

**BUKU PEDOMAN**  
**PENGISIAN REKAM MEDIS**



**RS.SITI KHODIJAH**  
**PEKALONGAN**

Lampiran	:	Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tentang Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis
Nomor	:	0018/RSSK/SK/I/2015
Tanggal	:	10 Januari 2015

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

Mutu pelayanan medis di Rumah Sakit tergantung pada efektifitas kinerja staf medis yang dapat dinilai oleh bermacam-macam komite. Keberhasilan tugas komite-komite tersebut tergantung pada kelengkapan, ketelitian, kebenaran dan ketepatan waktu penyelesaian rekam medis. Kesemuanya itu tergantung pada pelaksanaan kerja Sub Bidang Rekam Medis dengan bimbingan, pengawasan dan pembinaan panitia rekam medis.

Oleh sebab itu sebuah Rumah Sakit mutlak diperlukan adanya Rekam Medis untuk keperluan pengobatan lanjutan maupun untuk keperluan penilaian secara statistik.

Landasan hukum bagi pelaksanaan Rekam Medis adalah SK Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.031/Birhub/1972 dan No.034/Birhub/1972 yang menyebutkan :

1. Semua Rumah Sakit sesuai dengan Status Wilayah dan tingkat kelasnya diharuskan mengerjakan “Medical Recording dan Reporting” dan “Hospital Statistic”, yang diatur oleh surat keputusan Menteri Kesehatan tersendiri.
2. Guna menunjang terselenggaranya rencana Induk (Master Plan) yang baik, maka setiap Rumah Sakit diwajibkan :
  - a. Mempunyai dan merawat Statistik yang “Up to date”
  - b. Membina “Medical Record” yang berdasarkan ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan.

Maksud penyusunan buku pedoman pengisian dokumen Rekam Medis ini adalah untuk mencapai keseragaman system dan Tata Kerja Rekam Medis di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan. Diharapkan dengan tersusunnya buku ini dapat dihasilkan suatu rekam medik yang lengkap, akurat, relevan, “Up to date” dan tepat waktu guna menunjang peningkatan pelayanan di Rumah Sakit.

Buku pedoman ini disusun dalam bentuk buku saku sehingga mudah dibawa kemana saja untuk membantu pengisian Rekam Medis. Untuk sementara Buku Pedoman ini hanya meliputi rekam medis pasien rawat inap.

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

## **BAB II**

### **PENGERTIAN DAN KEGUNAAN REKAM MEDIS**

#### **A. Pengertian Rekam Medis**

Rekam Medis mempunyai pengertian yang luas, tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan akan tetapi mempunyai pengertian sebagai suatu sistem penyelenggaraan rekam medis, sedangkan kegiatan pencatatannya sendiri hanya merupakan salah satu kegiatan dari pada penyelenggaraan rekam medis. Penyelenggaraan Rekam Medis adalah merupakan proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien di Rumah Sakit, diteruskan kegiatan pencatatan data medik pasien selama pasien itu mendapatkan pelayanan medik di Rumah Sakit, dan dilanjutkan dengan pengelolaan berkas Rekam Medis yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan untuk melayani permintaan/peminjaman.

#### **B. Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis**

Didalam uraian tujuan dan kegunaan Rekam Medis ini terdapat dua pengertian yang sangat erat kaitannya yaitu tujuan dan kegunaan.

##### **1. Tujuan Rekam Medis**

Tujuan Rekam Medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit, tanpa didukung suatu system pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tertib administrasi Rumah Sakit akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan dalam upaya pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Tujuan Rekam Medis secara rinci akan terlihat dan analog dengan kegunaan rekam medik itu sendiri.

##### **2. Kegunaan Rekam Medis**

Kegunaan Rekam Medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain :

- **Aspek Administrasi**

Suatu berkas rekam medik mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedik dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

- Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

- Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

- Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai keuangan, karena isinya dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan di Rumah Sakit. Tanpa adanya bukti catatan tindakan atau pelayanan, maka pembayaran pelayanan di Rumah Sakit tidak dapat dipertanggung jawabkan.

- Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologi dari kegiatan pelayanan rekam medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan penelitian atau referensi pengajaran.

- Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai arti dokumentasi, karena isinya menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.

Dengan melihat dari berbagai aspek di atas, rekam medik mempunyai kegunaan yang sangat luas, karena tidak hanya menyangkut antara pasien dengan pemberi pelayanan saja.

### 3. Syarat-syarat Pengisian Rekam Medis

Rekam Medis harus berisi cukup informasi untuk mengidentifikasi pasien secara jelas, mengetahui diagnosa serta pengobatannya dan segala sesuatu yang terjadi sesudahnya. Informasi yang dicatat harus menggambarkan:

- a. Keterangan yang diperlukan Dokter yang merawat, guna melanjutkan perawatan secara efektif dan pada masa yang akan datang dapat mengetahui keadaan pasien pada waktu dirawat dahulu.
  - b. Keterangan yang diperlukan oleh konsultan, sehingga dapat memberikan pendapatnya setelah memeriksa pasien tersebut
  - c. Keterangan yang cukup kepada Dokter lain untuk melanjutkan perawatan pasien pada waktu kapan saja. Rekam Medis harus:
    - 1) Bersifat Pribadi (Obyektif)
    - 2) Dapat dipercaya
    - 3) Otentik (asli)
    - 4) “Up to date”
    - 5) Lengkap
    - 6) Dapat dibaca
    - 7) Rapi
    - 8) Mudah dicari kembali
4. Hak dan Tanggung Jawab Pengisian Rekam Medis
- a. Petugas pendaftaran pasien (Admission Office) untuk identitas pasien.
  - b. Dokter yang merawat untuk hal-hal medis dan dokter konsulen untuk jawaban konsil.
  - c. Paramedis yang merawat untuk asuhan keperawatan dan tugas-tugas yang diberikan oleh dokter.
  - d. Praktisi kesehatan lain (Nutrisi, Analis dan Fisioterapis) yang terlibat langsung dalam pengelolaan pasien.
  - e. Petugas Rekam Medis untuk pemberian Kode Penyakit dan Kode Tindakan.

### **BAB III**

#### **PEDOMAN PENGISIAN REKAM MEDIS RAWAT INAP**

##### **1. Formulir Data Pasien Rawat Jalan ( RM 1A – RM 1.A.2 )**

###### **A. Data Umum Pasien**

###### **I. Data awal pasien (diisi dengan lengkap oleh pasien/keluarga)**

- No RM : Tulis nomor Rekam Medis pasien saat berobat dirumah sakit.
- Nama pasien : tulis nama lengkap pasien dengan nama yang tercantum dalam e-KTP , sesuai dengan ketentuan prosedur penamaan.
- Tempat dan Tanggal Lahir : bila diketahui tanggal lahir, tulislah dengan tanggal lahir tersebut, bila tidak diketahui sedikitnya dituis umur dalam tahun/bulan/hari
- Nama pasien : tulis nama lengkap pasien dengan nama yang tercantum dalam e-KTP,sesuai dengan ketentuan prosedur penamaan.
- Tempat dan Tanggal Lahir : bila diketahui tanggal lahir, tulislah dengan tanggal lahir tersebut, bila tidak diketahui sedikitnya dituis umur dalam tahun/bulan/hari
- Pekerjaan : tulis pekerjaan pasien , misalnya buruh, swasta, pns, dagang, dsb
- Agama : beri tanda centang salah satu agama yang dianut oleh pasien.
- Status perkawinan : beri tanda centang pada salah satu pilihan status perkawinan
- Pendidikan terakhir : beri tanda centang pada pilihan yang tersedia sesuai pendidikan terakhir pasien misalnya belum/tidak tamat SD, SMP, SMA, D3, SARJANA.
- Alamat sesuai KTP : Tulislah alamat lengkap pasien dimana ia tinggal (sesuai KTP)
- Nama Orang Tua/Suami/Istri : tulislah salah satu nama orang tua/ suami/ istri pasien
- Pekerjaan : tulis pekerjaan orang tua/ suami/ istri pasien
- Bahasa Sehari-hari : beri tanda centang / pilih salah satu bahasa yang digunakan sehari-hari oleh pasien
- Kekhususan : bila ada kekhususan pasien beri tanda centang pada pilihan yang tersedia.

## II. Data Sosial – Ekonomi – Fungsional

- Penanggung Jawab Pembayaran : pilih salah satu dan centanglah pada salah satu pilihan di kolom penanggung jawab pembayaran yang akan digunakan pasien seperti BPJS, pribadi, asuransi , dll.
- Dengan Siapa tinggal : centang salah satu pilihan pasien dengan siapa pasien itu tinggal, bila pasien tinggal dengan orang tua, centang yang tinggal dengan orangtua.
- Alat bantu diri/implant/protesa : centang pilihan apabila pasien menggunakan alat bantu, misalnya jika pasien menggunakan kacamata , centang pada kolom kacamata.

## III. Data kesehatan

- Keluhan Utama Saati ini : tulislah keluhan yang diderita pasien tersebut
- Riwayat penyakit dahulu : pilih/centang riwayat penyakit yang diderita pasien dahulu, misalnya pasien mempunyai riwayat penyakit diabetes mellitus, maka centang pada pilihan DM, jika tidak ada kosongi saja
- Riwayat pembedahan dan jenis anestesi : pilih/centang pasien pernah melakukan riwayat pembedahan/tidak
- Obat-obat yang sering digunakan ( Sebutkan dosis dan frekuensi) :tulislah jika pasien sering mengkonsumsi obat-obatan setiap hari dengan dosisnya.
- Riwayat Alergi Obat dan Makanan : pilih dan centang pada pilihan yang tersedia, jika pasien tidak alergi pada obat dan makanan , pilih tidak, jika pasien alergi pada makanan dan obat maka pilih ada, dan tulis reaksinya.
- Riwayat Kehamilan dan kelahiran : pilih dan centang pada pilihan riwayat kehamilan melalui proses spontan atau operasi.
- Khusus pasien anak : diisi jika pasien tersebut anak-anak, pada waktu lahir cukup bulan atau kurang bulan dengan berat badan lahir berapa dan panjang lahir berapa
- Riwayat Vaksinasi : ada 2 vaksinasi yaitu dasar dan lanjutan , bila pasien telah melakukan vaksinasi dasar, maka centanglah semua imunisasi yang telah pasien lakukan. Jika pasien telah melakukan imunisasi lanjutan, maka centang vaksinasi yang pasien lakukan.
- Riwayat kebiasaan : centanglah kebiasaan yang pasien lakukan, apakah pasien merokok, minum alkohol, obat penenang atau sering olahraga.
- Riwayat psikologis : centang dan pilih riwayat psikologis yang dirasakan oleh pasien

- Pekalongan : Tulis tanggal, bulan, tahun dan jam pasien masuk
- Pasien/ Keluarga : Tulis nama dan tanda tangan pasien/keluarga pasien sebagai penanggung jawab.

## **2. Formulir Data Pasien Gawat Darurat ( RM 1.B.1 – RM 1.B.2 )**

### **A. Data Umum Pasien**

#### **I. Data awal pasien (diisi dengan lengkap oleh pasien/keluarga)**

- No RM : Tulis nomor Rekam Medis pasien saat berobat dirumah sakit.
- Nama pasien : tulis nama lengkap pasien dengan nama yang tercantum dalam e-KTP , sesuai dengan ketentuan prosedur penamaan.
- Tempat dan Tanggal Lahir : bila diketahui tanggal lahir, tulislah dengan tanggal lahir tersebut, bila tidak diketahui sedikitnya ditulis umur dalam tahun/bulan/hari
- Nama pasien : tulis nama lengkap pasien dengan nama yang tercantum dalam e-KTP, sesuai dengan ketentuan prosedur penamaan.
- Tempat dan Tanggal Lahir : bila diketahui tanggal lahir, tulislah dengan tanggal lahir tersebut, bila tidak diketahui sedikitnya ditulis umur dalam tahun/bulan/hari
- Pekerjaan : tulis pekerjaan pasien , misalnya buruh, swasta, PNS, dagang, dsb
- Agama : beri tanda centang salah satu agama yang dianut oleh pasien.
- Status perkawinan : beri tanda centang pada salah satu pilihan status perkawinan
- Pendidikan terakhir : beri tanda centang pada pilihan yang tersedia sesuai pendidikan terakhir pasien misalnya belum/tidak tamat SD, SMP, SMA, D3, SARJANA.
- Alamat sesuai KTP : Tulislah alamat lengkap pasien dimana ia tinggal (sesuai KTP)
- Nama Orang Tua/Suami/Istri : tulislah salah satu nama orang tua/ suami/ istri pasien
- Pekerjaan : tulis pekerjaan orang tua/ suami/ istri pasien
- Bahasa Sehari-hari : beri tanda centang / pilih salah satu bahasa yang digunakan sehari-hari oleh pasien
- Kekhususan : bila ada kekhususan pasien beri tanda centang pada pilihan yang tersedia.



## II. Data Sosial – Ekonomi – Fungsional

- Penanggung Jawab Pembayaran : pilih salah satu dan centanglah pada salah satu pilihan di kolom penanggung jawab pembayaran yang akan digunakan pasien seperti BPJS, pribadi, asuransi , dll.
- Dengan Siapa tinggal : centang salah satu pilihan pasien dengan siapa pasien itu tinggal, bila pasien tinggal dengan orang tua, centang yang tinggal dengan orangtua.
- Alat bantu diri/implant/protesa : centang pilihan apabila pasien menggunakan alat bantu, misalnya jika pasien menggunakan kacamata , centang pada kolom kacamata.

## III. Data kesehatan

- Keluhan Utama Saati ini : tulislah keluhan yang diderita pasien tersebut
- Riwayat penyakit dahulu : pilih/centang riwayat penyakit yang diderita pasien dahulu, misalnya pasien mempunyai riwayat penyakit diabetes mellitus, maka centang pada pilihan DM, jika tidak ada kosongi saja
- Riwayat pembedahan dan jenis anestesi : pilih/centang pasien pernah melakukan riwayat pembedahan/tidak
- Obat-obat yang sering digunakan ( Sebutkan dosis dan frekuensi) :tulislah jika pasien sering mengkonsumsi obat-obatan setiap hari dengan dosisnya.
- Riwayat Alergi Obat dan Makanan : pilih dan centang pada pilihan yang tersedia, jika pasien tidak alergi pada obat dan makanan , pilih tidak, jika pasien alergi pada makanan dan obat maka pilih ada, dan tulis reaksinya.
- Riwayat Kehamilan dan kelahiran : pilih dan centang pada pilihan riwayat kehamilan melalui proses spontan atau operasi.
- Khusus pasien anak : diisi jika pasien tersebut anak-anak, pada waktu lahir cukup bulan atau kurang bulan dengan berat badan lahir berapa dan panjang lahir berapa
- Riwayat Vaksinasi : ada 2 vaksinasi yaitu dasar dan lanjutan , bila pasien telah melakukan vaksinasi dasar, maka centanglah semua imunisasi yang telah pasien lakukan. Jika pasien telah melakukan imunisasi lanjutan, maka centang vaksinasi yang pasien lakukan.
- Riwayat kebiasaan : centanglah kebiasaan yang pasien lakukan, apakah pasien merokok, minum alkohol, obat penenang atau sering olahraga.
- Riwayat psikologis : centang dan pilih riwayat psikologis yang dirasakan oleh pasien

- Pekalongan : Tulis tanggal, bulan, tahun dan jam pasien masuk
- Pasien/ Keluarga : Tulis nama dan tanda tangan pasien/keluarga pasien sebagai penanggung jawab.

### 3. Formulir Ringkasan Masuk dan Keluar ( RM 1C )

- Nomor Dokumen Medis : Tulis sesuai nomor rekam medis.
- Nomor Dokumen Medis : Tulis nama lengkap pasien dengan nama yang tercantum dalam KTP, sesuai dengan ketentuan prosedur penamaan
- Tanggal Lahir : Bila diketahui Tgl Lahir, tulislah tanggal lahir tersebut, bila tidak diketahui sedikitnya ditulis umur dalam tahun/bulan/hari
- Alamat : Tulislah alamat lengkap pasien di mana ia tinggal (sesuai KTP)
- Agama : Tulis agama pasien
- Pekerjaan : Tulis pekerjaan penderita, misalnya buruh, pegawai negeri, dagang, karyawan perusahaan, dsb
- Jenis Kelamin : Lingkarilah angka 1 bila laki-laki dan angka 2 bila pasien perempuan
- Status : Tulis sesuai dengan status perkawinan
- Pindah kelas : Tulis kelas perawatan apabila pasien menghendak pindah kelas
- Dirawat yang Ke : Lingkari berapa kali pasien dirawat
- Cara Masuk
- Dikirim Oleh :
  1. Dokter yang mengirim : Nama dokter yang mengirim
  2. Puskesmas : Nama Puskesmas
  3. RS Lain: Sebutkan nama Rumah Sakit
  4. Instansi Lain : sebutkan

- Dikirim Oleh : Beri tanda centang Bila kasus Polisi, dan Bila datang sendiri
- Nama Penanggung Jawab : Nama yang menanggung segala biaya perawatan selama dirawat di Rumah Sakit
- Alamat : Tulis alamat penanggung jawab pembayaran
- Hubungan dengan pasien : tulis jenis hubungan dengan pasien ( ayah, ibu, anak, tetangga dll )
- DPJP : Tulis nama Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
- Dr. Konsul/raber : Tulis nama dokter yang menjadi konsulen/yang menjadi DPJP pendamping ( Raber )
- Sub Pokok SMF / Bagian : Lingkari jenis spesialisasinya
- Penanggungjawab Pembayaran : Tulis jenis Pembayaran yang sesuai ( Umum/ BPJS/ Jamkesda ). Untuk BPJS non PBI cantumkan golongan kepegawaiannya atau hak kelas perawatannya.
- Tanggal Masuk : Tulis tgl, bulan, th dan jam pasien masuk
- Tanggal Keluar : Tulis tgl, bulan, th, dan jam pasien keluar.
- Lama Dirawat : Ditulis oleh petugas ruangan, yang dihitung dalam hari rawat adalah hari masuk sampai dengan hari pulang
- Sebab keluar : Tulis keadaan pasien yang menyebabkan keluar rumah sakit.
- Diagnosis Utama : adalah diagnosis penyakit selama dirawat yang membutuhkan perawatan lebih intensif/lebih membutuhkan biaya, hanya dibenarkan menulis satu penyakit. Sebaiknya tidak menuliskan Symptom dan Sign sebagai diagnosa utama.
- Komplikasi : Komplikasi dari penyakit utama
- Diagnosis tambahan : Diagnosa tambahan diisi oleh dokter yang merawat pasien dari diagnose utama disediakan

dua tempat untuk diagnose tambahan

- Nama Operasi/tindakan : Tulis dengan jelas nama tindakan / operasi
- Kode ICD : Kode ICD ditulis sesuai dengan ICD X oleh petugas rekam medic
- Keadaan Keluar : adalah keadaan pasien saat keluar. Lingkari nomornya
- Cara Keluar : Bagaimana pasien keluar, sesuai dengan keadaannya. Lingkari nomornya
- Dokter yang : Tulis nama Dokter yang memulangkan merawat/DPJP
- Tanda Tangan dokter : Tanda tangan Dokter yang merawat yang merawat/DPJP

#### **4. Formulir Resume Medis ( RM 1.D )**

Resume harus singkat dan hanya menjelaskan informasi penting tentang penyakit, pemeriksaan dilakukan dan pengobatannya. Resume ini harus ditulis segera setelah pasien keluar dan isinya menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut ini:

- Mengapa pasien masuk rumah sakit (pernyataan singkat tentang keluhan utama dan riwayat penyakit sekarang).
- Pemeriksaan fisik yang didapatkan pada pasien yang mendukung diagnosa.
- Hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, roentgen dan lain-lain yang mendukung diagnosa.
- Apakah pengobatan medis maupun operasi yang diberikan (termasuk respon pasien, komplikasi dan konsultasi).
- Diagnosa akhir, bisa lebih dari satu dan bisa berbeda dengan diagnosa masuk.
- Tindakan operasi yang dilakukan selama dirawat di rumah sakit.
- Bagaimana keadaan pasien pada saat keluar ( apakah mampu bergerak sendiri, apabila ada sebutkan gejala sisanya).
- Apakah anjuran pengobatan/perawatan yang diberikan (nama obat dan dosisnya, tindakan pengobatan lainnya, dirujuk kemana, perjanjian untuk datang lagi).

