akan dilakukan proses *dropping* sesuai SPO yang ada.
If family of patient couldn't contacted in 3x24 hours, Instalasi rawat inap will do home visite. After home visite family of patient don't cooperativeness, RSJSH will do dropping with SPO due.
5. Selama perawatan di RS Jiwa Dr Soeharto Heerdjan pasien melakukan mutasi kelas perawatan ke kelas yang lebih tinggi maka keseluruhan tarif yang diberlakukan sesuai dengan tarif kelas perawatan yang lebih tinggi (kelas perawatan tertinggi yang ditempati)
During hospitalization in Dr. Soeharto Heerdjan Psychiatric hospital patient doing mutation bed type more higher so total cost will valid the higher bed type that patient take (highest bed type in charge)
6. Selama perawatan di RS Jiwa Dr Soeharto Heerdjan pasien melakukan mutasi kelas perawatan ke kelas yang lebih rendah sebelum mendapatkan tindakan medis invasif dan menempati ruang tersebut sampai pulang maka keseluruhan tarif yang akan diberlakukan sesuai dengan tarif kelas perawatan yang ditempati sekarang
During hospitalization in Dr. Soeharto Heerdjan Psychiatric hospital patient doing mutation bed type more lower before had medical invasive treatment until finish admit so total cost will take the lower class

Saya mendapatkan kesempatan untuk bertanya dan telah mengerti mengenai kondisi umum dan kewajiban keuangan. Saya telah mendapatkan informasi mengenai :

I have got the opportunity to ask and have understood about general service condition and financial responsibility. I also have been explained about :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> tujuan pasien rawat inap
<i>Aims for admission</i> | <input type="checkbox"/> Resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi
<i>Risks and complication that may occur</i> |
| <input type="checkbox"/> Peringatan akan bahaya yang mungkin terjadi
<i>Warning about dangerous that may happen</i> | <input type="checkbox"/> Perkiraan lama dilakukan rawat inap
<i>Estimation long of stay in hospital</i> |
| <input type="checkbox"/> hak dan kewajiban pasien
<i>Patient's rights and liabilities</i> | <input type="checkbox"/> Tata tertib keluarga dan penjaga pasien
<i>Hospital rules for patient's family</i> |
| <input type="checkbox"/> lainnya.....
<i>Others</i> | |

Saya menyatakan **BERSEDIA / MENOLAK* DIRAWAT INAP** di RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta.

Jika Menolak, alasan menolak :

(reason to refuse)

I hereby declare that I AGREE / REFUSE TO ADMITTED at Dr. Soeharto Heerdjan Psychiatric hospital*

* coret yang tidak perlu
Streak unnecessary

Jakarta,jam.....



Petugas

pasien / keluarga pasien

(.....)

(.....)

MR/ RL.04 /15/Rev.01

	RUMAH SAKIT JiWA DR SOEHARTO HEERDJAN JL. PROF. DR. LATUMETEN NO 1 GROGOL JAKARTA BARAT TELPON : (021) 5682841 - 5682824 - 5682843	
ASESMEN MEDIS RAWAT INAP DEWASA		
TANGGAL : JAM : NAMA DOKTER PEMERIKSA :		
NAMA PASIEN : JENIS KELAMIN : LAKI - LAKI / PEREMPUAN NOMOR REKAM MEDIS : TANGGAL LAHIR :		
ALLOANAMNESIS : (Jika ada keluarga, ditulis nama dan hubungannya)		
KELUHAN UTAMA:		
RIWAYAT GANGGUAN JiWA DALAM KELUARGA : <input type="checkbox"/> Skizofrenia <input type="checkbox"/> Ggn.Bipolar <input type="checkbox"/> Ggn. Depresi <input type="checkbox"/> Ggn.Cemas <input type="checkbox"/> Lainnya _____		
RIWAYAT EPISODE SAAT INI: RIWAYAT SEBELUMNYA :		
RIWAYAT KONDISI MEDIS UMUM (ORGANIK): RIWAYAT PENGGUNAAN ZAT PSIKOAKTIF (NAPZA) : RESIKO BUNUH DIRI :		

PEMERIKSAAN STATUS MENTAL

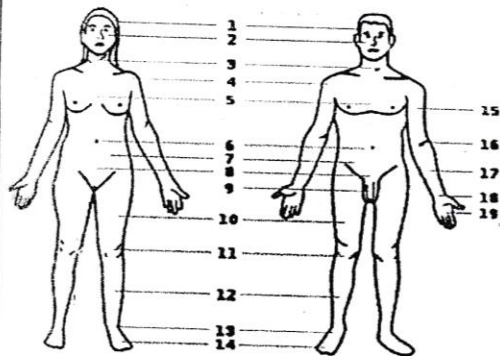
Penampilan		Isi Pikir		Gangguan Persepsi	Proses Pikir
Perawatan diri	Sikap thdp pemeriksa:	Waham/Ide Mirip waham	Preokupasi	<input type="checkbox"/> Halusinasi	<input type="checkbox"/> Pelonggaran Asosiasi
<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Kooperatif	<input type="checkbox"/> Grandious	<input type="checkbox"/> Obsesional	<input type="checkbox"/> Auditorik	<input type="checkbox"/> Sirkumstansial
<input type="checkbox"/> Kurang	<input type="checkbox"/> Hostilitas	<input type="checkbox"/> Persekutorik	<input type="checkbox"/> Banyak ide	<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Inkoheren
<input type="checkbox"/> Buruk	<input type="checkbox"/> Apatis	<input type="checkbox"/> Somatik	<input type="checkbox"/> Ide bunuh diri	<input type="checkbox"/> Taktil	<input type="checkbox"/> Word Salad
Ukuran Tubuh	Aktivitas Psikomotorik	<input type="checkbox"/> Bizarre		<input type="checkbox"/> Gustatorik	<input type="checkbox"/> Bloking
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Nihilistik	<input type="checkbox"/> Fobia	<input type="checkbox"/> Olfaktorik	<input type="checkbox"/> Flight of Ideas
<input type="checkbox"/> Kurus	<input type="checkbox"/> Agitasi	<input type="checkbox"/> lainnya		lainnya	
<input type="checkbox"/> Gemuk	<input type="checkbox"/> Lambat	Perilaku		<input type="checkbox"/> Derealisasi	
	Cara Berbicara	<input type="checkbox"/> Autistik		<input type="checkbox"/> Depersonaliti	
	<input type="checkbox"/> Jelas	<input type="checkbox"/> Perilaku Kacau		<input type="checkbox"/> Ilusi	
	<input type="checkbox"/> Gagap	<input type="checkbox"/> Katatonik			
	<input type="checkbox"/> Bisu	<input type="checkbox"/> Melukai diri sendiri			

PEMERIKSAAN JASMANI : (diisi oleh dokter umum)

PEMERIKSAAN UMUM

- Kesadaran :
- Tekanan Darah : mmHg
- Nadi : menit
- Suhu :
- Pernafasan :
- Keadaan Umum : baik / sedang / buruk
- Keadaan Gizi : baik / sedang / kurang / buruk
- Tinggi badan :
- Berat badan :

PEMERIKSAAN FISIK :



LAIN LAIN :		
PEMERIKSAAN INTERNIS :		
PEMERIKSAAN NEUROLOGIS :		
PEMERIKSAAN GIGI DAN MULUT :		
PEMERIKSAAN PENUNJANG (LAB,RADIOLOGI,EEG,EKG,CT SCAN, FISIOTERAPI)		
DIAGNOSA :		
	Kode ICD 10	Diagnosa
Axis I		
Axis II		
Axis III		
Axis IV		
Axis V	WHO DAS	Highest Level Past Year :
TINDAKAN MEDIS:		
NO	TINDAKAN MEDIS	ICD 9 CM
1		
2		
3		
4		
5		

TERAPI PSIKOFARMASIS

NAMA OBAT	DOSIS	JUMLAH	KETERANGAN

RENCANA TINDAK LANJUT :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


.....

.....


.....

Tanggal.....Jam.....
Dokter Penanggung Jawab Pasien

(.....)