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

Resume ini harus ditandatangani oleh dokter yang merawat. Bagi pasien yang meninggal selain dibuatkan resume, juga dibuatkan laporan sebab kematian.

RM 1.D dibuat rangkap 3, lembar 1 untuk arsip rekam medis, lembar 2 untuk pasien dan lembar 3 untuk asuransi. Tujuan dari pemberian Resume Medis ini adalah untuk menjaga kontinuitas pelayanan setelah pasien pulang dari rumah sakit.

## **5. Formulir Persetujuan Rawat Inap ( RM 1.E )**

- a. Nomor Dokumen Medik : Tulis sesuai nomor rekam medik
- b. Nama Pasien : Tulis nama lengkap pasien dengan nama yang tercantum dalam KTP,sesuai dengan ketentuan prosedur penamaan.
- c. Tanggal Lahir : Bila diketahui Tgl Lahir,tulislah tanggal lahir tersebut, bila tidak diketahui sedikitnya ditulis umur dalam tahun/bulan/hari.
- d. Yang bertanda tangan di bawah ini
  - Nama pasien:Tulis nama lengkap pasien dengan nama yang tercantum dalam KTP,sesuai dengan ketentuan prosedur penamaan.
  - Jenis Kelamin : Beri tanda silang/centang angka 1 bila laki-laki dan angka 2 bila pasien perempuan.
  - Tempat/Tgl.Lahir :Tulis nama kota tempat lahir pasien beserta tanggal lahir pasien, bila diketahui tgl lahir tulislah tanggal lahir tersebut, bila tidak diketahui sedikitnya ditulis umur dalam tahun/bulan/hari.
  - Umur : Tulis umur pasien
  - Gol. Darah : Lingkarilah jenis Gol.Darah pasien
  - Agama : Beri tanda silang/centang pada kolom agama sesuai dengan agama pasien
  - Bangsa: Beri tanda silang/centang angka 1 kebangsaan Indonesia dan angka 2 bila kebangsaan asing.
  - Alamat: Tulislah alamat lengkap pasien dimana ia tinggal ( sesuai KTP ), termasuk RT/RW, kelurahan, kecamatan, kota/kabupaten, provinsi serta kode pos.
  - Telp : Tulis nomor telpon pasien/keluarga pasien yang bias dihubungi.
  - No.KTP/SIM/PASPORT : Tulis nomor KTP atau nomor SIM atau nomor PASPOR milik pasien.
  - Pendidikan : Beri tanda silang/centang pada angka 1 jika pendidikan terakhir pasien belum/tidak tamat SD, angka 2 untuk SD, angka 3 untuk SLTP, angka 4 untuk SLTA, angka 5 untuk D3, dan angka 6 untuk sarjana.

- Pekerjaan : Beri tanda silang/centang pada angka 1 jika pekerjaan pasien PNS, angka 2 untuk TNI, angka 3 untuk swasta, angka 4 untuk pedagang, angka 5 untuk petani, angka 6 untuk buruh, dan angka 7 untuk lainnya.
- Status Perkawinan : Beri tanda silang/centang pada angka 1 bila kawin, angka 2 bila pasien belum/tidak kawin, angka 3 bila pasien janda, dan angka 4 bila pasien duda.
- Pernah dirawat di RS.Siti Khodijah: Beri tanda silang/centang padaa angka 1 bila pasien Belum pernah dan angka 2 bila pasien Sudah pernah dirawat serta tulis tahun dirawatnya.
- Sumber pasien kiriman dari : Beri tanda silang/centang pada salah satu kolom sumber kiriman pasien,seperti URJ,IGD, DokterRS.SK,RumahSakit,Puskesmas Lainnya(tulis jika termasuk lainnya)
- Dokter yang memeriksa di IGD/Poliklinik: Tulis nama Dokter yang memeriksa pasien  
Dokter yang dipilih/merawat : Tulis nama Dokter yang dipilih pasien/yang akan merawat pasien.

e. Penanggungjawab

- Nama : Tulis nama yang menanggung segala biaya perawatan selama di Rumah Sakit
- Alamat: Tulis alamat penanggung jawab Pembayaran.
- Telp : Tulis nomor telpon penanggung jawab.
- Kode Pos : tulis Kode pos
- No. KTP/SIM/PASPORT : Tulis nomor KTP atau nomor SIM atau nomor PASPOR milik penanggung jawab.
- Nama dan alamat Keluarga terdekat : Tulis nama dan alamat keluarga terdekat pasien.

Dengan ini menyatakan bahwa saya setuju untuk dilakukan rawat inap di RS. Siti Khodijah :

- Ruang : Tulis ruang perawatan yang akan ditempati Pasien.
- Kamar No : Tulis nomor kamar yang akan ditempati Pasien.
- Kelas : Tulis kelas berapa yang akan ditempati Pasien.
- Terhadap : diri saya sendiri/anak/istri/suami/ : (lingkari sesuai status pasien terhadap penanggung jawab)**saya tersebut diatas.**
- Ruang/kelas yang dikehendaki/menjadi hak pasien: Beri tanda silang/centang pada angka 1 bila Sudah sesuai diatas dan angka 2 bila Ruang/kelas :(Tulis sesuai kelas yang dikehendaki/sesuai haknya)

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

- Penanggung Jawab Pembayaran : Beri tanda silang/centang jenis Pembayaran yang sesuai ( Pribadi/Kantor/perusahaan (Tulis nama kantor atau Perusahaannya) /Asuransi/BPJS/ Jamkesda). Untuk BPJS non PBI cantumkan golongan kepegawaiannya atauhak kelas perawatannya.
- Dokter Yang Dipilih(DPJP) : Tulis nama dokter yang dipilih sesuai keinginan pasien.  
Pernyataan Persetujuan Peraturan Rumah Sakit dan Hak serta Kewajiban Pasien:  
Beri tanda silang/centang jika pasien/keluarga pasien sudah membaca, mengerti dan menyetujui tentang hak dan kewajiban pasien serta peraturan rawat inap di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.
- Keterangan Lain : Tulis keterangan lain yang perlu dicantumkan seperti permintaan kelas/hak jatah kelas pasien.  
Pekalongan : Tulis tanggal,bulan,tahun dan jam pasien masuk
- Petugas Pendaftaran : Tulis nama dan tanda tangan petugas yang mendaftarkan pasien.
- Yang menyatakan : Tulis nama dan tanda tangan pasien/keluarga pasien sebagai penanggung jawab.

#### **6. Formulir Permintaan DPJP ( RM 1.F )**

- Nama : Tulis nama pasien lengkap dengan nama yang tercantum dalam KTP, sesuai dengan ketentuan prosedur penamaan.
- Umur : tulis umur sesuai KTP
- Tempat Tanggal Lahir : Tulis tempat tanggal, bulan, tahun
- Telepon/HP : tulis no telp pasien
- Nama : tulis nama lengkap penanggung jawab pasien
- Umur : tulis umur sesuai KTP
- Nama : tulis nama dokter penanggungjawab pelayanan
- Spesialis : tuliss pesialisasinya

#### **7. Formulir Rencana Pemulangan Pasien / Discharge Planning ( RM 1.G )**

- Tanggal Masuk : Tulis tanggal masuk RS
- Tanggal Keluar : Tulis tanggal keluar RS
- Dokter yang merawat : Tulis nama DPJP
- Kondisi waktu pulang : Tulis keadaan pasien saat pulang
- Diagnosa Medis : Tulis diagnosa medis akhir

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

- f. TD : Tulis tensi darah terakhir
- g. Nadi : Tulis hasil pemeriksaan nadi terakhir
- h. Respirasi : Tulis hasil penghitungan nafas terakhir
- i. Suhu : Tulis hasil pemeriksaan suhu terakhir
- j. Skala Nyeri : Tulis skala nyeri bila pasien masih mengeluh nyeri
- k. Pasien pulang ke : Centang salah satu pilihan
- l. Jadwal kontrol :
  - Hari dan tanggal : Tulis hari dan tanggal kontrol
  - Dokter : Tulis nama DPJP
  - Waktu : Tulis jam kontrol
  - Tempat : Tulis Poliklinik tujuan
- m. Pendamping saat pulang : Tulis siapa pendamping saat pulang
- n. Transportasi yang di gunakan : Tulis transportasi yang digunakan saat pulang
- o. Pendidikan kesehatan yang diberikan :
  - 1. Diet : centang salah satu jawaban atau tulis bila ada yang tidak tercantum di pilihan
  - 2. Aktifitas : centang salah satu jawaban
  - 3. Perawatan lanjutan di rumah : centang salah satu jawaban
  - 4. Pencegahan terhadap kekambuhan : centang salah satu jawaban atau tulis bila ada yang tidak tercantum di pilihan
  - 5. Hasil pemeriksaan dan surat yang dibawa : centang salah satu jawaban atau tulis bila ada yang tercantum di pilihan
  - 6. Pemeriksaan penunjang medis lanjutan sebelum kontrol : Tulis jenis pemeriksaannya bila ada
  - 7. Penggunaan Obat : Centang salah satu jawaban
    - Nama Obat, bentuk : Tulis nama obat dan bentuk sediaan ( tablet, kapsul, sirup, puyer dll)
    - Indikasi : Tulis kegunaan obat
    - Dosis : Tulis dosis pemberian obat
    - Cara Penggunaan : Tulis cara penggunaan obat ( per oral, semprot, supositoria, injeksi )
    - Waktu penggunaan : Tulis waktu pemberian
- p. Tanggal : Tulis tanggal bulan tahun dan jam pengambilan obat
- q. Tulis Nama terang dan Tanda Tangan Perawat atau bidan yang menyerahkan obat pulang
- r. Tulis Nama terang dan tanda tangan pasien atau keluarga penerima obat



**8. Formulir Persetujuan Umum / General Consent ( RM 2.a.1 – RM 2.A.2 )**

NO		Tempel Sticker pada kolom kanan atas sesuai identitas pasien		
		Pengisian oleh pasien/keluarga pasien		
		Yang bertanda tangan di bawah ini		
		• Nama	:	Tulis nama sesuai KTP
		• Tanggal lahir	:	Tulis tanggal lahir sesuai KTP
		• Alamat	:	Tulis alamat terakhir dimana tinggal yang bisa dihubungi
		• NO. HP	:	Tulis nomor telpon/HP yang bisa dihubungi
I		PERSETUJUAN UNTUK PERAWATAN DAN PENGOBATAN	:	Bacakan/minta pasien/keluarga untuk membaca poin a sampai dengan poin c Jelaskan maksud dari poin poin tersebut.
	a	Persetujuan untuk melakukan prosedur diagnostik dan memberikan pengobatan medis , jelaskan batasan batasannya		
	b	Tidak ada jaminan atas hasil terhadap perawatan prosedur atau pemeriksaan apapun yang dilakukan		
	c	1. Pasien/keluarga punya hak untuk menanyakan pengobatan dan identitas praktisi yang memberikan		
		2. Hak untuk persetujuan, atau menolak untuk setiap prosedur baik persetujuan lisan maupun		

		persetujuan tertulis.		
		3. Informasi tentang staf medis sebagai staf tamu mempunyai hak untuk menggunakan fasilitas untuk perawatan dan pengobatan pasien.		
II		PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI MEDIS	:	Bacakan /minta pasien/keluarga untuk membaca poin a sampai c dan jelaskan maksud dari poin poin tersebut
	a	Informasi medis pasien meliputi diagnosa, hasil laboratorium dan hasil tes diagnostik lainnya		
	b	RS mempunyai kewenangan untuk memberikan informasi medis pasien kepada pihak asuransi/BPJS/Perusahaan atau lembaga lain yang bertanggung jawab atas biaya pelayanan pasien.		
	c	Kepada siapa informasi medis pasien boleh diberikan kepada Keluarga/kerabat dan lainnya	:	Tuliskan(BILA PASIEN BUTA HURUF)/Minta pasien untuk menulis nama dan hubungan dengan pasien.
		Tanggal.....tahun....pukul	:	Setelah pasien jelas tulis tanggal, bulan, tahun dan jam
		Tanda tangan saksi	:	Tulis nama lengkap petugas pendaftaran dan tanda tangan
		Tanda tangan pasien	:	Tulis nama lengkap pasien dan tanda tangan atau wali jika pasien berusia < 21 tahun.
III		BARANG BARANG MILIK PASIEN	:	Bacakan/minta pasien/keluarga untuk membaca poin a sampai dengan poin b  Jelaskan maksud dari poin poin tersebut.
	a	Rumah Sakit tidak bertanggung		

		Jawab terhadap barang milik pasien atas semua kehilangan yang terjadi informasikan bila diperlukan dapat menitipkan barang berharga yang dibawa.		
	b	Jelaskan prosedur menitipkan barang berharga bila pasien menghendakinya		
IV		HAK DAN TANGGUNG JAWAB PASIEN	:	Bacakan/minta pasien/keluarga untuk membaca poin a sampai dengan poin C  Jelaskan maksud dari poin poin tersebut.
	a	Hak pasien/keluarga untuk terlibat dalam keputusan mengenai perawatan medis dan rencana pengobatan	:	Jelaskan pasien/keluarga untuk meminta penjelasan dari dokter tentang perawatan medis dan rencana pengobatan
	b	Informasi tentang hak dan kewajiban pasien	:	Informasikan hak dan kewajiban pasien dengan menunjukkan leaflet dan banner dan pasien /keluarga boleh meminta informasi hak dan kewajiban pasien ke petugas di ruangan bila membutuhkan.
	c	Informasi tentang fasilitas kamar yang dipilih	:	Informasikan fasilitas yang ada sesuai kamar yang dipilih.
V		KEINGINAN PRIVASI	:	Bacakan/minta pasien/keluarga untuk membaca poin a sampai dengan poin C  Jelaskan maksud dari poin poin tersebut.
	a	Izi dari pasien/keluarga memberi akses bagi keluarga dan handai taulan yang akan menengok	:	Coret salah satu sesuai keinginan pasien dan tuliskan nama bila ada permintaan khusus (tidak memberi akses
	b	Keinginan pasien bila ada privasi khusus	:	Minta pasien untuk menyebutkan privasi khusus bila ada permintaan privasi khusus

				lainnya
VI		INFORMASI RAWAT INAP	:	Bacakan/minta pasien/keluarga untuk membaca poin a sampai dengan poin b  Jelaskan maksud dari poin poin tersebut.
	a	Peraturan jam kunjungan	:	Informasikan tentang tata tertib termasuk jam kunjungan
	b	Tentang Kartu tunggu	:	Minta anggota keluarga yang menunggu untuk selalu membawa kartu tunggu bila keluar/masuk RS dan menyerahkan kartu tunggu ke petugas bila akan pulang.
VII		INFORMASI BIAYA	:	Informasikan ke pasien/keluarga pasien /penanggung jawab biaya pasien tentang biaya pengobatan atau biaya tindakan medis yang akan/sudah dilakukan diberikan oleh petugas keuangan dan pasien/keluarga pasien/penanggung jawab biaya pasien dapat meminta informasi ke petugas keuangan
VIII		TANDA TANGAN	:	Verifikasi ke pasien /keluarga sebelum tanda tangan apakah sudah memahami item persetujuan umum dan Tunjukkan dimana keluarga harus tanda tangan dan nama terang
		Tanggal.....tahun....pukul	:	Setelah pasien jelas tulis tanggal, bulan, tahun dan jam
		• Tanda tangan saksi	:	Tulis nama lengkap petugas pendaftaran dan tanda tangan
		• Tanda tangan pasien	:	Tulis nama lengkap pasien atau wali jika pasien berusia < 21 dan tanda tangan .

Formulir Persetujuan Umum diisi oleh keluarga / penanggung jawab pasien setelah membaca / dibacakan oleh petugas pendaftaran (TPPRI) . Setelah pembacaan

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

selesai, keluarga / penanggung jawab pasien dan pemberi informasi membubuhkan tanda tangan dan nama terang serta tanggal pengisian.

## **9. Formulir Asesmen Awal Pasien Rawat Jalan ( RM 3.A.1 – RM 2.A.2 )**

### **I. Data Pasien**

- a. Tanggal kunjungan : tulis tanggal pasien periksa di poliklinik
- b. Waktu kunjungan : tulis jam pasien periksa di poliklinik
- c. Usia saat kunjungan : tulis usia pasien ketika periksa, berapa tahun, berapa bulan dan berapa hari
- d. Klinik yang dituju : centang sesuai dengan klinik yang dituju oleh pasien

### **II. Asesmen keperawatan**

#### **a. Pengukuran tanda vital**

- Tekanan darah : tulis hasil pemeriksaan tekanan darah dalam mmHg
- Tekanan nadi : tulis hasil pemeriksaan tekanan nadi dalam satu menit
- Frekwensi nafas : tulis hasil pemeriksaan jumlah rata rata pernafasan dalam satu menit
- Suhu : tulis hasil pemeriksaan suhu dalam satu menit
- Keluhan nyeri : centang tidak atau ya, bila ya, tulis skala nyeri

#### **b. Skrining nutrisi**

- BB : Tulis berat badan pasien dalam Kg
- Tb : Tulis tinggi badan pasien dalam Cm
- Lingkar kepala : tulis hasil pemeriksaan lingkar kepala dalam Cm khusus untuk pasien pediatri
- indek massa tubuh  $< 20,5$ : centang ya atau tidak
- kehilangan BB yang tidak direncanakan dalam 3 bulan terakhir : centang ya atau tidak
- penurunan asupan makan dalam 1 minggu terakhir : centang ya atau tidak
- apakah pasien mengalami sakit berat : centang ya atau tidak

c. Skrining fungsional dan psikologi

- Menggunakan alat bantu : centang mandiri atau dibantu atau total bergantung
- Cacat fisik : tulis cacat yang diderita oleh pasien
- Menggunakan protesa : tulis alat bantu yang diperlukan oleh pasien
- Kondisi psikologis : centang pasien tenang atau cemas atau agitasi

d. Asesmen nyeri

- Keluhan nyeri : centang tidak atau ya, bila ya tuliskan skala nyeri
- Tabel FLACC < 6 Tahun : tulis hasil pengkajian pada kolom nilai dan dijumlah
- Wong baker dan NRS > 6 Tahun : - skala nyeri : tulis hasil pengkajian skala nyeri
- Frekwensi nyeri : centang jarang atau hilang atau timbul
- Lama nyeri : tulis lama nyeri timbul
- Menjalar : centang tidak atau ya, bila ya, tulis menuju kemana nyeri menjalar
- Kualitas nyeri : centang nyeri tumpul, nyeri tajam dan panas terbakar
- Faktor pemicu : tulis aktivitas atau kegiatan yang bisa memperberat nyeri timbul
- Faktor yang mengurangi : centang minum obat atau istirahat atau mendengarkan musik atau ubah posisi tidur dan lain lain

e. Asesmen risiko jatuh pasien rawat jalan

- Tanggal : tulis tanggal pengkajian risiko jatuh
- Pertanyaan : centang ya atau tidak dan tulis nama perawat atau bidan yang melakukan pengkajian
- Pekalongan : tulis tanggal dan jam pengkajian dan beri tanda tangan perawat atau bidan disertai nama terang

**10. Formulir Assesment Awal Medis Pasien Rawat Jalan Untuk Rawat Inap ( RM 3.B.1 – RM 3.B.2 )**

Formulir Asesmen Awal Medis diisi oleh DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan) maksimal 24 jam setelah pasien dirawat inap. Tujuan pokok data anamnesa dan pemeriksaan fisik adalah untuk memberikan bahan pelengkap bagi dokter untuk menetapkan diagnosis yang menjadi dasar tindakan pertolongan dan perawatan/pengobatan terhadap pasien.