RUMAH SAKIT JIWA
DR SOEHARTO HEERDJAN
 JL. PROF. DR. LATUMETEN NO 1 GROGOL JAKARTA BARAT
 TELPON : (021) 5682841 - 5682824 - 5682843



ASESMEN KEPERAWATAN RAWAT INAP DEWASA

NAMA PASIEN : JENIS KELAMIN : LAKI - LAKI / PEREMPUAN
 NOMOR REKAM MEDIS : TANGGAL LAHIR :

1. BODY SAFETY

K_ Kontusi L_ Laserasi R_ Ruam S_ Luka Parut D_ Dekubitus T_ Tattoo H_ Hematom X_ Tindik P_ Nyeri O_ Lainnya _____ (spesifik) Tinea Pedis: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jelaskan--- _____ _____ _____	
---	--

2. PENGKAJIAN SISTEM

Pernapasan : <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> Batuk <input type="checkbox"/> Emfisema <input type="checkbox"/> sesak <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> PPOK <input type="checkbox"/> dispnea <input type="checkbox"/> lainnya _____ Uji TB terakhir _____ Hasil _____ Terapi <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, _____ Thorax XR <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya _____	Kulit: <input type="checkbox"/> Tidak ada gangguan <input type="checkbox"/> Lembab <input type="checkbox"/> Hangat <input type="checkbox"/> Kering <input type="checkbox"/> Diaforetik <input type="checkbox"/> bersisik <input type="checkbox"/> Sianotik <input type="checkbox"/> Ruam <input type="checkbox"/> Pucat <input type="checkbox"/> Lainnya _____ Deskripsi: _____
SSP: <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> Pusing <input type="checkbox"/> sedasi <input type="checkbox"/> Ukuran pupil abnormal <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Ataksia <input type="checkbox"/> Paralisis <input type="checkbox"/> Pelo <input type="checkbox"/> Tik <input type="checkbox"/> Kejang <input type="checkbox"/> Sakit kepala <input type="checkbox"/> Lainnya _____ Deskripsi: _____	Genitourinaria: <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> hamil <input type="checkbox"/> menstruasi <input type="checkbox"/> dismenore <input type="checkbox"/> amenore <input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/> Inkontinensia <input type="checkbox"/> hematuria <input type="checkbox"/> retensi <input type="checkbox"/> enuresis <input type="checkbox"/> disuria <input type="checkbox"/> urgency <input type="checkbox"/> Lainnya _____
Gastrointestinal : <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> vomitus <input type="checkbox"/> nausea <input type="checkbox"/> ulkus <input type="checkbox"/> diare <input type="checkbox"/> hematozeia <input type="checkbox"/> melena <input type="checkbox"/> hepatitis <input type="checkbox"/> konstipasi <input type="checkbox"/> lainnya _____	Kardiovaskular: <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> angina <input type="checkbox"/> hipertensi <input type="checkbox"/> edema perifer <input type="checkbox"/> Hx MI <input type="checkbox"/> nyeri dada <input type="checkbox"/> pacemaker <input type="checkbox"/> sesak <input type="checkbox"/> Murmur Deskripsi: _____
Lainnya : <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> hipotiroid <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> HIV+ <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> hipertiroid <input type="checkbox"/> hepatitis (spesifik) _____ <input type="checkbox"/> lainnya _____ <input type="checkbox"/> lainnya----- Deskripsi: _____	Muskuloskeletal : <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> bebat <input type="checkbox"/> sendibengkak <input type="checkbox"/> sendikaku <input type="checkbox"/> nyerisendi <input type="checkbox"/> spasmeotot <input type="checkbox"/> amputasi <input type="checkbox"/> fraktur _____ <input type="checkbox"/> backpain <input type="checkbox"/> lainnya--- Deskripsi: _____

3. PENGKAJIAN RISIKO JATUH (lingkari nilai)

SKALA MORSE			SKALA EDMONSON		
Hx jatuh (3 bulan terakhir)	Tidak Ya	0 25	Usia	< 50 tahun 50 - 79 tahun > 80 tahun	8 10 26
Diagnos. sekunder (> 1)	Tidak Ya	0 15	Status Menta ¹	Sadar/orientasi penuh Agitasi/ansietas Konfusi intermitten Konfusi/disorientasi	-4 12 13 14
Alat Bantu jalan:	Bed rest/dibantu Kruk/ tongkat/walker Berpegangan pd benda	0 15 30	Eliminasi	Mandiri, bowel/bladder terkontrol Kateter/ostomi Eliminasi dengan bantuan Gangguan eliminasi (inkontinensia, nokturia, sering berkemih) Inkontinensia tetapi dapat bergerak bebas	8 12 10 12 12
Terapi Intra-vena	Tidak Ya	0 20	Medikasi	Tidak ada medikasi Medikasi kardia Medikasi psikotropik (termasuk benzodiazepine & antidepresan) Peningkatan medikasi/PRN (psikiatrik, nyeri) dalam 24 jam	10 10 8 12
Gaya berjalan	Normal/bed rest/ im-mobil Lemah Gangguan/abnormal	0 10 20			
Status Mental	Menyadari kondisi Keterbatasan kognitif	0 15	TOTAL		
TOTAL			TOTAL		

8. PENILAIAN STATUS FUNGSIONAL DEWASA (BERDASARKAN PENILAIAN BARTHEL INDEX)										
NO	FUNGSI	SKOR	URAIAN	NILAI SKOR						
				SEBELUM SAKIT	SAAT MASUK	MGG I DIRS	MGG II DIRS	MGG III DIRS	MGG IV DIRS	SAAT PULANG
1	Mengendalikan rangsang defekasi (BAB)	0	Tak terkendali/ tak teratur (perlu pencahar)							
		1	Kadang – kadang tak terkendali							
		2	Mandiri							
2	Mengendalikan rangsang berkemih (BAK)	0	Tak terkendali/ tak teratur (perlu pencahar)							
		1	Kadang – kadang tak terkendali							
		2	Mandiri							
3	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain							
		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							
6	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0	Tidak mampu							
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)							
		2	Bantuan (2 orang)							
		3	Mandiri							
7	Berpindah/ berjalan	0	Tidak mampu							
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda							
		2	Berjalan dengan 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	Mandiri	0	Tergantung orang lain							
		1	Mandiri							
TOTAL SKOR										
NAMA & TANDA TANGAN PERAWAT										
KETERANGAN 20 Mandiri 12-19 Ketergantungan ringan 9-11 Ketergantungan sedang 5-8 Ketergantungan Berat										

9. DISCHARGE PLANNING (dilengkapi dalam 48 jam pertama pasien masuk ruang rawat)

KOMPONEN PENILAIAN	YA	TIDAK	KETERANGAN
Perlu pelayan rehabilitasi			
Perlu pelayan day care			
Dirujuk ke komunitas tertentu			
Dirujuk ke tim terapis			
Dirujuk ke ahli gizi			
Lain-lain :			

10. RENCANA KEPERAWATAN

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ansietas <input type="checkbox"/> Defisit pengetahuan: _____ <input type="checkbox"/> Defisit Perawatan Diri: kebersihan diri/berpakaian berhias/toileting/makan <input type="checkbox"/> Disfungsi seksual <input type="checkbox"/> Distres spiritual <input type="checkbox"/> Gangguan pola tidur <input type="checkbox"/> Gangguan Proses Pikir: _____ <input type="checkbox"/> Gangguan Sensori Persepsi: _____ <input type="checkbox"/> Harga Diri Rendah kronis <input type="checkbox"/> Insomnia <input type="checkbox"/> Intoleransi aktivitas <input type="checkbox"/> Isolasi social <input type="checkbox"/> Kerusakan interaksi social <input type="checkbox"/> Kerusakan komunikasi verbal <input type="checkbox"/> Kerusakan memori <input type="checkbox"/> Ketakutan <input type="checkbox"/> Ketidapatuhan <input type="checkbox"/> Konfusi akut/kronis <input type="checkbox"/> Koping keluarga/individu inefektif <input type="checkbox"/> Menggelandang <input type="checkbox"/> Penatalaksanaan regimen terapeutik inefektif <input type="checkbox"/> Perilaku Kekerasan: diri sendiri/ orang lain/lingkungan <input type="checkbox"/> Risiko Bunuh Diri <input type="checkbox"/> Risiko Perilaku Kekerasan | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bersihan jalan napas inefektif <input type="checkbox"/> Defisit/kelebihan volume cairan <input type="checkbox"/> Diare <input type="checkbox"/> Disfungsi seksual <input type="checkbox"/> Gangguan nutrisi kurang/lebih dari kebutuhan tubuh <input type="checkbox"/> Gejala putus zat <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Inkontinensia urin/bowel <input type="checkbox"/> Intoksikasi akut <input type="checkbox"/> Kerusakan integritas kulit <input type="checkbox"/> Kerusakan mobilitas fisik <input type="checkbox"/> Kerusakan pertukaran gas <input type="checkbox"/> Konstipasi <input type="checkbox"/> Nyeri <input type="checkbox"/> Penurunan curah jantung <input type="checkbox"/> Perfusi jaringan inefektif <input type="checkbox"/> Pola napas inefektif <input type="checkbox"/> Risiko cedera <input type="checkbox"/> Risiko jatuh <input type="checkbox"/> Risiko kadar gula darah tidak stabil <input type="checkbox"/> Risiko penyebaran infeksi <input type="checkbox"/> Syok/Risiko |
|--|---|