- a. Keluhan utama : tulis apa yang dirasakan oleh pasien ( satu keluhan prioritas )

- b. Riwayat penyakit sekarang : tulis riwayat penyakit yang sekarang diderita oleh pasien, merupakan alasan pasien untuk perawatan di rumah sakit
- c. Riwayat penyakit dahulu : tulis riwayat penyakit yang pernah diderita oleh pasien ( catat kapan penyakit itu diderita, bagaimana diobati, siapa yang mengobati, bagaimana keadaan penyakit itu sekarang)
- d. Riwayat penyakit keluarga : tulis riwayat penyakit keturunan yang terdapat dalam keluarga pasien ( sedarah ) atau penyakit menular pada orang – orang yang dekat dengan pasien
- e. Riwayat pemberian obat / alergi : tulis riwayat obat yang sedang dikonsumsi pasien atau beberapa bulan terakhir dan riwayat alergi seperti makanan, minuman, cuaca dll
- f. Pemeriksaan fisik : TD adalah tulis tekanan darah pasien dalam mmHg  
H adalah tulis heart rate / nadi dalam satuan x/menit
- g. Keadaan umum : lingkari sesuai dengan keadaan yang dialami pasien ( baik atau sedang atau buruk )
- h. Kesadaran : lingkari sesuai dengan hasil pengkajian GCS ( Glasgow Coma Skale )
- i. GCS : isi hasil pengkajian eye (E) 1-4, verbal (V) 1-5, motorik (M) 1-6
- j. Status lokalis : tulis lokalis ( temuan yang signifikan )
  - Kepala : Mesocephal, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan
  - Leher : Tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
  - Thorax : simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada retraksi dinding dada
  - Abdomen : simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar/lien.
  - Columna vertebralis : masif, panjang, ramping, pendek, kokoh
  - Extremitas : simetris, tampak kemerahan, kapillary refill kurang dari 2 detik
  - Rectal toucher : tonus spingter ani, mucosa rectum, terdapat massa, nyeri tekan, darah lendir, feses
  - Vaginal toucher : vulva vagina tenang, tidak ada massa, portio lunak, pembukaan berapa cm, Kulit Ketuban, Ubun Ubun Kecil, kepala turun di hodge berapa
  - Genetalia external : ada farices, bersih atau tidak, hematoma atau tidak
  - Gambar status lokalis : tulis dan beri tanda pada gambar sesuai dengan kondisi pasien
  - Lain – lain : tulis keterangan tentang pasien tentang gambar status lokalis

- k. Hasil pemeriksaan penunjang : tulis hasil pemeriksaan penunjang yang berkaitan dengan diagnosa penyakit pasien
- l. Diagnosa kerja : tulis diagnosa dari hasil pengkajian
- m. Diagnosa banding : tulis diagnosa banding yang muncul
- n. Rencana : tulis rencana intervensi yang akan diberikan kepada pasien
- o. Pekalongan : tulis tanggal, bulan, tahun, jam pemeriksaan, tanda tangan dan nama terang DPJP.

#### **11. Formulir Assesmen Resiko Jatuh Pasien Rawat Jalan ( RM 3.C )**

- a. Tanggal : tulis tanggal pengkajian risiko jatuh
- b. Pertanyaan : centang ya atau tidak dan tulis nama perawat atau bidan yang melakukan pengkajian
- c. Pekalongan : tulis tanggal dan jam pengkajian dan beri tanda tangan perawat atau bidan disertai nama terang

#### **12. Formulir Resume Rawat Jalan ( RM 3.D )**

- a. Alergi : Tulis riwayat alergi pasien ( obat, makanan, minuman dll)
  - b. Rawat Inap – Operasi : Tulis riwayat opname dan operasi pasien ( kapan opname dan diagnosa, kapan operasi dan jenis operasi )
  - c. Tanggal : tulis tanggal ketika pasien periksa di poliklinik dan jam
  - d. Nama dokter / poliklinik : tulis nama DPJP yang meriksa pasien atau poliklinik yang dituju pasien
  - e. Diagnosis : tulis diagnosis penyakit pasien
  - f. Terapi : tulis obat yang diberikan oleh DPJP kepada pasien
- Keterangan : diisi tanda tangan DPJP atau planing yang akan diberikan kepada pasien

#### **13. Formulir Assesmen awal Gawat Darurat ( RM 3.E.1 – RM 3.E.2 )**

- a. Kotak kosong pojok kanan : Tempel stiker pasien
- b. Triase
  - Nama petugas : Tulis nama petugas yang melakukan triase
  - Jam triase : Tulis jam waktu dilakukan triase
- c. Kategori : Beri tanda centang , bila kasus gawat darurat, gawat tidak darurat, tidak gawat dan tidak darurat dan pasien datang meninggal ( DOA)
- d. Pemeriksaan
  - Airway : Tulis ada gangguan apa tidak di Airway



- Breathing : Tulis ada gangguan apa tidak di Breathing
  - Circulation : Tulis ada gangguan apa tidak di Circulation
  - Disability : Tulis ada gangguan apa tidak di Disability
  - Tindakan Awal : Tulis tindakan awal apa yang dilakukan oleh dokter atau perawat (alloanamnesa, pemeriksaan fisik)
- e. Riwayat Alergi : Tulis alergi apa? Bila tidak ada alergi beri tanda -/ tulis tidak ada alergi
- f. Survei sekunder
- g. Jenis kasus : Beri tanda centrang bila kasus Trauma ,atau Non trauma
- h. Jam mulai periksa dokter : Tulis jam mulai diperiksa dokter.
- i. Trauma :   Tgl masuk               : Tulis tanggal masuk rumah sakit  
                   RM                       : Tulis nomor rekam medis pasien  
                   Pengantar            : Tulis pengantar pasien masuk RS  
                   Penyebab             : Tulis penyebab kecelakaan  
                   Tgl Kejadian        : Tulis tanggal kejadian  
                   Tiba di RS K Pukul : Tulis jam pasien masuk RS  
                   Rujukan               : Tulis yang merujuk pasien ke RSSK  
                   Tempat Kejadian : Tulis tempat kejadian kecelakaan
- j. Non Trauma : Beri tanda contreng bila kasus Bedah,Dalam,                Anak, Obsgin, Saraf, Paru, dan Lainnya
- k. Anamnesa
- l. Keluhan utama : Tulis keluhan utama pasien
- m. RPS : Tulis riwayat penyakit sekarang
- n. RPD: Tulis riwayat penyakit dahulu
- o. Riwayat penggunaan obat : Tulis riwayat penggunaan obat
- p. Pemeriksaan fisik
- KU : Tulis keadaan umum pasien
  - GCS   E : Tulis respon bukan mata pasien  
               V : Tulis respn verbal pasien  
               M : Tulis respon motoric pasien
  - Tensi : Tulis tekanan darah pasien
  - Nadi : Tulis nadi pasien
  - Suhu : Tulis suhu pasien
  - Respirasi : Tulis respirasi pasien

- Keluhan nyeri : Beri tanda centrang, ya atau tidak , bila ya lanjutkan assesmen nyeri
  - Skala nyeri : Beri tanda lingkaran di 0 s/d 10 bila ada keluhan nyeri
  - Status psikologi : Beri tanda centrang bila pasien tenang,cemas,takut,sedih,agitasi,dan kecenderungan bunuh diri
  - Resiko Jatuh : Beri tanda centrang bila ya atau tidak
  - Fungsional : Beri tanda centrang bila mandiri, dibantu,atau ketergantungan total
  - Head To Toe : Tulis apa ada kelainan/gangguan dari kepala sampai kaki
- q. Diagnosa Kerja : Tulis diagnosa pasien
- r. Rencana pemeriksaan
- Laboratorium : Tulis jenis pemeriksaan laboratorium yang diperlukamn
  - Radiologi : Tulis jenis pemeriksaan radiologi yang diperlukan
  - Lainnya : Tulis jenis pemeriksaa lainnya yang diperlukan misalnya CT Scan dll.
- s. Rencana terapi dan tindakan
- Infus : Tulis infus yang diberikan
  - Obat/ Tindakan : Tulis obat/tindakan yang diberikan kepada pasien
  - Jam : Tulis jam berapa obat/tindakan diberikan
  - Nama pelaksana : Tulis nama pelaksana pemberi obat / tindakan
- t. Rencana tindak lanjut
- Kebutuhan Pelayanan : Beri tanda centrang bila preventif, paliatif , kuratif, dan rehabilitative
  - Konsul ( Nama Dokter Spesialis ): Tulis nama dokter Spesialis yang merawat (DPJP)
  - Dipulangkan untuk kontrol berobat di klinik : Tulis boleh pulang atau kontrol ke poliklinik
  - Di Rawat : Beri tanda centrang bila ICU, OK, VK, R Isolasi,
  - Ruang : Tulis nama ruang perawatan yang dituju
  - Keadaan Pulang : Beri tanda centrang bila, perbaikan, Menolak Rawat Inap, Di Kirim/ Rujuk ke Rumah Sakit lain
  - Alasan dirujuk : Beri tanda centrang bila tempat penuh, permintaan pasien, untuk otopsi, atau Lainnya : Tulis alasan lainnya pasien dirujuk.
  - Meninggal dunia : Tulis hari , tanggal, jam, pasien meninggal dunia.
  - Selesai pelayanan IGD : Tulis jam berapa selesai pelayanan IGD
  - Keluar IGD : Tulis jam pasien keluar IGD
  - Pekalongan : Tulis tanggal,bulan tahun dan jam selasai pelayanan IGD

- Dokter IGD : Tulis nama dan tanda tangan dokter pemberi pelayanan.

#### **14. Formulir Assesmen Awal Keperawatan ( RM 3.F.1 – RM 3.F.6 )**

- Masuk di ruang rawat tanggal : tulis tanggal, bulan, tahun dan jam pemeriksaan pada pasien
- Sumber data : centang sesuai dengan sumber data pengkajian ( pasien sendiri, keluarga atau orang lain disertai nama dan status hubungan dengan pasien)
- Perlu interpreter bahasa : Centang tidak atau ya, kalau ya, tulis bahasa yang akan diminta oleh pasien untuk penerjemah bahasa yang berkaitan. Kalau tidak, tidak ditulis bahasa yang dibutuhkan.
- Asal masuk : centang dari mana pasien masuk, IGD atau Instalasi Rawat Jalan
- Masuk ke RS : centang pasien datang ke rumah sakit dengan siapa, datang sendiri, diantar keluarga atau rujukan dari rumah sakit lain atau puskesmas dll

##### Riwayat Kesehatan

- Alasan masuk RS : Tulis kronologis dari penyakit yang diderita pasien saat ini mulai wal hingga dibawa ke rumah sakit
- Diagnosa medis waktu masuk: tulis diagnosa penyakit dari hasil pengkajian dokter yang telah memeriksa pasien
- Riwayat kesehatan yang lalu : tanyakan dan tulis riwayat penyakit yang pernah dialami pasien beberapa waktu sebelumnya
- Riwayat penyakit keluarga : tanyakan dan tulis pada pasien atau keluargamengenai penyakit yang pernah diderita anggota keluarga
- Obat yang dikonsumsi : tanyakan dan centang tidak ada atau ada, kalau ada jenis obat ditulis di formulir 5a dan 5b
- Riwayat alergi : tanyakan dan centang tidak atau ya, kalau ya centang jenis atau nama obat dan jenis makanan. Tulis reaksi dari alergi tersebut
- Riwayat tranfusi darah : tanyakan dan centang tidak atau ya, kalau ya, centang alergi tidak atau ya, kalau ya, tulis reaksi alergi dari tranfusi darah
- Riwayat merokok : tanyakan dan centang tidak atau ya, kalau ya, tulis jumlah berapa batang perhari dan sudah berapa tahun mulai merokok
- Riwayat minuman keras : tanyakan dan centang tidak atau ya, kalau ya tulis jenis minuman dan jumlah botol perhari
- Riwayat pergi ke luar negeri : tanyakan dan centang tidak atau ya, kalau ya, tulis negara mana dan tahun berapa

## I. DATA KEADAAN UMUM

- a. Kesadaran : centang sesuai hasil pengkajian GCS ( composmentis, apatis, somnolen, sopor, coma )
- b. GCS : E (eye) = 4 : spontan, 3 : dengan rangsang suara, 2 : dengan rangsang nyeri, 1 : tidak ada respon, V (Verbal) = 5 : spontan berbicara, 4 : menangis lemah, 3 : menangis dengan rangsangan nyeri, 2 : merintih dengan rangsangan nyeri, 1 : tidak ada respon, M (motorik) = 6 : spontan, 5 : menarik karena sentuhan, 4 : menarik dengan rangsang nyeri, 3 : fleksi abnormal, 2 : ekstensi abnormal, 1 : tidak ada respon
- c. Suhu : tulis hasil pemeriksaan suhu permenit
- d. Nadi : tulis hasil pemeriksaan nadi permenit dan centang teratur atau tidak teratur
- e. Nafas : tulis hasil pemeriksaan nafas permenit dan centang teratur atau tidak teratur
- f. Tekanan darah : tulis hasil pemeriksaan darah dalam mmHg
- g. BB : tulis hasil timbangan berat badan
- h. TB : tulis hasil pengukuran berat badan

## II. PEMERIKSAAN FISIK

- a. Kepala : centang tidak ada kelainan atau ada, bila ada tulis kelainan tersebut
- b. Wajah : centang tidak ada kelainan atau ada, bila ada tulis kelainan bawaan
- c. Mata : centang tidak ada kelainan atau ada, bila ada tulis kelainan tersebut
- d. Telinga : centang tidak ada kelainan atau ada, bila ada tulis kelainan tersebut
- e. Hidung : centang tidak ada kelainan atau ada, bila ada tulis kelainan tersebut, bila pasien menggunakan NGT, tulis tanggal pemasangannya dan nomer NGT, bila pasien menggunakan oksigen, tulis berapa liter permenit dan tulis menggunakan selang apa
- f. Mulut : centang tidak ada kelainan, atau bibir pucat atau tulis temuan yang terdapat pada mulut
- g. Leher: centang tidak ada kelainan, atau kaku kuduk atau tulis temuan yang terdapat pada leher
- h. Dada : Centang tidak ada kelaianan, atau tulis temuan yang terdapat pada dada
- i. Perut : Centang tidak ada kelaianan, atau tulis temuan yang terdapat pada perut
- j. Anggota gerak : centang tidak ada kelainan, atau cacat bawaan, atau fraktur, atau kelemahan gerak, atau tulis temuan yang terdapat pada anggota gerak.
- k. Kulit : Centang tidak ada kelaianan, atau tulis temuan yang terdapat pada kulit

### III. ASESMEN RISIKO DEKUBITUS (DENGAN SKALA NORTON)

Didapat dengan cara menjumlahkan seluruh skor pada parameter yang ada,

Pada Parameter kondisi fisik :

- Beri skor 4 jika pasien pada keadaan baik, tidak mengalami cacat atau kelemahan fisik
- Beri skor 3 jika kondisi fisik pasien cukup
- Beri skor 2 jika kondisi fisik pasien buruk
- Beri skor 1 jika kondisi fisik pasien buruk
- Pada Parameter Kondisi mental
- Beri skor 4 jika pasien pada keadaan Compos mentis
- Beri skor 3 jika pasien pada keadaan Apatis
- Beri skor 2 jika pasien pada keadaan Gelisah, disorientasi, sopor
- Beri skor 1 jika pasien pada keadaan Koma
- Pada Parameter Mobilitas
- Beri skor 4 jika pasien Bisa bergerak bebas
- Beri skor 3 jika pasien ada keterbatasan gerak tetapi tidak memerlukan bantuan
- Beri skor 2 jika pasien bergerak sangat terbatas dan memerlukan bantuan minimal
- Beri skor 1 jika pasien mengalami Imobilitas (bantuan penuh)
- Pada Parameter Inkontinentia
- Beri skor 4 jika pasien bisa BAB dan BAK Normal
- Beri skor 3 jika pasien Kadang kesulitan BAB dan BAK
- Beri skor 2 jika pasien mengalami inkontinentia berkemih
- Beri skor 1 jika pasien mengalami inkontinentia BAB

Seluruh skor pada masing-masing parameter dijumlahkan, jika total skor :

- 5-10 : Risiko Tinggi
- 11-15 : sedang
- 16-20 : rendah

Jika total skor kurang dari 15 lakukan tindakan pencegahan dekubitus dan jika sudah ada luka maka lakukan pengkajian dengan form pengkajian luka)

#### a. Status Fungsional

- Nutrisi : tanyakan dan centang sesuai dengan keluhan pasien

- Eliminasi dan pelepasan : BAK, frekuensi tulis berapa kali perhari, jumlah volume dan warna air kencing, bila tidak ada keluhan di BAK, centang pada kolom tidak ada keluhan  
BAB, frekuensi tulis berapa kali perhari, jumlah konsistensi dan warna BAB, bila tidak ada keluhan di BAB, centang pada kolom tidak ada keluhan
- Aktifitas dan istirahat  
Tidur atau istirahat : centang pada kolom tidak ada keluhan atau isi dengan keluhan pasien  
Aktifitas : centang sesuai dengan kemampuan latihan dan perawatan diri pasien (mandiri, perlu pengawasan, bantuan sebagian, bantuan total)  
Alat bantu : centang tidak atau ya dan tuliskan alat bantu yang dibutuhkan pasien
- b. Masalah : Centang sesuai dengan hasil pengkajian keperawatan
- c. Kenyamanan/Nyeri : Berilah penilaian sesuai dengan tingkat nyeri dengan melihat ekspresi wajah sesuai dengan form yang disediakan.
- d. Resiko jatuh : Berilah penilaian sesuai dengan skor yang tercantum di formulir rekam medis.
- e. Mobilitas dan Aktifitas : Berilah tanda centang (v) pada kolom “YA” jika memerlukan bantuan dan berilah tanda centang pada kolom “tidak” jika tidak memerlukan bantuan.
- f. Kebutuhan Komunikasi, Informasi dan Edukasi  
  
Nama yang di Edukasi : tulis nama pasien / keluarga pasien. Hubungan dengan pasien : status hubungan dalam keluarga
- 1. Agama : berilah tanda centang (v) sesuai dengan agama pasien
- 2. Suku : berilah tanda centang (v) sesuai dengan suku pasien
- 3. Pekerjaan : berilah tanda centang (v) sesuai dengan pekerjaan pasien
- 4. Tingkat Pendidikan : berilah tanda centang (v) sesuai dengan tingkat pendidikan pasien
- 5. Komunikasi : berilah tanda centang (v) sesuai dengan bahasa / isyarat pasien
- 6. Keadaan Emosi : berilah tanda centang (v) sesuai dengan tingkat emosi pasien
- 7. Ekspresi Emosi : berilah tanda centang (v) sesuai dengan ekspresi pasien
- 8. Kontak Mata : - berilah tanda centang (v) pada kolom “YA” jika pasien melakukan kontak mata  
- berilah tanda centang (v) pada kolom “TIDAK” jika pasien tidak melakukan kontak mata

9. Bahasa sehari-hari : berilah tanda centang (v) sesuai dengan bahasa sehari-hari yang digunakan pasien
10. Perlu Penerjemah : - berilah tanda centang (v) pada kolom “YA” jika pasien membutuhkan penerjemah sesuai dengan bahasa yang digunakan.  
- berilah tanda centang (v) pada kolom “TIDAK” jika pasien tidak membutuhkan penerjemah.
11. Kendala Fisik : berilah tanda centang (v) sesuai dengan kendala fisik pasien
12. Kebiasaan Merokok : - berilah tanda centang (v) pada kolom “YA” jika pasien mempunyai kebiasaan merokok dan tuliskan jumlah rokok per hari.  
- berilah tanda centang (v) pada kolom “TIDAK” jika pasien tidak merokok.
13. Kesiediaan Keluarga menerima Informasi:
  - berilah tanda centang (v) pada kolom “BERSEDIA” jika keluarga bersedia menerima informasi.
  - berilah tanda centang (v) pada kolom “TIDAK BERSEDIA” jika keluarga tidak bersedia menerima informasi.