INTERVENSI KEPERAWATAN

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

<p>Tanggal: _____ Jam : _____</p>	<p>TANDATANGAN & NAMA PERAWAT PELAKSANA:</p> <p>(.....)</p>
-----------------------------------	---

EDUKASI PASIEN DAN KELUARGA (ISI OLEH PEMBERI ASUHAN)							
Nama Pasien : _____					Ruang : _____		
Tgl Lahir : _____					No RM : _____		
NO	Penjelasan	Materi	Metode & Durasi	Evaluasi	Tgl Jam	Nama Pasien/ Keluarga	Paraf & nama Edukator
1	Medis a. Penyakit, Penyebab, Tanda dan Gejala b. Hasil pemeriksaan c. Tindakan medis, Pengobatan dan resikonya d. Perkiraan biaya e. Komplikasi yang mungkin terjadi			Mampu melakukan Point : a,b,c,d,e			
2	Manajemen Nyeri. a. Non Farmakologi 1) Teknik relaksasi (napas dalam) 2) Distraksi, dll b. Farmakologi			Mampu menjelaskan point : a dan b Mampu mendemonstrasikan point : 1,2			
3	Psikologis a. Penerimaan penyakitnya b. Pengembangan emosi positif c. Penyelesaian masalah yang spesifik (koping positif) d. Konseling berita buruk			Mampu menjelaskan Point : a,b,c,d			
4	Keperawatan a. Pendidikan kesehatan tentang 1) Cuci Tangan 2) Resiko jatuh 3) Orientasi pasien jatuh 4) Administrasi obat b. Penanganan dan Perawatan di RS c. Penanganan dan perawatan di rumah d. Alat- alat yang perlu disiapkan di rumah e. keamanan lingkungan di rumah f. keamanan lingkungan bermain g. Sumber-sumber pelayanan kesehatan di komunitas. h. Pendidikan kesehatan tentang diagnosa keperawatan 1) Halusinasi 2) Isolasi Sosial 3) Harga Diri rendah 4) Waham 5) Resiko Perilaku Kekerasan 6) Resiko Bunuh Diri 7) Perilaku kekerasan			Mampu menjelaskan point a. 1). 2). 3). 4). b. c. d. e. f. g. h. Mampu mendemonstrasikan 1) Cuci tangan 2) Penggunaan alat Medis 3) Diagnosa keperawatan			
5	Farmasi a. Nama obat & kegunaannya b. Aturan pemakaian c. Jumlah obat yang diberikan d. Cara penyimpanan obat e. Efek samping obat f. Interaksi antar obat & Interaksi obat dengan makanan			Mampu menjelaskan point ; a,b,c,d,e,f			
6	Nutrisi a. Status gizi b. Pelayanan makanan RS c. Diet selama peratan d. Diet di rumah			Mampu menjelaskan Point : a,b,c,d			
7	Kerohanian Bimbingan & konseling rohani			Mampu menjelaskan & mendemonstrasikan bimbingan & konseling rohani.			
8	Rehabilitasi Medis a. Fisioterapi b. Okupasi therapy c. Terapi wicara			Mampu menjelaskan point : a,b,c			



**RUMAH SAKIT JIWA
DR SOEHARTO HEERDJAN**
JL. PROF. DR. LATUMETEN NO 1 GROGOL JAKARTA BARAT
TELPON : (021) 5682841 - 5682824 - 5682843



RESUME KEPERAWATAN

TANGGAL : JAM : RUANGAN :

NAMA PASIEN : JENIS KELAMIN : LAKI - LAKI / PEREMPUAN
 NOMOR REKAM MEDIS : TANGGAL LAHIR : UMUR : THN
 TANGGAL MASUK RAWAT : TANGGAL KELUAR RAWAT :
 NAMA DOKTER PENANGGUNGJAWAB (DPJP) :

Status Pulang : Atas Ijin Dokter Lari Pulang Paksa Meninggal

Diagnosa Keperawatan Waktu Keluar :

- PK / RPK Harga Diri Rendah DPD
- GSP : Halusinasi
- Isolas. Sosial Resiko Bunuh Diri
- Gangguan Proses Pikir : Waham

Kondisi Pasien Saat Pulang :

- Tenang
- Kemampuan / Pengetahuan yang dimiliki

Tingkat Kemandirian : Mandiri Bantuan Tergantung

Masalah Keperawatan Saat Dirawat :

- PK / RPK Intensive care :
- GSP : Halusinasi
- Isolasi Sosial Total Care :
- Harga Diri Rendah Partial Care :
- Resiko Bunuh Diri Minimal Care :
- Gangguan Proses Pikir : Waham
- Defisit Perawatan Diri :
- Regimen Therapeutik in Efektif Kons Kep. :
- Koping Keluarga in Efektif TAK :
- Fiksasi :
- Injeksi :
- Lain - lain :

Rencana Tindak Lanjut :

- Kontrol kembali pada tanggal :
- Obat-obatan yang dibawa pulang :
-
-

Perawat,

(.....)



RUMAH SAKIT JiWA
DR SOEHARTO HEERDJAN
 JL. PROF. DR. LATUMETEN NO 1 GROGOL JAKARTA BARAT
 TELPON : (021) 5682841 - 5682824 - 5682843



CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

NAMA PASIEN : JENIS KELAMIN : LAKI - LAKI / PEREMPUAN
 NOMOR REKAM MEDIS : TANGGAL LAHIR :

TGL. & JAM	PROFESI	HASIL PEMERIKSAAN, RENCANA PENATALAKSANAAN PASIEN (ditulis dengan format SOAP/adime, disertai target yang terukur, evaluasi hasil tatalaksana dituliskan dalam assesment, harap bubuhkan stempel nama dan paraf pada setiap akhir catatan)	INSTRUKSI TENAGA KESEHATAN TERMASUK PASCA BEDAH/PROSEDUR (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	VERIFIKASI DPJP (bubuhkan stempel nama, paraf, tanggal, jam) (DPJP harus membaca)

MR/ RI.10/15/Rev.00



RUMAH SAKIT JiWA
DR SOEHARTO HEERDJAN
 JL. PROF. DR. LATUMETEN NO 1 GROGOL JAKARTA BARAT
 TELPON : (021) 5682841 - 5682824 - 5682843



KEBUTUHAN PRIVASI
Covertness Necessary

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Umur :Tahun, L/P

No. Telp :

Agama :

Hubungan dengan pasien : Suami / Istri /Anak / Ayah / Ibu*
 (Lain-lain,sebutkan)

Dengan ini meminta diberikan kebutuhan privasi berupa

- Saya mengizinkan/ tidak mengizinkan(~~coret salah satu~~) Rumah Sakit memberi askes bagi: Keluarga dan handai taulan serta orang yang akan menengok/ menemui saya. (sebutkan nama/provesi bila ada permintaan khusus)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

- Saya menginginkan/tidak menginginkan privasi khusus (~~coret salah satu~~).
 sebutkan bila ada permintaan privasi khusus :

Lain-lain :

*) Lingkari yang perlu

Saksi

Jakarta,.....
 Pemohon

(.....)

(.....)