g. Psikososial dan ekonomi

- Keadaan psikologis : berilah tanda centang (v) sesuai dengan keadaan psikologis pasien
- Tingkat Pendidikan : berilah tanda centang (v) sesuai dengan tingkat pendidikan pasien
- Pekerjaan : berilah tanda centang (v) sesuai dengan pekerjaan pasien
- Tinggal Bersama : berilah tanda centang (v) sesuai dengan siapa pasien tinggal
- Status Ekonomi : berilah tanda centang (v) sesuai dengan cara bayar pasien

h. Spiritual

1. Menjalankan ibadah :
  - berilah tanda centang (v) pada kolom “YA” jika pasien mempunyai hambatan dalam menjalankan ibadah
  - berilah tanda centang (v) pada kolom “TIDAK” jika pasien tidak mempunyai hambatan dalam menjalankan ibadah.
2. Persepsi terhadap Sakit : berilah tanda centang (v) sesuai dengan persepsi terhadap penyakitnya

3. Meminta Pelayanan Spiritual :

- berilah tanda centang (v) pada kolom “YA” jika pasien meminta pelayanan spiritual
- berilah tanda centang (v) pada kolom “TIDAK” jika pasien tidak meminta pelayanan spiritual

i. Discharge planning (rencana pemulangan)

1. Setelah pulang pasien akan tinggal dengan siapa ?

berilah tanda centang (v) sesuai dengan siapa pasien itu tinggal

2. Posisi kamar pasien dirumah

berilah tanda centang (v) sesuai dengan posisi kamar pasien dirumah

3. Kondisi rumah yang akan ditinggali

berilah tanda centang (v) sesuai dengan kondisi yang akan ditinggali pasien

4. Pasien perlu alat bantu khusus

- berilah tanda centang (v) pada kolom “YA” jika pasien memerlukan alat bantu khusus
- berilah tanda centang (v) pada kolom “TIDAK” jika pasien tidak memerlukan alat bantu khusus

5. Jenis makanan pasien

berilah tanda centang (v) sesuai dengan jenis makanan pasien

6. Kebutuhan transportasi

berilah tanda centang (v) sesuai dengan transportasi yang dibutuhkan pasien

**15. Formulir Maternitas ( RM 3.G.1 – RM 3.G.2 )**

- DPJP : Nama dokter penanggungjawab pelayanan
- Perawat/Bidan : Petugas medis yang memberikan asuhan
- Cara Masuk : Pasien baru yang datang di RS pada Instalasi Rawat Jalan/IGD/Ponek (dicentang salah satu)
- Tanggal Masuk : Waktu dimana pasien datang untuk periksa
- Tanggal Pengkajian : Waktu dimana pertama kali dilakukan pengkajian oleh Bidan/Dokter jaga

Data Subjektif

1. Keluhan Umum : Keluhan yang pasien rasakan saat ini

2. Riwayat Menstruasi :

a. HPHT : Hari Pertama Haid Terakhir

b. HPL : Hari perkiraan lahir dihitung sesuai HPHT

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*



- c. Kelainan pada saat menstruasi dapat dicentang pada kolom-kolom yang disediakan yaitu dismenorhea, spotting, menometroraghia, metroraghia, PMS
3. Riwayat Perkawinan
4. Status Perkawinan : keterangan yang menyatakan pasien sudah menikah atau belum  
Kawin: diisi berapa kali menikah  
Usia perkawinan : Lama menikah
5. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas  
G:Gravida (jumlah kehamilan)  
P:Para(jumlah melahirkan)  
A:Abortus(Jumlah keguguran)  
Dan disediakan kolom Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu pada table dibawahnya untuk diisi
6. Riwayat Hamil ini  
G (gravida) P (para) A (abortus) diisi sesuai keterangan kehamilan sekarang  
Lama Kehamilan dapat dicentang pada kolom sesuai keluhan pasien saat hamil
7. Riwayat Penyakit/Operasi Sebelumnya  
Dapat dicentang pada pilihan kolom bila pasien memiliki riwayat penyakit
8. Riwayat Ginekologi  
Dapat dicentang pada pilihan kolom bila pasien memiliki riwayat Penyakit Ginekologi (kandungan)
9. Riwayat Keluarga Berencana  
Berisi metode KB yang digunakan pasien selama ini dan berapa lama penggunaannya

#### Data Objektif

1. Pemeriksaan Fisik
- Kesadaran : tingkat kesadaran pasien datang berdasarkan assessment awal
  - Mata : hasil pemeriksaan yang dilakukan saat inspeksi pada mata pasien
  - Dada dan Axyla : hasil pemeriksaan yang dilakukan saat inspeksi dan palpasi pada dada dan axyla pasien
  - Ekstremitas : hasil pemeriksaan yang dilakukan saat inspeksi dan palpasi pada ekstremitas pasien
  - Sistem Kardipulmonal:
2. Pemeriksaan Khusus dan Nifas
- a. Obstetric
- Abdomen

Inspeksi : hasil pemeriksaan yang dilakukan saat inspeksi pada abdomen pasien (membesar, melebar, ada luka operasi, dll)

Palpasi TFU : hasil pemeriksaan yang dilakukan saat palpasi pada perut pasien yaitu ada tidaknya nyeri tekan, pengukuran tinggi fundus uteri dengan metlin

- Auskultasi : hasil pemeriksaan yang dilakukan saat mendengarkan irama jantung pasien beserta banyaknya detakan per menit
- His : hasil pemeriksaan yang dilakukan dengan menghitung jumlah kontraksi pasien

b. Ginekologi

Ano genital

Inspeksi: hasil pemeriksaan yang dilakukan dengan melihat/mengontrol ada tidaknya pengeluaran per vagina (darah, lender, air ketuban)

Vagina Toucher: hasil pemeriksaan yang dilakukan melalui pemeriksaan dalam

c. Nifas

VU: hasil pemeriksaan jumlah urine yang dikeluarkan pasien

Kontraksi uterus: hasil pemeriksaan palpasi pada fundus uteri (keras atau lembek)

Lochea: hasil pemeriksaan warna lochea atau cairan vagina pasien

Luka Jalan Lahir: hasil pemeriksaan tentang baik tidaknya luka jaitan pada vagina

**16. Formulir Asuhan Gizi ( RM 3.H )**

Tanggal : Tulis tanggal, bulan, dan tahun saat dilakukan asuhan

Diagnosa Medis : Tulis diagnosa medis/ diagnosa DPJP

Asesmen Gizi Rawat Inap : Beri tanda centang pada salah satu kategori Dewasa atau anak

: Tulis BB dalam kg, TB dalam cm, dan IMT dalam  $\text{kg/m}^2$ , Lingkar Lengan Atas dalam cm, Tinggi

	Lutut dalam cm (Untuk Dewasa)
	: Tulis umur dalam tahun dan bulan, tulis BB dalam kg, TB dalam cm, LK dalam cm, tulis BB ideal, Hitung %BB dan %BB/U (Untuk Anak)
Biokimia	: Tulis hasil lab biokimia pasien
Klinis/ Fisik	: Tulis tanda klinis dan fisik pasien
Riwayat Gizi	:
Alergi Makanan	: Beri centang pada kolom Ya, bila ada alergi makanan Beri centang pada kolom Tidak, bila tidak ada alergi makanan
Pola Makan	: Tulis Pola makan pasien sebelum masuk rumah sakit
Riwayat Personal	: : Tulis Riwayat penyakit pasien dan riwayat kebiasaan/ perilaku pasien yang berhubungan dengan kesehatan (misal kebiasaan merokok)
Diagnosis Gizi	: Tulis Diagnosis Gizi pasien
Intervensi Gizi	: Tulis Jenis Diet, Kebutuhan Kalori, dan Zat Gizi (Protein, Lemak, Karbohidrat)
Monitoring dan Evaluasi	: Tulis % asupan pasien, tulis bila ada gejala dan tanda klinis
Kolom Tanda Tangan	: Tulis tanggal, bulan, tahun Beri tanda tangan (Ahli Gizi)

### 17. Formulir Skrining Gizi Awal dengan MST / Malnutrition Screening Tools (RM3.I)

- Parameter 1 Penurunan berat badan : Lingkari skor 0, bila tidak ada penurunan berat badan
- : Lingkari skor 2, bila tidak yakin ada penurunan (ada tanda baju menjadi longgar)
- : Lingkari skor 1, bila ada penurunan 1-5 kg
- : Lingkari skor 2, bila ada penurunan 6-10 kg
- : Lingkari skor 3, bila ada penurunan 11-15 kg
- : Lingkari skor 4, bila ada penurunan >15 kg
- : Lingkari skor 2, bila tidak tahu berapa kg penurunannya
- Parameter 2 Penurunan nafsu makan : Lingkari skor 0, bila tidak terjadi penurunan nafsu makan
- : Lingkari skor 1, bila terjadi penurunan nafsu makan
- Total skor : Tulis jumlah skor skrining
- Intervensi Gizi : Tulis Jenis Diet, Kebutuhan Kalori, dan Zat Gizi (Protein, Lemak, Karbohidrat)
- Monitoring dan Evaluasi : Tulis % asupan pasien, tulis bila ada gejala dan tanda klinis
- Kolom Tanda Tangan : Tulis tanggal, bulan, tahun
- : Beri tanda tangan (Ahli Gizi)

### 18. Formulir Assesmen Humpty Dumpty Fall Scale ( RM 3.J )

- Tempelkan stiker identitas pasien di pojok kanan atas formulir.
- Beri tanda ceklis (v) pada salah satu assesmen awal ataupun assesmen ulang.
- Lakukan pengisian assesmen resiko jatuh dengan mencantumkan tanggal assesmen.
- Pengisian humpty dumpty fall scale dengan menggunakan angka sesuai dengan kriteria nilai yang telah tercantum.

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

- e. Jumlahkan semua nilai yang didapatkan dari assesmen humpty dumpty fall scale tersebut dan tulis di kolom total skor.
- f. Cantumkan nama terang dan tanda tangan PPA yang melakukan pengkajian.
- g. Lakukan tindakan keperawatan sesuai dengan resiko jatuh pasien saat pengkajian.
- h. Pengkajian ulang humpty dumpty fall scale dapat dilakukakn bila terjadi perubahan kondisi pasien di kolom sebelahnya dengan format pengisian yang sama.

#### **19. Formulir Assesmen Morse Fall Scale ( RM 3.K )**

- a. Tempelkan stiker identitas pasien di pojok kanan atas formulir.
- b. Lakukan pengisian assesmen resiko jatuh dengan mencantumkan tanggal assesmen.
- c. Pengisian morse fall scale dengan menggunakan angka sesuai dengan kriteria nilai yang telah tercantum.
- d. Jumlahkan semua nilai yang didapatkan dari assesmen morse fall scale tersebut dan tulis di kolom total skor.
- e. Cantumkan nama terang dan tanda tangan PPA yang melakukan assesmen.
- f. Lakukan tindakan keperawatan sesuai dengan resiko jatuh pasien saat assesmen.
- g. Assesmen ulang morse fall scale dapat dilakukakn bila terjadi perubahan kondisi pasien di kolom sebelahnya dengan format pengisian yang sama.

#### **20. Formulir Odontogram ( RM 3.L )**

- a. Odontogram adalah suatu gambar peta mengenai keadaan gigi di dalam mulut yang merupakan bagian yang tak terpisahkan dari Rekam Medis Kedokteran Gigi.
- b. Tujuan Umum : Untuk mengetahui keadaan gigi geligi seseorang
- c. Tujuan Khusus :
  - 1. Memberikan gambaran umum keadaan gigi dan mulutpasien.
  - 2. Merupakan dokumen legal yang dapat melindungi doktergigi maupun pasien.
  - 3. Sebagai resume keadaan gigi dan mulut pasien baik untuk kepentingan pasien maupun rujukan.
  - 4. Sebagai dasar perencanaan perawatan/kebutuhan alat/bahan kedokteran gigi melalui perhitungan DMF/T.
  - 5. Sebagai bahan penelitian.
  - 6. Sebagai sarana identifikasi.

Dalam lembar Odontogram, selain dicantumkan gambar Odontogram, juga dicatatkan informasi – informasi penting mengenai keadaan gigi dan mulut pasien. Yang

dicatatkan pada lembar Odontogram adalah hanya informasi yang tidak mudah berubah.

#### TABEL ODONTOGRAM.

1. Pemeriksaan terhadap seluruh keadaan gigi dan mulut pasien dilakukan dan dicatat pada kunjungan pertama atau kesempatan pertama sehingga memberikan gambaran keadaan secara keseluruhan.
2. Selama perawatan belum mencapai restorasi tetap, tidak perlu dilakukan perbaikan odontogram.
3. Setelah perawatan mencapai restorasi tetap, dapat dilakukan koreksi pada gambar odontogram yang ada, dan diberikan paraf dan tanggal perubahan.
4. Jika koreksi dinilai sudah terlalu banyak, dapat dibuat odontogram baru. Odontogram lama tetap dilampirkan sebanyak 2 odontogram yang lama.
5. Jika kunjungan pasien terakhir kali sudah lebih dari satu tahun, dibuatkan odontogram baru.
  - OCCLUSI : Lingkari macam kelainan oklusi (Normal bite / Cross bite / Deep bite)
  - TORUS PALATINUS : Lingkari macam torus palatinus (tidak ada / Kecil / Sedang / Besar / Multiple)
  - TORUS MANDIBULARIS : Lingkari macam torus mandibularis (Tidak ada / Sisi kiri / Sisi kanan / Kedua sisi)
  - PALATUM : Lingkari macam palatum (Dalam / Sedang / Rendang)
  - DIASTEMA : Lingkari ada atau tidak dan jelaskan dimana dan berapa lebarnya. (Tidak ada / Ada).
  - GIGI ANOMALI : Lingkari ada atau tidak dan jelaskan gigi yang mana dan bentuknya. (Tidak ada / Ada).
  - LAIN-LAIN : Tulis hal hal yang tidak tercakup.
  - D : Ditulis jumlah gigi yang lubang karena karies.
  - M : Ditulis jumlah gigi yang hilang.
  - F : Ditulis jumlah gigi yang tambalan.
  - JUMLAH FOTO YANG DIAMBIL : Tuliskan jumlah foto gigi yang diambil melalui digital / intraoral.
  - JUMLAH RONTGEN FOTO YANG DIAMBIL : Tuliskan jumlah foto gigi yang diambil dan jenis foto gigi (Dental/PA/OPG/Cephalometri).
  - Pekalongan : tulis tanggal, bulan, tahun, jam pemeriksaan, tanda tangan dan nama terang DPJP

## **21. Formulir Assesmen Nyeri ( RM 3.M )**

- a. Keluhan nyeri : centang tidak atau ya, bila ya tuliskan skala nyeri
- b. Tabel FLACC < 6 Tahun : tulis hasil pengkajian pada kolom nilai dan dijumlah
- c. Wong baker dan NRS > 6 Tahun : - skala nyeri : tulis hasil pengkajian skala nyeri
- d. Frekwensi nyeri : centang jarang atau hilang atau timbul
- e. Lama nyeri : tulis lama nyeri timbul
- f. Menjalar : centang tidak atau ya, bila ya, tulis menuju kemana nyeri menjalar
- g. Kualitas nyeri : centang nyeri tumpul, nyeri tajam dan panas terbakar
- h. Faktor pemicu : tulis aktivitas atau kegiatan yang bisa memperberat nyeri timbul
- i. Faktor yang mengurangi : centang minum obat atau istirahat atau mendengarkan musik atau ubah posisi tidur dan lain lain

## **22. Formulir Assesmen Ulang Nyeri ( RM 3.N )**

- a. Tanggal : tulis tanggal pengkajian ulang nyeri
- b. Skor nyeri : tulis hasil pengkajian ulang nyeri ( tidak ada nyeri 0, ringan 1-3, sedang 4-6, berat 7-10 )
- c. Skor sedasi : tulis somnolen 4, sering mengantuk 3, sedikit mengantuk 2, bangun dan sadar 1
- d. Tekanan darah : tulis hasil pemeriksaan tekanan darah dalam mmHg
- e. Nadi : tulis hasil pengkajian nadi per menit
- f. Nama : tulis nama terang perawat atau bidan
- g. Paraf : tanda tangan perawat atau bidan
- h. Intervensi farmakologi
- i. Nama obat : tulis jenis obat penghilang anti nyeri
- j. Data dan frekuensi : tulis dosis pemberian obat
- k. Rute : tulis aturan pemberian obat
- l. Intervensi non farmakologi : dingin 1, panas 2, posisi 3, pijat 4, musik 5, Tens 6, relaksasi 7

m. Waktu kaji ulang : nyeri berat setiap 1 jam, sedang setiap 3 jam, ringan setiap shif, dihentikan bila skor nyeri 0

**23. Formulir Assesmen Pasien Awal dan Ulang Pasien Terminal Termi dan Keluarganya ( RM 3.O )**

1		Gejala seperti mau muntah dan kesulitan bernafas		
	a	Kegawatan Pernafasan	:	Dikaji tentang keluhan sesak , jenis pernafasan, Keteraturan irama nafas, dan kondisi lain dicentang sesuai kolom masalah yang ada.
		• Dyspnoe	:	✓ Bila ada beri tanda
		• Nafas cepat dan dangkal	:	✓ Bila ada
		• Nafas Lambat	:	✓ Bila ada
		• Nafas tak teratur	:	✓ Bila ada
		• Nafas melalui mulut	:	✓ Bila ada
		• Mukosa oral kering	:	✓ Bila ada
		• Ada secret	:	✓ Bila ada
		• SPO < Normal	:	✓ Bila ada (nilai dibawah Normal)
		• T.A.K	:	✓ Bila dari hasil pengkajian Pernafasan tidak ditemukan masalah tersebut di atas
	b	Kehilangan Tonus Otot	:	Dikaji tentang kemampuan pergerakan sendi, kekuatan otot, Penurunan fungsi otot, pada abdomen dikaji ketegangan, gangguan dalam berkemih. Dicentang sesuai Kolom masalah yang ada/ditemukan.
		• Mual	:	✓ Bila ada
		• Penurunan gerak dan reflek	:	✓ Bila ada



		• Sulit bicara	:	✓ Bila ada
		• Sulit menelan	:	✓ Bila ada
		• Distensi abdomen	:	✓ Bila ada ketegangan
		• Inkontinensia Urine	:	✓ Bila ada penurunan control spinkter urinari
		• Inkontinensia Alvi	:	✓ Bila ana penurunan control spinter ani
		• T.A.K	:	✓ Bila dari masalah masalah tersebut tidak ditemukan.
	C	Nyeri	:	✓ Tidak (bila tidak ada nyeri) ✓ Ya (bila ada nyeri)
	d	Perlambatan Sirkulasi	:	Observasi tekanan darah dan nadi, dikaji adanya perubahan warna kulit, melalui perabaan kulit dicentang sesuai kolom masalah yang ada.
		• Sianosis pada ekstremitas	:	✓ Bila ada perubahan warna kulit ekstremitas pucat/kebiru biruan.
		• Kulit dingin & berkeringat	:	✓ Bila dari perabaan kulit terasa dingin dan pasien berkeringat (basah)
		• Gelisah	:	✓ Pasien tampak tidak tenang
		• Tekanan darah menurun	:	✓ Hasil pengukuran dibawah standar normal
		• Lemas	:	✓ Bila pasien ada gangguan aktivitas.
		• Nadi lambat dan lemah	:	✓ Bila hasil hasil pengukuran nadi lambat dan lemah
		• T.A.K	:	✓ Bila dari masalah masalah tersebut tidak ada
	e	Gangguan Sensori	:	Dikaji tentang kemampuan pasien untuk melihat, mencium bau dan sensitivitas perabaan.
		• Penglihatan kabur	:	✓ Bila Penglihatan pasien berubah menjadi tidak jelas

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan Penciuman&amp; Perabaan</li> </ul>	:	✓ Bila ada penurunan pasien dalam mencium bau dan sensitivitas perabaan menurun.
	f	Pupil Melebar	:	Diisi YA bila hasil pemeriksaan pupil Melebar.
2		Status Psikososial Spiritual pasien dan keluarga seperti putus asa, penderitaan, rasa bersalah :	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menanyakan siapa-siapa saja yang ingin didatangkan untuk bertemu dengan klien dan didiskusikan dengan keluarganya, misalnya: teman-teman dekat, atau anggota keluarga</li> <li>▪ Menggali perasaan-perasaan klien sehubungan dengan sakitnya</li> </ul>
	a	Apakah ada orang yang ingin dihubungi saat ini ?	:	✓ Tidak (bila tidak ada yang ingin dihubungi ) ✓ Ya (bila ada yang ingin dihubungi)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siapa</li> </ul>	:	Tulis nama yang diucapkan
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hubungan dengan pasien sebagai</li> </ul>	:	Tuliskan hubungan dengan pasien
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimana</li> </ul>	:	Tanyakan alamat dan tulis dikolom yang tersedia
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• No.Telp/HP</li> </ul>	:	Tanyakan No telpon yang bisa dihubungi dan tulis dikolom yang tersedia
	b	Bagaimana rencana perawatan selanjutnya	:	Ditanyakan ke pasien/keluarga setelah mendapat penjelasan dari dokter terkait keadaan kesehatannya dan beri kesempatan untuk memutuskan apakah memutuskan untuk :  <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tetap dirawat di RS diberikan tindakan medis</li> <li>▪ Tidak bersedia untuk dilakukan Resusitasi (DNR)</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien dibawa pulang</li> <li>▪ Meminta dilakukan pelayanan kerohanian</li> <li>▪ Jika pasien akhirnya meninggal, maka :Rumah Sakit diharapkan menyiapkan : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemulasaran Jenazah</li> <li>- Penyediaan angkutan jenazah</li> </ul> </li> </ul> <p>Dan pembiayaannya merupakan tanggungannya.</p>
		• Tetap dirawat	: ✓ Bila menghendaki tetap dirawat
		• Dirawat di Rumah	: ✓ Bila menghendaki dibawa pulang.
	c	Reaksi pasien & keluarga atas penyakit pasien	: Klien terminal dan orang terdekat biasanya mengalami banyak respon emosi, perasaan marah dan putus asa seringkali ditunjukkan
		• Menyangkal	: ✓ Bila mengingkari penyakit yang diderita/ Menunjukkan reaksi kpasien dan keluarga tidak siap menerima keadaan yang sebenarnya terjadi.
		• Sedih/menangis	: ✓ Bila pasien/keluarga cenderung untuk tidak banyak bicara dan mungkin banyak menangis
		• Marah	: ✓ Pasien/keluarga mengekspresikan perasaan yang marah.
		• Rasa bersalah	: ✓ Pasien /keluarga mengekspresikanperasaannya merasa berdosa.
		• Takut	: ✓ Pasien/keluarga menunjukkan ekspresi takut karena Objek yang ditakuti sudah jelas

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakberdayaan</li> </ul>	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Penerimaan tentang kondisi yang terjadi dan hal hal yang akan terjadi yaitu kematian</li> </ul>
--	--	--	---	--

**24. Formulir Assesmen Pra Anasthesi / Pra sedasi ( RM 3.P )**

- Ahli bedah : tulis nama dokter bedah yang akan melakukan operasi
  - Ahli anestesi : tulis nama dokter anestesi yang akan melakukan pembiusan
  - Ruangan : tulis ruangan pasien dirawat
  - Diagnosa pra operasi : tulis diagnosa sesuai dengan instruksi dokter bedah
  - Prosedur : tulis prosedur yang akan dilakukan dokter bedah
  - Sifat operasi : ceklist jika tindakan tersebut elektif atau cito
  - Kesadaran : ceklist kesadaran pasien sesuai dengan keadaan pasien tersebut
  - Riwayat penyakit pasien : ceklist riwayat penyakit pasien tersebut
  - Pengobatan saat ini : ceklist jika ada dan beri penjelasannya
  - Riwayat operasi sebelumnya : ceklist jika pernah melakukan operasi dan ditulis jenis, kapan dan tempatnya dilakukan operasi tersebut
  - Riwayat anestesi sebelumnya : jika pernah operasi, ceklist jenis pembiusannya
  - Riwayat alergi : ceklist jika ada dan sebutkan alerginya
  - Riwayat kebiasaan : ceklist salah satu kebiasaan pasien
  - Riwayat penyakit keluarga : ceklist jika ada riwayat penyakit pada keluarganya
  - Tanda-tanda vital : ditulis jam dan hasil nya
  - Pemeriksaan penunjang (laboratorium & (penunjang lain) : ceklist pemeriksaan penunjang yang dilakukan
  - Hasil pemeriksaan : tulis hasil pemeriksaan tersebut
  - Anamnese : diisi oleh dokter anestesi
  - Klasifikasi ASA : diceklist oleh dokter anestesi
  - Rencana tindakan anestesi : diceklist oleh dokter anestesi
  - Instruksi : diceklist oleh dokter anestesi
  - Persiapan lain : diceklist oleh dokter anestesi
  - Persiapan tambahan yang diperlukan: diisi oleh dokter anestesi
  - Tanggal & jam : ditulis tanggal dan jam pengisian formulir
- Tanda tangan dokter anestesi : tanda tangan dan nama terang dokter anestes

## **25. Formulir Asesmen Pra Bedah ( RM3.Q )**

- Dokter ahli bedah : ditulis nama dokter bedah yang akan melakukan operasi

### **Asesmen Pra Bedah**

- Data subyektif : diisi sesuai hasil anamnesa yang dilakukan oleh dokter bedah
- Data obyektif : diisi sesuai hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh dokter bedah
- Diagnosa pra operasi : tulis nama diagnosa sebelum operasi oleh dokter bedah
- Prosedur : tulis prosedur yang akan dilakukan oleh dokter bedah
- Alternatif tindakan : tulis alternatif tindakan yang memungkinkan akan dilakukan
- Antibiotik profilaksis : tulis antibiotik yang akan diberikan
- Estimasi durasi operasi : tulis perkiraan waktu lamanya operasi
- Jadwal program operasi : tulis tanggal dan jam pelaksanaan operasi
- Konsultasi anestesi : ceklist jika ya atau tidak dilakukan konsultasi anestesi

### **Verifikasi Pra Bedah**

- Inform consent : ceklist inform consent
- Site marking : ceklist jika dilakukan site marking
- Hasil pemeriksaan penunjang : ceklist dan tulis hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan
- Produk darah yang diperlukan : ceklist salah satu jawaban, jika iya tulis produk darah yang diperlukan
- Alat khusus yang diperlukan : ceklist salah satu jawaban, jika iya tuliskan alat yang diminta
- Keterkaitan kondisi fisik dan resiko tindakan :ceklist bedah
- Resiko/ komplikasi : tulis resiko/ komplikasi yang terjadi

### **Site Marking**

- Berikan penandaan lokasi tubuh yang akan dioperasi dengan anak panah
- Deskripsi singkat bila tidak dapat dilakukan penandaan :  
Ceklist salah satu jawaban atau tulis jika tidak tersedia
- Posisi pasien : ceklist posisi pasien
- Tanggal dan jam : tulis tanggal dan jam pemeriksaan
- Tanda tangan dokter : tanda tangan dan nama terang dokter bedah

## **26. Formulir Assesmen & Perencanaan Edukasi Pasien dan Keluarga ( RM 3.R )**

### **I. ASESMEN KEBUTUHAN EDUKASI**

- a. Bahasa Sehari-hari : berikan checklist yang sesuai dengan bahasa yang digunakan sehari-hari, bila bahasa daerah atau yang lain sebutkan,
- b. Perlu penerjemah : berikan checklist yang sesuai, bila ya tuliskan bahasa yang diterjemahkan.
- c. Bahasa isyarat : berikan checklist yang sesuai.
- d. Cara belajar yang disukai : berikan checklist yang sesuai.
- e. Tingkat pendidikan : berikan checklist yang sesuai.
- f. Hambatan Belajar : berikan checklist yang sesuai, bila ada checklist hambatan yang sesuai.
- g. Kebutuhan edukasi : berikan checklist sesuai kebutuhan edukasi.

### **II. PERENCANAAN PEMBERIAN EDUKASI**

- a. Kebutuhan Edukasi : berikan checklist sesuai kebutuhan edukasi  
Sasaran :
  - Tuliskan P apabila sasaran pasien
  - Tuliskan K apabila sasaran keluarga
  - Tuliskan P&K apabila sasaran pasien dan keluarga
- b. Metode edukasi :
  - Tuliskan D apabila Diskusi
  - Tuliskan Demo apabila Demonstrasi
  - Tuliskan C apabila Ceramah
  - Tuliskan S apabila Simulasi
  - Tuliskan L apabila menggunakan leaflet
  - Tuliskan PL apabila praktek langsung
- c. Metode evaluasi : Tuliskan mampu menjelaskan atau mampu mendemonstrasikan.

## **27. Formulir Assesmen Keperawatan Gawat Darurat ( RM 3.S )**

### **I. RM – 3 .S.1**

- Tempel stiker pasien dipojok kanan atas
- Nama pasien : tulis nama pasien dan jenis kelamin
- Tanggal lahir : tulis tanggal lahir dan usia
- Pekerjaan : tulis pekerjaan pasien

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

- Alamat rumah : tulis alamat rumah
- Jaminan : beri tanda centang pada kotak yang dipilih
- Kendaraan : beri tanda centang pada kotak yang dipilih
- Jenis kunjungan : beri tanda centrang yang dipilih, bila rujukan ,tulis rujukan dari mana
- Di antar oleh : tulis nama ,umur, alamat pengantar pasien
- Status : pilih bila keluarga/ polisi/ lainnya..

### Anamnesa

- Informasi didapat dari :beri tanda centrang bila auto anamnase atau allo anamnase
- Nama ; tulis nama pemberi informasi dan hubungan dengan pasien sebagai apa
- Keluhan utama ;tulis keluhanutama
- Riwayat penyakit sekarang ;tulis riwayat penyakit sekarang
- Riwayat penyakit dahuu ;tulis riwayat penyakit dahulu, bila tidak ada beri tanda z ( zero)
- Riwayat pengobatan sebelumnya ;tulis riwayat sebelumnya, bila tidak ada beri tanda z (zero)
- Kesadaran ;beri tanda centrang bila composmentis,apatis,samnolen,spoor atau koma..
- GCS : E :tulis nilai Eye, V ; tulis nilai Verbal, M; tulis nilai motorik
- Kemudian tulis jumlah GCS
- Suhu ;tulis suhu pasien
- Tekanan darah ;tulis tekanan darah pasien
- Nadi ;tulis jumlah nadi pasien, beri tanda centrang bila teratur atau tidak teratur

- Nafas ;tulis jumlah pernafasan pasien, beri tanda centrang bila teratur atau tidak teratur
- BB ;tulis berat badan pasien dan TB ; tulis tinggi badan pasien.
- Tabel FLACC ( nyeri untuk anak kurang dari 6 tahun )
- Face ;beri nilai sesuai hasil pengkajian pilihan bisa 0,1,2
- Leg (kaki) ;beri nilai sesuai hasil pengkajian bisa 0,1,2,
- Activity ( aktifitas) ; beri nilai sesuai hasil pengkajian , bisa 0,1,2
- Cry ( tangis) ; beri nilai sesuai hasil pengkajian, bisa0,1,2
- Consolability( bersuara ) ; beri nilai sesuai hasil pengkajian bias 0,1,2
- Total skor; tulisj umlah skor nilai hasil pengkajian
- Pekalongan, tulis tanggal,bulan,tahun dan jam pengkajian
- Tuis nama dan tandatangan perawat/bidan pelaksan pengkajian.

## II. RM – 3.S.2

- Tempet stiker pasien dipojok kanan atas
- Intensitas nyeri wong baker pain rating scale dan numeric rating scale (NRS) ntukanak> 6 tahun dan dewasa
- Beri tanda lingkaran pada angka yang dipilih dari angka 0 s/d 10 sesuai gambar yang dipilih.
  1. Skalanyaeri ; tulisskalanyeri yang dihasilkandaripengkajian
  2. Frekuensinyeri ;beritandacentrangpadakotak yang dipilih
  3. Lama nyeri ;tulisberapalamanyanyeri
  4. Menjalar ; beritandacentrangbilayaatautidakdantulismenjalarnyakemana.
  5. Kualitasnyeri ;beritandacentrangpadakotak yang dipilih
  6. Faktorpemicu/memperberat ;tulispemicunyeriatau yang memperberat
  7. Faktor yang mengurangi/menghilangkannyeri ;bericentrangpadakotak yang dipilih

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*



## ANAMNESA

- Lakukan pengkajian resiko jatuh sesuai dengan formulir rekam medis
- MORSE FALL SCALE untuk pasien dewasa
- HUMPTY DUMPTY untuk pasien anak-anak

## STATUS FUNGSIONAL

- Nutrisi dan Hidrasi ;beri tanda centrang pada kotak yang dipilih
- Diet ;tuis dietnya apa
- Lakukan skrining nutrisi dengan Nutritional Risk Screening ( NRS)  
( untuk bayi dan anak gunakan asesmen bayi/anak)
- Indek Masatubuh (IMT)  $< 20,5$   $IMT = BB/TB^2$  ; beri tanda centrang bila ya atau tidak
- Kehilangan BB yang tidak di rencanakan dalam 3 bulan terakhir;beri tanda centrang bila ya / tidak.
- Penurunan asupan makan dalam 1 minggu terakhir ;beri tanda centrang bila ya atau tidak
- Apakah pasien mengalami sakit berat ;beri tanda centrang bila ya atau tidak
- Jika ada satu jawabanya, lanjutkan dengan asesmen bagian gizi

### Eliminasi dan Pelepasan

- BAK ;Frekuensi ; tulis berapa kali / hari volume; tulis berapa volumenya , warna; tulis warna bak nya apa.. beri tanda centrang bila tidak ada keluhan
- BAB ;Frekuensi ; tulis berapa kali /hari ; Konsistensi ; tulis konsis tensi bab warna ; tulis warna bab...beri tanda centrang bila tidak ada keluhan
- Aktifitas dan istirahat
- Tidur/istirahat ;beri tanda centrang bila tidak ada keluhan, tulis bila ada keluhan.

- Aktivitas latihan dan perawatan diri ;beri tanda centrang pada kotak yang dipilih
- Alat bantu ;beri tanda centrang pada kotak yang dipilih, bila ya ; tulis alat bantu,nya,
- Pekalongan : tulis tanggal, bulan,tahun dan jam waktu pengkajian serta tulis nama perawat/bidan ,tanda tangan yang melakukan pengkajian.

### III. RM – 3.S.3

- Tempel stiker pasien pada pojok kanan
- Seksual dan reproduksi
- Wanita ;beri tanda centrang bila tidak ada keluhan, tulis jika ada keluhan
- Sedang hamil; beri tanda centrang pada kotak yang dipilih
- Jika ada masalah tentang kebidanan dan kandungan, lanjutkan asesmen keperawatan maternitas.
- Laki-laki ;beri tanda centrang bila tidak ada keluhan, tulis bila ada keluhan.

### PSIKOLOGI,SOSIAL DAN EKONOMI

- Keadaan psikologi ;beri tanda centrang pada kotak yang dipilih
- Tingkat pendidikan ;beri tanda centrang pada kotak yang dipilih
- Pekerjaan ;beri tanda centrang pada kotak yang dipilih
- Pekerjaan ;beri tanda centrang pada kotak yang dipilih
- Tinggal bersama ;beri tanda centrang pada kotak yang dipilih
- Status ekonomi ;beri tanda centrang pada kotak yang dipilih

### SPIRITUAL

- Menjalankan ibadah ;beri tanda centrang pada kotak yang dipilih
- Persepsi terhadap sakit ;beri tanda centrang pada kotak yang dipilih
- Meminta pelayanan spiritual ;beri tanda centrang pada kotak yang dipilih, bila ya kolaborasi dengan bagian kerohanian.

### PENGKAJIAN KEBUTUHAN EDUKASI

- Bahasa sehari-hari ;beri tanda centrang pada kotak yang dipilih.
- Perlu penerjemah ; beri tanda centrang bila tidak atau ya, bila ya ;tulis bahasa yang diminta
- Bahasa isyarat ;beri tanda centrang yang dipilih
- Cara belajar yang disukai ;beri tanda centrang yang dipilih
- Tingkat pendidikan ; beri tanda centrang yang dipilih
- Hambatan belajar ;beri tanda centrang yang dipilih, bila ada ; beri tanda centrang yang dipilih
- Kebutuhan edukasi ;beri tanda centrang yang dipilih
- Pekalongan, ..tulis tanggal, bulan tahun dan jam pengkajian..
- Tulis nama dan tandatangan perawat/bidan yang melakukan pengkajian

#### IV. RM- 3.S.4.

- Tempel stiker pasien pada pojok kanan atas
- Masalah keperawatan dan evaluasi ;beri tanda centrang yang dipilih
- Pemberian obat ;tulis jam nama obat dosis dan tulis nama petugas yang memberikan obat
- Tindakan ;tulis tindakan yang telah dilakukan, tulis nama dan tandatangan pemberi tindakan
- Pekalongan, tulis tanggal,bulan tahun dan jam pelaksanaan paengkajian
- Tulis perawat/bidan serta tandatangan yang melakukan pengkajian

#### V. RM. 3.S.5

- Tempel stiker pada pojok kanan atas
- Kondisi pasien saat pindah
- Pukul ;tulis jam berapa waktu pindah

- Keadaan umum; Tulis tandatanda vital, :GCS, tensi, suhu, nadi, respirasi, Spo2, berat badan, tinggi badan,.
- Pindah ke ruang ; tulis nama ruangan
- Tindakan lanjutan ; beri tanda centrang yang dipilih
- Dirujuk ke; tulis rumah sakit rujukan bila dirujuk
- Dipulangkan; tulis jam pasien pulang, meninggal ; tulis jam pasien meninggal atau DOA
- Transportasi ; beri tanda centrang yang dipilih
- Edukasi pasien pulang ; Beri tanda centrang, tulis di waktu pulang, tulis waktu control,.
- Discharge planning ( rencana pemulangan)
- Rencana dirawat ; beri tanda centrang, tulis berapa hari perawatan, atau centrang tidak dapat diperkirakan
- Perawatan lanjutan ; beri tanda centrang yang dipilih.
- Tulis nama dan tandatangan perawat
- Serah terima pasien
- Kondisi pasien ; beri tanda centrang yang dipilih
- Tanda vital ; tulis tensi, nadi, suhu, respirasi,
- Infus terpasang, tulis infus yang terpasang berapa tetes dan tulis flabot yang beberapa
- Terapi ; tulis terapi yang sudah diberikan
- Yang menyerahkan ; tulis nama petugas yang menyerahkan pasien dan tandatangan
- Yang menerima ; tulis nama petugas yang menerima pasien dan tandatangan
- Keterangan ; beri tanda centrang yang dipilih.