MR/ RI.11 /15/Rev.00



RUMAH SAKIT JiWA
DR SOEHARTO HEERDJAN
JL. PROF. DR. LATUMETEN NO 1 GROGOL JAKARTA BARAT
TELPON : (021) 5682841 - 5682824 - 5682843



PELAYANAN ROHANI
Spiritual Service

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :Umur.....L/P*

Alamat :

Agama :No. Tlp.....

Hubungan dengan pasien : Suami / Istri / Anak /Ayah/Ibu*

(Lain-lain,sebutkan)

Nama :Umur.....L/P

Alamat :

AgamaNo. Tlp :

Dengan ini meminta di berikan pelayanan kerohanian.....

Terhadap saya / suami / istri / ayah



Saksi Jakarta,.....
Pemohon

(.....)

(.....)

*) Lingkari yang perlu

MR/ RI.25/15/Rev.00

		RUMAH SAKIT JiWA DR SOEHARTO HEERDJAN JL. PROF. DR. LATUMETEN NO 1 GROGOL JAKARTA BARAT TELPON : (021) 5682841 - 5682824 - 5682843			
TRANSFER PASIEN ANTAR RUANGAN					
NAMA PASIEN		NO. RM:	TANGGAL LAHIR:	JENIS KELAMIN: L / P	
TGL MASUK	TGL PINDAH	ASAL RUANG RAWAT :		RUANG RAWAT SELANJUT- NYA :	
DIAGNOSIS UTAMA :					
DIAGNOSIS SEKUNDER		Alasan pindah ruangan:			
1.		1. kondisi pasien : memburuk/stabil/tidak ada perubahan			
2.		2. Fasilitas : kurang memadai/ butuh lebih baik			
3.		3. Tenaga : membutuhkan yang lebih ahli/ jumlah kurang			
4.		Lain - lain :			
5.		Metode Pemindahan Pasien :			
6.		<input type="checkbox"/> kursi roda <input type="checkbox"/> lainnya			
7.		<input type="checkbox"/> Tempat tidur <input type="checkbox"/> Brankar			
Peralatan yang menyertai saat pindah :		Keadaan pasien pindah :	Keadaan Umum :	Tekanan Darah :mmHG	Suhu :°C
<input type="checkbox"/> O ₂ Portable ,kebutuhan :.....x/mnt		Kesadaran : Nadi :	Pernafasan :x/mnt		Pendamping saat pasien Pindah: Nama Petugas
<input type="checkbox"/> Suction <input type="checkbox"/> Ventilator					
<input type="checkbox"/> NGT <input type="checkbox"/> Kateter Urine					
<input type="checkbox"/> Infus <input type="checkbox"/> Syringe pump					
Pemeriksaan Fisis: Status Generalis (temuan yang signifikan)			Status Lokasi (temuan yang signifikan)		
Status mental :		PANSS SCORE	Potensial untuk dilakukan rehabilitasi : <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Buruk <input type="checkbox"/> Sedang		
Pemeriksaan penunjang Diagnostik yang sudah dilakukan (EKG, LAB,dll)		Intervensi / tindakan yang sudah dilakukan:			
Diet :		Rencana Perawatan :			

LAIN LAIN :
 PEMERIKSAAN INTERNIS :
 PEMERIKSAAN NEUROLOGIS :
 PEMERIKSAAN GIGI DAN MULUT :

PEMERIKSAAN PENUNJANG (LAB,RADIOLOGI,EEG,EKG,CT SCAN, FISIOTERAPI)

DIAGNOSA :

	Kode ICD 10	Diagnosa
Axis I		
Axis II		
Axis III		
Axis IV		
Axis V	WHO DAS	Highest Level Past Year :

TINDAKAN MEDIS:

NO	TINDAKAN MEDIS	ICD 9 CM
1		
2		
3		
4		
5		

9. DISCHARGE PLANNING (dilengkapi dalam 48 jam pertama pasien masuk ruang rawat)

KOMPONEN PENILAIAN	YA	TIDAK	KETERANGAN
Perlu pelayan rehabilitasi			
Perlu pelayan day care			
Dirujuk ke komunitas tertentu			
Dirujuk ke tim terapis			
Dirujuk ke ahli gizi			
Lain-lain :			