## 28. Formulir Assesmen Awal Medis Pasien Dewasa ( RM 3.T )

Tanggal : tulis tanggal pengkajian

Jam : tulis jam pengkajian

### Anamnesis

- Keluhan utama : tulis apa yang dirasakan oleh pasien ( satu keluhan prioritas )
- Riwayat penyakit sekarang : tulis riwayat penyakit yang sekarang diderita oleh pasien, merupakan alasan pasien untuk perawatan di rumah sakit
- Riwayat penyakit dahulu : tulis riwayat penyakit yang pernah diderita oleh pasien ( catat kapan penyakit itu diderita, bagaimana diobati, siapa yang mengobati, bagaimana keadaan penyakit itu sekarang)
- Riwayat penyakit keluarga : tulis riwayat penyakit keturunan yang terdapat dalam keluarga pasien ( sedarah ) atau penyakit menular pada orang – orang yang dekat dengan pasien
- Riwayat pekerjaan : tulis riwayat jenis dan jenjang pekerjaan pasien
- Status social : tulis kedudukan atau posisi pasien dalam keluarga dan masyarakat
- Status ekonomi : tulis kedudukan pasien dalam masyarakat berdasarkan pendapatan per bulan
- Status kejiwaan : tulis status mental dan psikologi pasien
- Skala nyeri : lingkari hasil pengkajian nyeri
- Risiko jatuh : centang ya atau tidak
- Skrining gizi : kehilangan BB yang tidak direncanakan dalam 3 bulan terakhir : centang ya atau tidak  
penurunan asupan makan dalam 1 minggu terakhir : centang ya atau tidak
- apakah pasien mengalami sakit berat : centang ya atau tidak
- Pemeriksaan fisik
- Kesadaran : tulis tingkat kesadaran pasien
- Tekanan darah : tulis hasil pemeriksaan tekanan darah dalam mmHg
- Tekanan nadi : tulis hasil pemeriksaan tekanan nadi dalam satu menit
- Frekwensi nafas : tulis hasil pemeriksaan jumlah rata rata pernafasan dalam satu menit
- Suhu : tulis hasil pemeriksaan suhu dalam satu menit
- Status gizi : tulis mengenai kondisi tubuh seseorang dari makanan yang dikonsumsi
- Dokter yang memeriksa : tulis nama dokter dan tanda tangan
- Kepala : Mesocephal, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan
- Leher : Tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

- Thorax : simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada retraksi dinding dada
- Abdomen : simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar/lien.
- Columna vertebralis : masif, panjang, ramping, pendek, kokoh
- Extremitas : simetris, tampak kemerahan, kapillary refill kurang dari 2 detik
- Rectal toucher : tonus spingter ani, mucosa rectum, terdapat massa, nyeri tekan, darah lendir, feses
- Vaginal toucher : vulva vagina tenang, tidak ada massa, portio lunak, pembukaan berapa cm, Kulit Ketuban, Ubin Ubin Kecil, kepala turun di hodge berapa
- Genitalia external : ada farices, bersih atau tidak, hematom atau tidak
- Gambar status lokalis : tulis dan beri tanda pada gambar sesuai dengan kondisi pasien
- Hasil pemeriksaan penunjang : tulis hasil pemeriksaan penunjang yang berkaitan dengan diagnosa penyakit pasien
- Diagnosa kerja : tulis diagnosa dari hasil pengkajian
- Diagnosa banding : tulis diagnosa banding yang muncul
- Pengobatan : tulis terapi yang akan diberikan kepada pasien
- discharge planning : centang dan tulis berapa hari perkiraan dirawat
- Pekalongan : tulis tanggal, bulan, tahun, jam pemeriksaan, tanda tangan dan nama terang DPJP

## **29. Formulir Assesmen Awal Medis Pasien anak ( RM 3.U )**

### **a. Anamnesa :**

- Keluhan Utama : tulis apa yang dirasakan oleh pasien ( satu keluhan prioritas )
- Riwayat Penyakit Sekarang : tulis riwayat penyakit yang sekarang diderita oleh pasien, merupakan alasan pasien untuk perawatan di rumah sakit

### **b. Resiko cedera atau jatuh : Centang pada kotak yang sesuai dengan keadaan pasien**

### **c. Kebutuhan privasi pasien : Centang pada kolom yang tersedia**

### **d. Riwayat imunisasi : Tulis tanggal pemberian imunisasi pada kolom yang tersedia baik pada imunisasi dasar maupun pada ulangan, jika imunisasi tidak diberikan biarkan kolom dalam keadaan kosong**

### **e. Keadaan kesehatan**

Ayah : Sehat, tidak menderita penyakit menular seperti tbc, hepatitis, dll (jika menderita sebutkan), tidak menderita penyakit menurun seperti diabetes mellitus, jantung, darah tinggi (jika menderita sebutkan)

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

Ibu : Sehat, tidak menderita penyakit menular seperti tbc, hepatitis, dll (jika menderita sebutkan), tidak menderita penyakit menurun seperti diabetes mellitus, jantung, darah tinggi (jika menderita sebutkan)

Saudara : Sehat, tidak menderita penyakit menular seperti tbc, hepatitis, dll (jika menderita sebutkan), tidak menderita penyakit menurun seperti diabetes mellitus, jantung, darah tinggi (jika menderita sebutkan)

Orang yang Serumah : Sehat, tidak menderita penyakit menular seperti tbc, hepatitis, dll (jika menderita sebutkan), tidak menderita penyakit menurun seperti diabetes mellitus, jantung, darah tinggi (jika menderita sebutkan)

- f. Perkembangan : Tulis perkembangan yang telah dicapai anak pada baris yang telah tersedia
- g. Jenis makanan : Tulis jenis makanan yang diberikan pada anak sesuai dengan kolom umur serta jumlah pemberian pada kolom kuantitas, dan kolom kualitas
- h. Penyakit yang sudah pernah dialami : Conteng pada kotak yang sesuai dengan keadaan pasien, bila tidak tersedia tulis pada baris kosong yang tersedia
- i. Pemeriksaan fisik

➤ Pengukuran

- Umur : tulis umur pasien pada saat masuk dalam hari, bulan atau tahun
- Berat badan : tulis hasil pengukuran berat badan pada saat pasien masuk
- Panjang/tinggi badan : tulis hasil pengukuran panjang/tinggi badan pada saat pasien masuk
- Lingkar kepala : tulis hasil pengukuran Lingkar kepala pada saat pasien masuk
- Lingkar dada : tulis hasil pengukuran Lingkar dada pada saat pasien masuk
- Lingkar lengan atas : tulis hasil pengukuran LILA pada saat pasien masuk
- Status gizi : tulis status gizi pasien pada saat pasien masuk

➤ Keadaan Umum

- Keadaan sakit : pilih sesuai dengan keadaan pasien pada saat masuk
- Kesadaran : E (eye) = 4 : spontan, 3 : dengan rangsang suara, 2 : dengan rangsang nyeri, 1 : tidak ada respon, V (Verbal) = 5 : spontan berbicara, 4 : menangis lemah, 3 : menangis dengan rangsangan nyeri, 2 : merintih dengan rangsangan nyeri, 1 : tidak ada respon, M (motorik) = 6 : spontan, 5 : menarik karena sentuhan, 4 : menarik dengan rangsang nyeri, 3 : fleksi abnormal, 2 : ekstensi abnormal, 1 : tidak ada respon
- Tanda Vital : tulis hasil pengukuran tekanan darah dalam mmHg, tulis hasil pemeriksaan nadi permenit dan centang teratur atau tidak teratur, tulis hasil pemeriksaan suhu dalam derajat celcius, tulis hasil pemeriksaan nafas permenit

- Sesak : ada Pernafasan cuping hidung atau tidak, ada retraksi dinding dada atau tidak
  - Ikterus : derajat I apabila warna kuning dari kepala sampai leher, derajat II apabila warna kuning dari kepala, badan, sampai dengan umbilicus, derajat III apabila warna kuning dari kepala, badan, paha, sampai dengan lutut, derajat IV apabila warna kuning dari kepala, badan, ekstremitas sampai dengan pergelangan tangan dan kaki, derajat V apabila warna kuning dari kepala, badan, semua ekstremitas sampai dengan ujung jari.
  - Edema : tulis bentuk pitting edema
  - Dehidrasi : centang pada kotak yang sesuai dengan keadaan pasien
  - Anemia : pasien tampak anemis atau tidak, jika sudah dilakukan pengukuran kadar hemoglobin, tulis hasilnya.
  - Kejang : centang pada kotak yang sesuai dengan keadaan pasien
- Keadaan Khusus
1. Rambut : rambut bersih, kuat, tidak rontok, jika ada kelainan tulis kelainan tersebut  
 Kuku : kuku bersih, tidak pucat, jika ada kelainan tulis kelainan tersebut  
 Kulit : kulit bersih, tidak ikterik jika ada kelainan tulis kelainan tersebut  
 Kelj. Getah bening : tidak ada pembesaran kel. Getah bening, jika ada kelainan tulis kelainan tersebut
  2. Kepala : mesocephal, tidak ada luka, tidak ada nyeri tekan, jika ada kelainan tulis kelainan tersebut  
 Mata : simetris, tidak anemis jika ada kelainan tulis kelainan tersebut  
 Pupil : pupil normal jika ada kelainan tulis kelainan tersebut  
 THT  
 Hidung : hidung bersih, septum nasi simetris, jika ada kelainan tulis kelainan tersebut  
 Tenggorokan  
 Tonsil  
 Pharynx  
 Bibir : bibir bersih, tidak pucat, tidak ada stomatitis, jika ada kelainan tulis kelainan tersebut  
 Gigi : gigi bersih, tidak ada caries gigi, jika ada kelainan tulis kelainan tersebut  
 Gusi : gusi bersih, tidak ada peradangan, jika ada kelainan tulis kelainan tersebut



Lidah : lidah bersih jika ada kelainan tulis kelainan tersebut

Langit-langit

Telinga : telinga bersih, tidak ada serumen, tidak ada luka, tidak ada cairan jika ada kelainan tulis kelainan tersebut

3. Leher : tidak ada pembesaran kel tiroid maupun vena jugularis jika ada kelainan tulis kelainan tersebut

Kelenjar Thyroid : tidak ada pembesaran kel tiroid, jika ada kelainan tulis kelainan tersebut

Kel. Getah bening : tidak ada pembesaran kel getah bening, jika ada kelainan tulis kelainan tersebut

Tekanan vena :

Kaku kuduk : tidak ada kaku kuduk, jika ada kelainan tulis kelainan tersebut

Lain-lain :

### THORAX

- a. Dinding dada / paru

#### Depan

1. Inspeksi : tulis kesimetrisan, bentuk atau postur dada
2. Palpasi : tulis apakah ada nyeri tekan, massa atau tanda tanda peradangan
3. Perkusi : tulis pekak,redup atau resonan
4. Auskultasi : tulis vesikuler, brochial, bronchobesikuler

#### Belakang

1. Inspeksi : tulis kesimetrisan, bentuk atau postur dada
2. Palpasi : tulis apakah ada nyeri tekan, massa atau tanda tanda peradangan
3. Perkusi : tulis pekak,redup atau resonan
4. Auskultasi : tulis vesikuler, brochial, bronchobesikuler

- b. Jantung

1. Inspeksi : tulis kesimetrisan, bentuk atau postur dada
2. Palpasi : denyutan aorta teraba
3. Perkusi : ukuran, bentuk dan batas jantung
4. Auskultasi : tulis bunyi jantung , apakah ada bunyi tambahan

### ABDOMEN

1. Inspeksi : tulis buncit, membusung, datar saja atau ada benjolan massa
2. Palpasi
  - Hepar : tidak ada pembesaran hepar, jika ada kelainan tulis kelainan tersebut
  - Lien : tidak ada pembesaran Lien, jika ada kelainan tulis kelainan tersebut
3. Perkusi : tympani atau hipertimpani
4. Auskultasi : tulis suara peristaltik usus

### GENETALIA

1. Jenis kelamin : pilih sesuai jenis kelamin pasien, coret yang tidak perlu
2. Kelainan : jika ada kelainan tulis kelainan tersebut
3. Maturitas Sex

### ANGGOTA GERAK

1. Atas
  - Sendi
  - Otot
2. Bawah
  - Sendi
  - Otot

DIAGNOSA KERJA : tulis diagnosa dari hasil pengkajian

DIAGNOSA BANDING : Tulis diagnose banding yang mungkin muncul

PEMERIKSAAN PENUNJANG ; Tulis pemeriksaan penunjang yang dilakukan dan hasilnya

PENGOBATAN DAN TINDAKAN : Tulis pengobatan dan tindakan yang telah dilakukan

DISCHARGE PLANNING : centang dan tulis berapa hari perkiraan dirawat

## **30. Formulir Assesmen Awal Medis Pasien Obstetri & Gynekologi ( RM 3.V )**

- Tanggal dan Jam : Tulis sesuai Tanggal dan Jam kunjungan pasien

### ANAMNESIS

- Keluhan Utama : Tulis sesuai dengan keluhan utama pasien

### Riwayat OBSTETRI :

- Menarche umur : isi sesuai dengan usia pada saat pertama kali pasien menstruasi
- HPHT : Isi haid pertama hari terakhir

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

- Umur Kehamilan : Isi sesuai umur kehamilan pada saat kunjungan
- Riwayat KB : Isi sesuai riwayat KB terakhir pasien
- Siklus : Isi berdasarkan siklus menstruasi pasien
- HPL : Isi sesuai hari perkiraan lahir
- Hamil ke : Isi sesuai jumlah kehamilan, jumlah persalinan dan jumlah keguguran
- Tanggal Lahir : Isi tanggal lahir anak pasien
- Jenis Kelamin : Isi sesuai jenis kelamin anak pasien
- Usia Kehamilan : Isi sesuai usia kehamilan
- Jenis persalinan : Isi sesuai jenis persalinan
- Tempat dan Penolong : Isi sesuai tempat bersalin dan penolong saat bersalin
- BB dan PB : Isi sesuai berat badan dan panjang badan saat lahir
- Asi eksklusif : Isi apakah pasien menyusui bayinya selama 6 bulan
- Keterangan : Isi apakah anak tersebut meninggal atau hidup

**Riwayat Ginekologi** : Isi sesuai dengan riwayat ginekologi pasien

**Riwayat Penyakit Lain lain** : Isi sesuai riwayat penyakit selain ginekologi

- **Pernah dirawat** : Lingkari “YA” jika pasien pernah dirawat dan lingkari “TIDAK” jika pasien tidak pernah dirawat. Isi kapan jika pernah dirawat dan dimana
- **Skala Nyeri** : Lingkari angka sesuai dengan raut wajah pasien  
Beri tanda centang pada nyeri kronis jika pasien merasa nyeri yang sudah lama dan tulis lokasinya dimana Beri tanda centang pada nyeri akut jika pasien merasa nyeri yang timbul pada saat kehamilan dan tulis lokasinya dimana
- **Nyeri hilang** : beri tanda centang pada salah satu alasan yang dapat menghilangkan rasa nyeri
- **Resiko cedera / jatuh** : beri tanda centang pada kolom “TIDAK” jika pasien tidak memiliki resiko jatuh, beri tanda centang pada “YA” jika pasien beresiko jatuh dan isi form monitoring pencegah jatuh dan bila “YA” pasang gelang resiko jatuh warna kuning.

### **31. Formulir Assesmen awal Medis Pasien ICU ( RM 3.W )**

Sebelum melakukan assesmen, tempelkan stiker label pasien dahulu ke pojok kanan atas formulir sesuai tempat yang telah disediakan dan mencantumkan tanggal dilakukannya assesmen tersebut.

## ANAMNESIS

### 1. Keluhan utama

Diisi sesuai keluhan pasien saat dilakukan assesmen.

### 2. Riwayat penyakit sekarang

Diisi kondisi pasien berdasarkan hasil pemeriksaan saat ini secara lengkap.

### 3. Riwayat penyakit dahulu

#### a. Pernah dirawat

Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklis (v) antara pilihan ya atau tidak.

#### b. Kapan

Diisi kapan pasien pernah mengalami penyakit sebelumnya dan dimana dilakukan rawat inap.

## PEMERIKSAAN FISIK

### 1. Keadaan umum

Diisi dengan menuliskan keadaan umum pasien saat masuk ruang icu.

### 2. Kesadaran

Diisi dengan menuliskan kesadaran pasien saat masuk ruang icu lengkap dengan penilaian GCS.

### 3. Tanda vital

Diisi dengan menuliskan tanda vital lengkap yang meliputi tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan serta dilengkapi dengan berat badan, tinggi badan dan status gizi pasien saat awal masuk icu.

## STATUS PSIKOLOGIS

Diisi dengan memberi tanda ceklis (v) pada kolom yang tersedia sesuai kondisi psikologis pasien saat awal masuk icu.

## STATUS MENTAL

Diisi dengan memberi tanda ceklis (v) pada kolom yang tersedia sesuai kondisi mental pasien saat awal masuk icu.

## SOSIAL

### 1. Hubungan pasien dengan keluarga

Diisi dengan memberi tanda ceklis (v) pada kolom yang tersedia.

### 2. Tempat tinggal

Diisi dengan memilih salah satu tempat tinggal pasien dan mencoret yang tidak perlu.

Contoh : rumah / asrama / ~~panti~~ / lainnya

3. Kerabat yang dapat dihubungi

Diisi dengan menuliskan nama, hunungan dan nomer telepon yang dapat dihubungi sesuai identitas keluarga inti pasien.

STATUS SPIRITUAL

1. Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan

Diisi dengan menuliskan kegiatan agama yang biasa dilakukan oleh pasien saat assesmen ke pasien langsung maupun informasi dari keluarga.

2. Kegiatan spiritual yang dibutuhkan selama perawatan

Diisi dengan menuliskan kegiatan spiritual yang mungkin dilakukan pasien saat menjalani perawatan sesuai kebutuhan pasien.

RESIKO CEDERA / JATUH

Diisi dengan memberi tanda ceklis (v) pada kolom yang tersedia sesuai dengan assesmen resiko jatuh sebelumnya.

KEBUTUHAN PRIVASI PASIEN

Diisi dengan memberi tanda ceklis (v) pada kolom yang tersedia sesuai dengan kebutuhan privasi pasien.

STATUS FUNGSIONAL

Diisi dengan memberi tanda ceklis (v) pada kolom yang tersedia sesuai dengan kebutuhan mobilitas pasien saat dilakukan assesmen.

Setelah dilakukan assesmen awal pasien masuk icu, dilengkapi dengan memberi tanggal dan jam dilakukan assesmen tersebut disertai dengan mencantumkan nama terang dan tanda tangan dokter yang melakukan assesmen.

**32. Formulir Pemberian Informasi dan Edukasi Multidisiplin ( RM 4.A )**

- Penjelasan informasi diberikan oleh edukator yang berkompeten
  - a. Dokter/DPJP
  - b. Perawat/Bidan
  - c. Nutrisi
  - d. Manajemen Nyeri
  - e. Psikologi
  - f. Farmasi
  - g. Rohaniawan
  - h. Rehabilitasi Medik
- Tanggal dan Jam : Tuliskan tanggal dan jam saat pemberian informasi
- Durasi : Tuliskan lama pemberian informasi
- Metode : Tuliskan metode apa dalam penyampaian informasi

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

1. Tuliskan D jika Diskusi,
  2. Tuliskan Demo jika Demonstrasi,
  3. Tuliskan C jika Ceramah,
  4. Tuliskan S jika Simulasi,
  5. Tuliskan L jika Leaflet,
  6. Tuliskan PL jika Praktek Langsung.
- Hambatan : Tuliskan jika ada hambatan dalam penyampaian materi edukasi.
    - a. Tuliskan Tidak ada apabila tidak ada hambatan,
    - b. Tuliskan Kecemasan/ketakutan apabila penerima edukasi merasa cemas atau takut,
    - c. Tuliskan Menyangkal apabila penerima edukasi menyangkal edukasi dari edukator,
    - d. Tuliskan Kesalahan apabila penerima edukasi melakukan kesalahan,
    - e. Tuliskan Tidak tertarik/tidak berminat jika hambatan apabila penerima edukator tidak tertarik/tidak berminat menerima edukasi
    - f. Tuliskan Kehilangan harapan apabila penerima edukator kehilangan harapan,
    - g. Tuliskan Bahasa apabila penerima edukator terdapat hambatan dalam bahasa,
    - h. Tuliskan Faktor budaya apabila penerima edukator memiliki hambatan dalam budaya,
    - i. Tuliskan Masalah keuangan apabila penerima edukator memiliki masalah keuangan,
    - j. Tuliskan Tidak ada percaya diri apabila penerima edukator tidak memiliki rasa percaya diri,
    - k. Tuliskan Kelemahan kognitif apabila penerima edukator terdapat kelemahan kognitif,
    - l. Tuliskan Kelemahan sensor apabila penerima edukator memiliki kelemahan sensor,
    - m. Lain-lain, tulis yang dilakukan.
  - Intervensi Mengatasi Hambatan : Tuliskan intervensi/tindak lanjut yang dilakukan untuk mengatasi hambatan.
    - a. Tuliskan Tidak ada apabila tidak ada hambatan,
    - b. Tuliskan Mengulang materi apabila materi yang disampaikan diulang,
    - c. Tuliskan Melibatkan keluarga terdekat apabila melibatkan keluarga,

- d. Tuliskan Melakukan pendekatan dengan cara memakai role model untuk merubah perilaku apabila melakukan pendekatan dengan cara memakai role model untuk merubah perilaku,
  - e. Tuliskan menyediakan penerjemah apabila ada penerjemah,
  - f. Tuliskan Melakukan pendekatan secara budaya/agama apabila Melakukan pendekatan secara budaya/agama,
  - g. Tuliskan Lain-lain (tuliskan yang dilakukan).
- Evaluasi : Hasil pemahaman pasien terhadap penjelasan informasi yang diberikan
  - Verifikasi : Melakukan verifikasi dalam pemberian informasi dengan memberikan checklist pada salah satu kolom sudah belum
  - Paraf>Nama Pasien/Keluarga : Beri tanda tangan penerima informasi beserta nama
  - Paraf>Nama Edukator : Beri tanda tangan pemberi informasi beserta nama

### 33. Formulir Pemberian Informasi Kondisi Terminal ( RM 4.B )

Kotak kanan atas	: Tempel Sticker pada kotak kanan atas sesuai identitas pasien
Diisi oleh dokter	: Pengisian oleh dokter
Diagosa	: Pengisian Diagnosi medis yang ditetapkan oleh dokter
Dasar Diagnosis	: Kondisi Pasien / Keluhan pasien/ data baru yang menjadi penyebab kondisi terminal
Terapi yang sudah diberikan	: Pengisian nama obat yang sudah diberikan dokter serta dosisnya/ tindakan pengobatan apa saja yang sudah diberikan
Prognosa	: Memberitahukan kepada pasien / keluarga informasi tentang perawatan, pengobatan, tindakan yang ada serta kemungkinan kesembuhan atau keberhasilannya.
Pemberi Informasi	: Pengisian nama dokter yang memberikan Informasi
	Disertai tanda tangan

Pengisian tanggal , bulan, tahun, dan jam pelaksanaan pemberian informasi kondisi terminal

Keluarga/Penerima Informasi : Diisi nama dan tanda tangan keluarga

#### **34. Formulir Penerima Informasi Kondisi Pasien ( RM 4.C )**

- Nama : Tulisnamapasienlengkapdengannama yang tercantum dalam KTP, sesuai denganketentuanprosedurpenamaan.
- TempatTanggalLahir : Tulistempattanggal, bulan, tahun
- Tanggalmasuk RS : Tulistanggalpasienmasuk
- Dokterpenanggungjawab : tulisnamadokter yang merawat
- No rekammedis :tulissesuirekammedis
- Nama : tulisnamalengkap orang yang di tunjuk
- Telepon : tulis no. telp orang yang ditunjuk
- Hubungandenganpasien ;tulishubunganpasiendengan orang yang di tunjuk
- Nama : tulisnamalengkap orang yang ditunjuk
- Telepon : tulis no. telp orang yang ditunjuk
- Hubungandenganpasien ;tulishubunganpasiendengan orang yang di tunjuk

#### **35. Formulir Pemberian Informasi ( RM 4.D )**

##### Pemasangan Tindakan Invasif

Bidan atau perawat pelaksana tindakan : tulis nama terang perawat atau bidan yang melakukan tindakan invasif

Pemberi Informasi : Tulis nama terang perawat atau bidan yang memberikan informasi tentang tindakan invasif

Penerima Informasi / Pemberi persetujuan : tulis nama terang pasien atau keluarga pasien yang menerima informasi tentang tindakan invasif yang akan dilakukan

Jenis Informasi: jelaskan pada pasien atau keluarga pasien tentang definisi, tujuan,indikasi tindakan, tata cara, risiko dan komplikasi

Isi informasi : jelaskan pada pasien atau keluarga pasien tentang informasi dari definisi, tujuan, indikasi tindakan, tata cara, risiko dan komplikasi



Tanda : tulis centang pada kolom yang tersedia bila informasi sudah dijelaskan pada pasien atau keluarga pasien dan beri tanda tangan perawat atau bidan yang memberi informasi. Pasien atau keluarga juga memberi tanda tangan pada kolom yang tersedia.

Pekalongan : tulis tanggal bulan tahun dan jam pemberian informasi dan diberi tanda tangan perawat atau bidan

### **36. Formulir Grafik Suhu ( RM 5.A )**

#### GRAFIK

Tanggal : tulis tanggal pemeriksaan

N : Nadi, tulis dengan pensil warna merah hasil pemeriksaan, tiap kotak adalah 4

S : Suhu, tulis dengan pensil warna biru hasil pemeriksaan, tiap kotak adalah 0,2

Tekanan darah : tulis hasil pemeriksaan tekanan darah tiap 6 jam

Pernafasan : tulis hasil pengkajian pernafasan tiap 6 jam

BB dan TB : tulis berat badan dan tinggi badan

HB : tulis hasil hemoglobin

Cairan masuk=

per oral : tulis jumlah makanan, minuman atau obat yang masuk ke dalam tubuh pasien

parenteral : tulis jumlah cairan dan injeksi yang masuk ke dalam tubuh pasien

total input : hitung jumlah per oral ditambah parenteral

Cairan keluar

Muntah : tulis berapa cc bila muntah

Defekasi : tulis berapa cc buang air besar

Urine : tulis berapa cc buang air kecil

Drain : tulis berapa cc bila terpasang drain

IWL : hitung dan tulis hasil pengkajian IWL

Total output : hitung jumlah total cairan yang keluar

Balance : tulis cairan masuk dikurangi cairan keluar

Catatan : tulis bila ada yang perlu dicatat

### **37. Formulir Perkembangan Pasien Terintegrasi ( RM 5.B)**

Tempel stiker pasien di pojok kanan atas

Tanggal/jam : Tulis tanggal dan waktu pemberian asuhan

Dokter ( SOAP / SBAR ) : Dokter mengisi SOAP/SBAR mulai garis sebelah kiri setelah kolom tanggal/jam, boleh berlanjut melewati dua kolom sebelah kanannya

Kode PPA : Tulis kode pemberi asuhan D ; dokter , P ; perawat, B ; bidan, L ; laborat , R ; radiologi, G ; gizi, F ; fisioterapi, A ; apoteker .

Profesi kesehatan lain : PPA selain dokter menulis dikolom ini mulai dari garis putus-putus setelah kode PPA

Tanda tangan/ nama terang : Tulis nama dan tanda tangan PPA

### **38. Formulir Rekonsiliasi Obat ( RM 5.C)**

KOTAK KANAN ATAS: tempelkan identitas pasien

Tanggal dan jam : catat tanggal dan waktu saat obat diberikan ke petugas perawat atau bidan oleh pasien.

Kolom Nama obat : Catat nama obat yang diberikan oleh pasien dan tulis jumlah obatnya

Dosis : Catat dosis yang digunakan oleh pasien

Frekuensi : Catat frekuensi obat (misal 3 kali 1 tablet)

Rute : cara pemberian apakah rectal, oral, parenteral, subcutan,sublingual, atau iv.

Aturan akai : beri tanda centang aturan pakai obat

Obat masih dilanjutkan : beri tanda centang apakah obat masih dilanjutkan atau tidak berdasarkan konfirmasi DPJP.

Nama : diisi nama keluarga pasien

Alamat : diisi keluarga pasien

Suami/istri/ayah/ibu/anak keluarga dari penderita : Buletin salah satu yang sesuai

Nama : diisi nama pasien

Dirawat di ruang : diisi nama ruang rawat pasien      No RM      : diisi no RM pasien

Menyatakan bahwa saya telah menyerahkan kepada perawat/bidan jaga ruang tersebut sejumlah obat seperti dibawah ini: diisi nama obat dan jumlah obat yang dibawa pasien

Disamping obat – obat tersebut diatas, juga telah saya serahkan hasil pemeriksaan sebagai berikut : : lampirkan jika ada pemeriksaan penunjang yang dibawa oleh pasien atau keluarga pasien

Pekalongan..... : diisi tanggal dan tahun

Pukul : diisi jam pada saat proses rekonsiliasi obat

Yang menerima (perawat/ bidan) : buletin salah satu yang sesuai      Ruang :      diisi ruang dari perawat/ bidan yang melakukan rekonsiliasi obat

(.....) : tanda tangan dan nama terang perawat/ bidan yang melakukan rekonsiliasi obat

Yang menyerahkan : diisi tanda tangan dan nama terang pasien/ keluarga pasien yang menyerahkan obat.

### **39. Formulir Pemberian Obat Parenteral ( RM5.D.1 )**

- Kotak kanan atas : tempelkan identitas pasien
- Dokter : tulis nama dokter DPJP
- TB : cantumkan tinggi badan pasien
- BB : cantumkan berat badan pasien jika anak-anak
- Kolom Nama obat/sinonim, bentuk sediaan, kekuatan :
- Alergi obat : tuliskan alergi ada pasien
- CF : catatan farmasi dalam informasi
- Nomor : tuliskan nomor urut obat
- Jumlah : jumlah obat non parenteral yang diberikan.
- Aturan akai : cantumkan aturan pakai obat non parenteral yang diberikan

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

- Rute : cara pemberian apakah injeksi, infus dan nutrisi
- A : penggunaan obat pada pagi hari
- S : penggunaan obat pada siang hari
- E : penggunaan obat pada etang hari
- M : penggunaan obat pada malam hari
- B : penggunaan obat bila perlu

#### **40. Formulir Pemberian Obat Non Parenteral ( RM 5.D.2 )**

- Kotak kanan atas : tempelkan identitas pasien
- Dokter : tulis nama dokter DPJP
- TB : cantumkan tinggi badan pasien
- BB : cantumkan berat badan pasien jika anak-anak
- Kolom Nama obat/sinonim, bentuk sediaan, kekuatan :
- Alergi obat : tuliskan alergi pada pasien
- CF : catatan farmasi dalam informasi
- Nomor : tuliskan nomor urut obat
- Jumlah : jumlah obat non parenteral yang diberikan.
- Aturan akai : cantumkan aturan pakai obat non parenteral yang diberikan
- Rute : cara pemberian apakah rectal atau oral
- A : penggunaan obat pada pagi hari
- S : penggunaan obat pada siang hari
- E : penggunaan obat ada petang hari
- M : penggunaan obat ada malam hari
- B : penggunaan obat bila perlu

#### **41. Formulir Monitoring Efek Samping Obat ( RM 5.E.1 – RM 5.E.2 )**

- Kotak sebelah kanan atas : tempelkan identitas pasien sesuai KT
- Diagnosa : catat hasil diagnosa pasien oleh apoteker penanggungjawab pasien.
- Berat Badan : catat berat badan pasien terutama anak-anak
- Kolom jenis kelamin : beri tanda silang sesuai jenis kelamin pasien dan keadaan khusus pasien jika hamil atau tidak.
- Kolom penyakit utama : isi diagnosa penyakit utama pada pasien
- Kolom kesudahan penyakit utama : beri tanda silang apakah keadaan pasien sembuh, meninggal, sembuh dengan gejala sisa belum sembuh atau tidak diketahui oleh apoteker.
- Kolom kondisi lain yang menyertai : beri tanda silang apakah ada penyakit tambahan yang menyertai penyakit utama.
- Efek samping obat yang terjadi : catat jika ada efek samping obat yang muncul akibat terapi obat.
- Kolom tanggal mula terjadi : catat kapan mulai muncul efek samping obat.
- Kolom kesudahan ESO : beri tanda silang apakah efek samping obat yang muncul sembuh, meninggal, sembuh dengan gejala, belum sembuh atau tidak tahu oleh apoteker
- Riwayat ESO yang pernah dialami : tanyakan ke pasien apakah pernah mengalami efek samping obat sebelumnya.
- Nama dagang/Generik/ pabrik/IF : catat nama obat, generik, pabrik atau IF yang diberikan kepada pasien.
- Bentuk sediaan : catat bentuk sediaan obat yang diberikan kepada pasien apakah injeksi, tablet atau sup
- Nomor Batch : catat nomor batch obat yang diberikan
- Cara : catat cara pemberian obat yang diberikan kepada pasien apakah oral, parenteral atau rectal

- Dosis/waktu : Catat dosis obat berapa mg dalam sehari pakai untuk pasien.
- Tanggal mulai : Catat tanggal dimulainya obat tersebut diberikan.
- Tanggal akhir : Catat tanggal dihentikannya obat tersebut diberikan.
- Kolom keterangan tambahan : catat waktu timbulnya ESO, reaksi setelah obat dihentikan, pengobatan yang diberikan untuk mengatasi ESO.
- Data Laboratorium : catat data laboratorium yang menginterpretasikan ESO jika ada
- Tanggal pemeriksaan : catat tanggal pemeriksaan
- Tempat dan waktu : catat tempat kejadian dan ada waktu kapan.
- Pelapor : tulis nama Apoteker penanggungjawab pasien

#### **42. Formulir Monitoring Transfusi Darah ( RM 5.F )**

- Tempel stiker pasien di pojok kanan atas
- Nama pasien : Tulis nama pasien
- Tanggal lahir : Tulis tanggal, bulan tahun lahir pasien
- No.RM : Tulis nomo RM pasien
- Ruang rawat : Tulis ruang perawatan
- Dokter yang merawat : Tulis dokter yang merawat
- No, Tanggal , Jam : Tulis nomor urut, tanggal dan waktu monitoring
- Labu ke : Tulis labu ke berapa
- TTV : Tulis TD; tekanan darah , HR; nadi, RR; pernapasan, S ; suhu pasien.
- Lokasi insersi : Tulis lokasi pemasangan tranfusi, tangan kanan/ kiri, kaki kanan/kiri
- Nama perawat : Tulis nama perawat yang memonitor
- Paraf : Tanda tangan perawat
- Reaksi alergi : Tulis ada reaksi alergi atau tidak
- Keterangan : diisi bila diperlukan , misalnya ada alergi, dikolom ini ditulis tranfusi di stop karena alergi..

#### **43. Formulir Implementasi Keperawatan/Kebidanan ( RM 5.G )**

- Tanggal jam : tulis tanggal dan jam melakukan tindakan
- Implementasi : tulis semua tindakan yang diberikan kepada pasien

- Nama dan tanda tangan : tulis nama terang perawat / bidan disertai tanda tangan

#### 44. Formulir Konsultasi ( RM 5.H )

an atas	Sticker pada kotak kanan atas sesuai identitas pasien
n	an Tanggal jam permintaan konsultasi
aan konsultasi	an permintaan konsultasi dari dokter spesialis ke dokter spesialis lain
angan dan nama terang	tangan dan nama terang dokter spesialis yang yang meminta konsultasi
n	an Tanggal jam jawaban konsultasi
n Konsultasi	an jawaban konsultasi dari dokter spesialis yang dimintai konsul
angan dan nama terang	tangan dan nama terang dokter spesialis yang yang memberikan jawaban konsultasi

#### 45. Formulir Monitoring Pemasangan Restrain ( RM 5.1 – RM 5.3 )

##### RM 5.1.1

- Tempel stiker pasien dipojok kanan atas
- Alasan menggunakan restrain ; centrang pada kotak yang dipilih
- Tanggal dan waktu aplikasi ; tulis tanggal dan waktu aplikasi
- Jenis restrain ; centrang pada kotak yang dipilih
- Batas waktu ( dursi ) berlakunya restrain ; centrang pada kotak yang dipilih
- Restrain dihentikan jika ; centrang pada kotak yang dipilih
- Pilihan alternative yang telah dicoba ; centrang pada kotak yang dipilih
- Pekalongan ; tulis tanggal dan waktu pelaksanaan monitoring
- Perawat ; tulis nama perawat

##### RM 5.1.2

- Rencana asuhan keperawatan pasien : Centang (V) kotak yang dipilih
- Aplikasi restraint pada pasien dengan perilaku destruktif / membahayakan
- Bagian evaluasi dan penilaian ulang penilaian restraint (lingkari yang dimaksud)  
: No 1 -6 lingkari ya / tidak sesuai yang dipilih
- Unit
  - centang (V) kotak sesuai tempat perawatan pasien
  - batas waktu berlakunya restraint : tulis tanggal, bula, tahun
  - waktu penghentian restraint : tulis tanggal, waktu pengehniaan restraint

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

- bagian evaluasi ini disesuaikan oleh : tulis nama PPA yang evaluasi

- Lengkapi kotak ini untuk pasien dengan perilaku destruktif/ membahayakan (lingkungan yang dimaksud) No 1-3 lingkari Ya/ tidak sesuai yang dipilih
- Pekalongan : tulis tanggal, bulan dan tahun
- Pukul : tulis jam selesai pengakajian
- Dokter / perawat : tulis nama dan tanda tangan dokter/ perawat

#### RM 5.1.3

- Tempel stiker pasien dipojok kanan atas
- Nama pasien ; Tulis nama pasien
- Tanggal lahir ; Tulis tanggal lahir ,bulan,tahun
- No.RM ; Tulis nomor RM
- Ruang Rawat ; Tulis ruang perawatan
- Dokter yang merawat ; Tulis dokter yang merawat
- Tanggal/ jam pemasangan ; Tulis tanggal dan waktu pemasangan
- No ; Tulis nomor urut 1, 2, 3 dst
- Tanggal ; Tulis tanggal, bulan tahun pemasangan
- Jam ; Tulis waktu pemasangan
- KU ; Tulis keadaan umum pasien
- TD ; Tulis tekanan darah pasien
- HR ; Tulis nadi pasien
- RR ; Tulis pernafasan pasien
- S ; Tulis suhu pasien
- Lokasi Restrain ; Beri tanda centrang bila tangan kanan, tangan kiri, kaki kanan, atau kaki kiri
- Luka ; Beri tanda + bila ada luka dan beri tanda – bila tidak ada luka
- Nama perawat ; Tulis nama perawat yang mengerjakan
- Paraf ; tanda tangan perawat yang mengerjakan
- Pekalongan ; Tulis tanggal, bulan ,tahun dan jam pelaksanaan
- Perawat ; Tulis nama perawat dan tanda tangan

#### **46. Formulir Partograf ( RM 5.J.1 – RM 5.J.2 )**

##### RM 5.J.1

Umur : Diisi umur pasien saat ini

Tanggal : Diisi tanggal masuk saat pasien dirawat

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*



G ... P ... A ...: Diisi sesuai riwayat kehamilan sekarang

Pukul : Diisi jam masuk pasien

Ketuban Pecah Dini : Diisi jam apabila ketuban sudah pecah sebelum ada pembukaan.

Bila

ketuban belum pecah diberi tanda ( - )

Mules sejak pukul : Diisi jam saat pasien pertama kali merasa kenceng – kenceng.

DJJ : Catat hasil detak jantung janin setiap 30 menit (lebih sering apabila ada tanda gawat janin) dan lakukan penilaian irama DJJ apakah DJJ teratur (regular) atau tidak teratur (irregular)

Air Ketuban : Diisi apabila ketuban sudah pecah dengan menggunakan simbol huruf K apabila air ketuban berwarna Keruh, J apabila air ketuban berwarna Jernih dan M apabila air ketuban berwarna Mekonium

Penyusupan : Diisi apabila ada penyusupan pada sutura bayi

0 => tidak ada penyusupan

1 => sutura merapat

2 => sutura tumpang tindih namun bisa dipisahkan

3 => sutura tumpang tindih tidak bisa dipisahkan

Pembukaan Serviks : Diisi mulai dari kala I fase aktif dengan membuat tanda silang pada

garis serta memberi tanda O untuk menentukan penurunan kepala bayi sesuai hasil pemeriksaan

Kontraksi : Catat kontraksi yang dialami pasien dalam waktu 10 menit dengan menghitung berapa kali (frekuensi) dan berapa lama waktu setiap kali terjadinya kontraksi

Oksitosin U/L : Diisi apabila pasien diberikan induksi persalinan per infuse dengan Tetes/menit mencatat jenis cairan infus serta tetesan yang diberikan

Obat dan Cairan IV: Diisi apabila pasien mendapat obat injeksi IV

Nadi, TD, Suhu : Diisi hasil pemeriksaan TTV pasien

Urine : Diisi sesuai hasil laboratorium apabila pasien dilakukan pemeriksaan

Makan/Minum terakhir : Diisi saat kapan terakhir pasien makan atau minum, serta jumlah dan jenisnya

TTD dan : berikan tanda tangan serta nama petugas setelah selesai melakukan tindakan

Nama petugas

#### **47. Formulir Perinatal ( RM 5.K )**

- Nama (NamaIbu) : Tulis nama lengkap ibu dengan nama yang tercantum dalam KTP, sesuai dengan ketentuan prosedur penamaan.
- Tanggal Lahir : Tulis tanggal, bulan, tahun dan jam pasien lahir.
- DiagnosaBayi : Catat dengan jelas diagnose awal terkait bayi (Dan terkait Ibu jika diperlukan).
- Grafik TTV : Catat grafik suhu bayi dengan pensil warna biru dan catat Berat badan bayi dengan angka setiap harinya.
- RiwayatPersalinan : Diisi pada waktu bayi lahir dengan mengkaji riwayat persalinanIbu.
- Nilai Apgar Score : Catat dengan jelas nilai poin-poin apgar score bayi pada Menit pertama (1), ke-lima (5), danke-sepuluh (10).
- Cap Kaki : Diisi dengan cap kaki kanan dan kaki kiri bayi.