10. RENCANA KEPERAWATAN

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ansietas <input type="checkbox"/> Defisit pengetahuan: _____ <input type="checkbox"/> Defisit Perawatan Diri: kebersihan diri/berpakaian berhias/toileting/ makan <input type="checkbox"/> Disfungsi seksual <input type="checkbox"/> Distres spiritual <input type="checkbox"/> Gangguan pola tidur <input type="checkbox"/> Gangguan Proses Pikir: _____ <input type="checkbox"/> Gangguan Sensori Persepsi: _____ <input type="checkbox"/> Harga Diri Rendah kronis <input type="checkbox"/> Insomnia <input type="checkbox"/> Intoleransi aktivitas <input type="checkbox"/> Isolasi social <input type="checkbox"/> Kerusakan interaksi social <input type="checkbox"/> Kerusakan komunikasi verbal <input type="checkbox"/> Kerusakan memori <input type="checkbox"/> Ketakutan <input type="checkbox"/> Ketidakpatuhan <input type="checkbox"/> Konfusi akut/kronis <input type="checkbox"/> Koping keluarga/individu inefektif <input type="checkbox"/> Menggelandang <input type="checkbox"/> Penatalaksanaan regimen terapeutik inefektif <input type="checkbox"/> Perilaku Kekerasan: diri sendiri/ orang lain/lingkungan <input type="checkbox"/> Risiko Bunuh Diri <input type="checkbox"/> Risiko Perilaku Kekerasan | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bersihan jalan napas inefektif <input type="checkbox"/> Defisit/kelebihan volume cairan <input type="checkbox"/> Diare <input type="checkbox"/> Disfungsi seksual <input type="checkbox"/> Gangguan nutrisi kurang/lebih dari kebutuhan tubuh <input type="checkbox"/> Gejala putus zat <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Inkontinensia urin/bowel <input type="checkbox"/> Intoksikasi akut <input type="checkbox"/> Kerusakan integritas kulit <input type="checkbox"/> Kerusakan mobilitas fisik <input type="checkbox"/> Kerusakan pertukaran gas <input type="checkbox"/> Konstipasi <input type="checkbox"/> Nyeri <input type="checkbox"/> Penurunan curah jantung <input type="checkbox"/> Perfusi jaringan inefektif <input type="checkbox"/> Pola napas inefektif <input type="checkbox"/> Risiko cedera <input type="checkbox"/> Risiko jatuh <input type="checkbox"/> Risiko kadar gula darah tidak stabil <input type="checkbox"/> Risiko penyebaran infeksi <input type="checkbox"/> Syok/Risiko |
|--|---|

INTERVENSI KEPERAWATAN

--	--

Tanggal: _____ Jam : _____

TANDATANGAN & NAMA PERAWAT PELAKSANA:

(.....)

8. PENILAIAN STATUS FUNGSIONAL DEWASA (BERDASARKAN PENILAIAN BARTHEL INDEX)										
NO	FUNGSI	SKOR	URAIAN	NILAI SKOR						
				SEBELUM SAKIT	SAAT MASUK	MGG I DIRS	MGG II DIRS	MGG III DIRS	MGG IV DIRS	SAAT PULANG
1	Mengendalikan rangsang defekasi (BAB)	0	Tak terkendali/ tak teratur (perlu pencahar)							
		1	Kadang – kadang tak terkendali							
		2	Mandiri							
2	Mengendalikan rangsang berkemih (BAK)	0	Tak terkendali/ tak teratur (perlu pencahar)							
		1	Kadang – kadang tak terkendali							
		2	Mandiri							
3	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain							
		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							
6	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0	Tidak mampu							
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)							
		2	Bantuan (2 orang)							
		3	Mandiri							
7	Berpindah/ berjalan	0	Tidak mampu							
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda							
		2	Berjalan dengan 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	Mandiri	0	Tergantung orang lain							
		1	Mandiri							
TOTAL SKOR										
NAMA & TANDA TANGAN PERAWAT										
KETERANGAN 20 Mandiri 12-19 Ketergantungan ringan 9-11 Ketergantungan sedang 5-8 Ketergantungan Berat										