#### **48. Formulir Monitoring HISS dan DJJ / Induksi Persalinan ( RM 5.L )**

- Ruang : Catat ruangan dimana pasien dirawat
- DPJP : Tulis nama dokter penanggung jawab pelayanan
- Tanggal/Jam : Tuliskan tanggal dan jam saat pemberian induksi dan setiap kali melakukan pemeriksaan
- NST/GCT : Tulis hasil rekam jantung janin yang telah dikonsulkan DPJP
- Infus : 1. Jenis : Tulis jenis cairan infus yang digunakan untuk induksi  
2. Tetesan : Catat aturan tetesan infuse induksi dimulai dari 8 tpm sampai max. 40 tpm atau hingga his adekuat

- His : Catat kontraksi yang dialami pasien dalam waktu 10 menit dengan menghitung
- berapa kali (frekuensi) dan berapa lama waktu setiap kali terjadinya kontraksi
- DJJ : Catat hasil detak jantung janin setiap 30 menit (lebih sering apabila ada tanda
- gawat janin) dan lakukan penilaian irama DJJ apakah DJJ teratur (regular) atau tidak teratur (irregular)
- VT : Catat hasil pemeriksaan dalam mulai dari inspeksi vulva, konsistensi portio,
- pembukaan servix, kulit dan air ketuban, presentasi dan posisi janin serta
- penurunan bagian terbawah janin
- TTD dan : berikan tanda tangan serta nama petugas setelah selesai melakukan tindakan
- Nama petugas

#### **49. Formulir Pengawasan Istimewa ( RM 5.M )**

- Penyebab perdarahan : Tulis sesuai penyebab terjadinya perdarahan
- HB : Tulis sesuai hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin
- GD : Tulis sesuai hasil pemeriksaan laboratorium golongan darah
- P : Tulis sesuai jumlah riwayat persalinan
- A : Tulis sesuai jumlah riwayat abortus
- Tgl/jam : Tulis sesuai waktu pengkajian
- Kesadaran : Tulis sesuai dengan keadaan/kondisi pasien
- T : Tulis sesuai hasil pemeriksaan tekanan darah
- S : Tulis sesuai hasil pemeriksaan suhu
- N : Tulis sesuai hasil pemeriksaan nadi

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

- Rr : Tulis sesuai hasil pemeriksaan pernapasan
- Uc : Tulis sesuai hasil pemerabaan uterus
- Jumlah perdarahan : Tulis sesuai jumlah estimasi perdarahan
- Output urine : Tulis seusai jumlah produksi urine
- Th : Tulis sesuai advis yang diberikan oleh dokter

#### **50. Formulir Intervensi Pasien Resiko Jatuh ( RM 5.N )**

- Tempelkan stiker label pasien pada pojok kanan atas formulir.
- Pastikan dulu pada assesmen sebelumnya apakah klien termasuk pada resiko rendah, resiko sedang ataupun resiko tinggi. Beri tanda ceklis (v) pada tempat yang tersedia sesuai hasil assesmen sebelumnya.
- Pilih intervensi resiko jatuh yang akan dilakukan dengan memberi tanda ceklis (v) pada kolom yang tersedia.
- Cantumkan tanggal dan jam kapan dilakukannya intervensi resiko jatuh tersebut.
- Lampirkan tanda tangan dan nama terang PPA yang melakukan assesmen serta tanda tangan dan nama terang pasien atau keluarga yang dilakukan assesmen tersebut.

#### **51. Formulir Penempelan Hasil Penunjang ( RM 5.O )**

Permintaan pemeriksaan penunjang ditulis dengan lengkap, jelas dan terbaca.

Penempatan hasil pemeriksaan:

Hasil pemeriksaan penunjang ditempel secara berurutan dan dimulai dari garis yang paling bawah.

#### **52. Formulir Rencana Asuhan Keperawatan ( RM 6.A.1 – RM 6.A.17 )**

- Tanggal jam : tulis tanggal dan jam melakukan tindakan
- Diagnosa keperawatan : pilih diagnosa keperawatan yang muncul setelah pengkajian dan centang sesuai dengan kondisi pasien
- Intervensi : centang rencana tindakan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien
- Nama dan tanda tangan : tulis nama terang perawat / bidan disertai tanda tangan

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

**53. Formulir Dokumentasi Pemberian Informasi ( RM 6.B )**

- Dokter pelaksana tindakan : tulis nama dokter pelaksana tindakan
- Pemberi informasi : tulis nama pemberi informasi
- Penerima informasi /  
Pemberi persetujuan : tulis nama yg menerima informasi
- Isi informasi : jabarkan informasi yang akan diinformasikan kepada penerima informasi meliputi diagnosis ( WD & DD), dasar diagnosis, tindakan kedokteran, tindakan kedokteran, indikasi tindakan, tata cara, tujuan, manfaat, risiko, komplikasi, prognosis, alternatif & risiko, lain-lain.
- Tanda : ceklist informasi yang sudah diberikan
- Tanda tangan : tanda tangan dan beri nama terang pemberi informasi dan penerima informasi.
- Tanggal dan jam : tulis tanggal dan jam pada saat pemberian informasi
- Tanda tangan dokter : tanda tangan dan nama terang dokter yang memberi informasi

**54. Formulir Pernyataan Persetujuan / Penolakan Medis dan Pengobatan ( RM 6.C )**

nama	Sticker pada kotak kanan atas sesuai identitas pasien
bertanda tangan dibawah ini	Identitas yang bertanda tangan
a. Nama	nama yang bertanda tangan
b. Tanggal Lahir	tanggal lahir yang bertanda tangan
c. Jenis Kelamin	salah satu yang tidak sesuai penanda tangan
d. Alamat	alamat yang bertanda tangan
ini menyatakan dengan	rikan tanda checklist pada kotak yang dinyatakan,
sesungguhnya telah	jika menyetujui checklist di kotak persetujuan, dan
memberikan	jika menolak checklist di kotak menolak
lakukan tindakan medis berupa	
diri	yang tidak sesuai
menyatakan	an tanda tangan dan nama terang yang menyatakan
	persetujuan/ penolakan medis dan pengobatan
	an tanda tangan dan nama terang dokter yang
	memeriksa

an tanda tangan dan nama terang Saksi I

an tanda tangan dan nama terang Saksi II

#### **55. Formulir Persetujuan Penundaan Pelayanan atau Pengobatan ( RM 6.D )**

- Yang bertanda tangan :  
Nama : Tulis nama sesuai dengan E-ktp.  
Umur : Tulis usia saat ini.  
Alamat : Tulis alamat sesuai dengan E-ktp  
Hubungan Dengan Pasien : Tulis jenis hubungan dengan pasien
- Menyetujui / tidak menyetujui : Coret salah satu bila setuju atau tidak setuju.  
Nama Pasien : Tulis nama pasien sesuai E-ktp/ akta lahir.  
Tanggal Lahir : Tulis tanggal lahir sesuai E-ktp/ akta lahir.  
Nomor RM : Tulis sesuai nomor rekam medik.  
Ruangan/kelas : Tulis ruangan/kelas sesuai ruangan pasien tersebut dirawat.  
DPJP : Tulis dokter penanggung jawab pasien.
- Jenis penundaan : Tulis jenis pelayanan / tindakan yang mengalami penundaan.
- Alasan Penundaan : Tulis alasan penundaan pelayanan/ tindakan.
- Lama Penundaan : Tulis waktu lama penundaan pelayanan.
- Alternatif Pilihan : Tulis alternative pilihan ( bila ada )
- Tanggal : Tulis tanggal,bulan,tahun,dan pukul saat formulir itu diisi.
- Yang membuat Pernyataan : Tulis nama terang dan tanda tangan yang membuat pernyataan tersebut.
- Saksi keluarga : Tulis nama terang dan tanda tangan saksi dari pihak keluarga pasien.
- Saksi Rumah Sakit : Tulis nama terang dan saksi rumah sakit meliputi perawat/ bidan.

#### **56. Formulir Permintaan Pelayanan Kerohanian ( RM 6.E )**

- Nama : Tulis nama penanggungjawab
- Umur : tulis sesuai umur
- Alamat: tulis alamat sesuai KTP
- Hubungan dengan pasien : tulis hubungan dengan pasien (ayah, ibu, anak, tetangga dll).
- Nama : Tulis nama lengkap pasien nama yang tercantum dalam KTP, sesuai dengan ketentuan prosedur pelayanan)

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

- No RM : tulis sesuai nomor rekam medis
- Umur : tulis umur sesuai KTP
- Alamat: tulis alamat pasien sesuai KTP

**57. Formulir Permintaan Pendapat Lain / Second Opinion ( RM 6.F )**

- Nama : Tulis nama pasien lengkap dengan nama yang tercantum dalam KTP, sesuai dengan ketentuan prosedur penamaan.
- Tempat Tanggal Lahir: Tulis tempat tanggal, bulan, tahun sesuai KTP  
Alamat : tulis alamat pasien

## 58. Formulir Permintaan Privasi ( RM 6.G )

- Nama : Tulis nama pasien lengkap dengan nama yang tercantum dalam KTP, sesuai dengan ketentuan prosedur penamaan.
- No. RM : tulis sesuai nomor rekam medik
- Nama : tulis nama lengkap orang yang di tunjuk
- Alamat: tulislah alamat lengkap pasien di mana ia tinggal (sesuai KTP)
- No Telepon/HP : tulis no. telp orang yang ditunjuk

**59. Formulir Permintaan Petugas Penerjemah ( RM 6.H )**

ananas	Sticker pada kotak akan sesuai identitas pasien
pasien	an nama lengkap pasien
l	an nomor rekam medis pasien di RS
Perawatan	an ruang dimana pasien dirawat inap
Nomor	an nomor kamar sesuai kamar pasien dirawat inap
aan permintaan pelayanan	
petugas penerjemah	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bahasa Inggris</li> <li>▪ Bahasa Arab</li> <li>▪ Bahasa Lainnya</li> <li>▪ Keterbatasan fisik</li> </ul>	an diberi tanda centang sesuai permintaan pasien
	an tempat, tanggal, bulan dan tahun dibuat
	an kedatangan dan nama terang petugas
' keluarga pasien	an tanda tangan dan nama terang pasien / keluarga pasien

#### **60. Formulir Monitoring Intra Anestesi / Sedasi ( RM 7.A )**

- Premedikasi : tulis obat premedikasi anestesi yang digunakan
- Dilakukan di : tulis tempat saat melakukan premedikasi (ruangan/OK)
- Induksi : tulis obat untuk induksi yang digunakan
- Oksigenasi : tulis dosis pemberian oksigen
- Inhalasi : ceklist sesuai yang digunakan
- Jenis anestesi : ceklist jenis anestesi yang digunakan
- Teknik anestesi : ceklist teknik anestesi yang digunakan
- Posisi puncture : tulis posisi saat melakukan puncture
- Level : ceklist sesuai yang dilakukan
- Jarum : tulis no. Jarum yang digunakan untuk anestesi regional
- Agen : tulis volume dan dosis yang digunakan untuk regional anestesi
- Komplikasi akut : tulis komplikasi yang terjadi
- Penanganan : tulis penanganan untuk mengatasi komplikasi yang terjadi
- Pemantauan status fisiologis : tulis dan grafik TTV, pemakaian obat selama dilakukan anestesi
- Jam anestesi : tulis jam dimulai dan diakhirinya anestesi
- Jam pembedahan : tulis jam dimulai dan diakhirinya pembedahan
- Tanggal dan waktu : tulis tanggal dan waktu pelaksanaan
- Tanda tangan : tulis nama terang dan tanda tangan dokter anestesi

#### **61. Formulir Laporan Anestesi Umum ( RM 7.B )**

- ahli bedah : tulis nama dokter operatornya
- ahli anestesi : tulis dokter anestesinya
- penata anestesi : tulis penata anestesinya
- diagnosa pra operasi : tulis diagnosa pra operasinya
- prosedur : tulis prosedur yang dilakukan
- sifat operasi : ceklist yang sesuai
- kardiovaskuler : ceklist yang sesuai
- respiratori : ceklist yang sesuai
- syaraf : ceklist yang sesuai
- renal : ceklist yang sesuai
- endokrin : ceklist yang sesuai
- gastro intestinal : ceklist yang sesuai



- alergi : ceklist yang sesuai
- jalan nafas : ceklist yang sesuai
- klasifikasi ASA : ceklist yang sesuai
- jenis anestesi : ceklist yang sesuai
- tanda vital : ceklist yang sesuai
- data penunjang : ceklist yang sesuai dan tulis hasilnya
- penunjang lain : ceklist yang sesuai
- posisi pasien : ceklist yang sesuai
- medikasi pra bedah : tulis medikasi pra bedah
- tanggal dan waktu : tulis tanggal dan waktu dilakukan
- tanda tangan : tanda tangan dan nama terang dokter anestesi

## **62. Formulir Anestesi Lokal ( RM 7.C )**

- Dokter operator : tulis nama dokter operator
- Asisten : tulis nama asisten operasi
- Perawat : tulis nama perawat operasi
- Diagnosa pra operatif : tulis diagnosa sebelum operasi
- Diagnosa pasca operatif : tulis diagnosa pasca operasi
- Prosedur : tulis prosedur operasi tersebut
- Kesadaran : ceklist jika kesadaran pasien compos mentis dan kooperatif
- Tanda tanda vital : tulis jam berapa dilakukan ttv
- Tensi : tulis hasil tensi pasien tersebut
- Nadi : tulis nadi pasien tersebut
- Pernafasan : tulis hasil pernafasan pasien tersebut
- SaO2 : tulis hasil saO2 pasien tersebut
- Riwayat penyakit : tulis riwayat penyakit pasien tersebut
- Riwayat operasi : tulis riwayat operasi pasien tersebut
- Alergi : tulis jika pasien mempunyai alergi
- Laborat : catat hasil pemeriksaan laboratorium
- Cairan IV : catat cairan IV yang diberikan
- Verifikasi pasien : ceklist verifikasi pasien tersebut
- Tanggal : tulis tanggal dilakukan monitoring intra anestesi lokal
- Mulai anestesi lokal : tulis jam berapa dimulainya anestesi lokal
- Mulai operasi : tulis jam berapa dimulainya operasi
- Selesai operasi : tulis jam berapa selesainya operasinya

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

- Durasi operasi : tulis berapa durasi operasi
- Cara penyuntikan : tulis cara penyuntikan obat anestesi lokal
- Respon : tulis respon pasien setelah di injeksi obat anestesi lokal
- Jenis obat anestesi lokal : tulis obat yang digunakan untuk anestesi lokal
- Dosis pemberian : tulis dosis pemberian obat anestesi
- Grafik monitoring : tulis dan grafik tanda-tanda vital selama intra anestesi lokal
- Kesimpulan monitoring : tulis kesimpulan selama monitoring intra anestesi
- Tanggal dan waktu : tulis tanggal dan waktu pelaksanaan
- Tanda tangan : tanda tangan dan nama terang dokter operator, perawat

### **63. Formulir Monitoring Pasca Anestesi Lokal ( RM 7.D )**

- Ruang pemulihan : ceklist ya atau tidak
- Masuk jam : tulis jam masuk ruang pemulihan
- Keluar jam : tulis jam keluar ruang pemulihan
- Grafik monitoring pasca anestesi lokal : tulis dan grafik tanda-tanda vital monitoring pasca anestesi lokal setiap 15 menit
- Catatan-catatan : tulis jika ada catatan-catatan tertentu
- Kesadaran : ceklist yang sesuai
- Jenis anestesi : ceklist anestesi lokal
- Penatalaksanaan nyeri : ceklist yang sesuai dan tulis dosisnya
- Resusitasi jantung paru (bila perlu) :
  - ✓ Indikasi resusitasi : ceklist indikasi dilakukannya resutasi
  - ✓ RJP : ceklist yang sesuai
- Posisi pasien : ceklist yang sesuai
- Alat yang ditanam : tulis jika ada alat yang ditanam/dipasang di pasien
- Kriteria pasca anestesi lokal di ruang pemulihan : tulis jumlah score
- Skala nyeri objektif : ceklist yang sesuai
- Rawat pasca operasi : ceklist yang sesuai
- Monitoring : ceklist dan tulis hasil tanda-tanda vital
- Program cairan : tulis program cairan yang akan diberikan
- Program obat : tulis program obat yang akan diberikan
- Catatan lain : tulis jika ada catatan-catatan tertentu
- Tanggal dan waktu : tulis tanggal dan jam pelaksanaan
- Tanda tangan : tanda tangan dan nama terang perawat ruang pemulihan da perawat ruangan/poli

#### **64. Formulir Monitoring Pemulihan di Ruang Pemulihan ( RM 7.E.1 – RM 7.E.2 )**

- Kriteria bromage score : ceklist kriteria tersebut jika menggunakan spinal anestesi
- Kriteria Steward score : ceklist kriteria jika menggunakan general anestesi untuk anak
- Kriteria Aldrette score :ceklist kriteria jika menggunakan general anestesi dewasa
- Skala nyeri obyektif : ceklist salah satu skala nyeri pasien
- Rawat pasca operasi : ceklist salah satu ruangan pasca operasi, jika rawat inap tulis nama ruangan tersebut
- Monitoring : ceklist monitoring pasca operasi dan tulis berapa menit dan selama berapa jam dilakukan monitoring tersebut
- Program cairan : tulis program cairan pasca operasi
- Progra obat :tulis program obat pasca operasi
- Jika terjadi mual diberi : tulis apa yang akan diberikan
- Jika menggigil diberi : tulis apa yang akan diberikan
- Jika tekanan darah systole <90mmHg beri injeksi ephedrine : tulis pemberian ephedrine tersebut
- Jika nadi < 50x/menit beri injeksi sulfat atropine : tulis pemberian injeksi sulfat atropine tersebut
- Posisi tidur : tulis posisi tidur pasien pasca operasi
- Bedres total selama : tulis berapa lama bedres total
- Tanggal dan jam : tulis tanggal dan jam dilakukan monitoring tersebut
- Tanda tangan dokter : tanda tangan dan nama terang dokter anestesi
- Tanda tangan perawat ruang pemulihan : tanda tangan dan nama terang perawat ruang pemulihan
- Tanda tangan perawat ruangan : tanda tangan dan nama terang perawat ruangan

#### **65. Formulir Serah Terima Asuhan Keperawatan Pra Bedah ( RM 8.A )**

- Rencana pembedahan : tulis nama dokter operator, dokter anestes, diagnosa medis, prosedur operasi
- Sifat operasi : ceklist yang sesuai
- Jenis anestesi : ceklist yang sesuai
- Tanda-tanda vital : ceklist dan tulis yang sesuai
- Kesadaran : ceklist yang sesuai
- Riwayat penyakit pasien : ceklist yang sesuai

- Pengobatan saat ini : ceklist yang sesuai, jika ada jelaskan
- Operasi sebelumnya : ceklist yang sesuai, jika ada jelaskan jenis operasinya, kapan dan dimana
- Riwayat alergi : ceklist yang sesuai, jika ada jelaskan
- Laboratorium : ceklist yang sesuai
- Penunjang lain : ceklist yang sesuai
- Hasil pemeriksaan : kesimpulan dari hasil pemeriksaan penunjang lain
- Periksa identitas dan gelang pasien : jika dilakukan di ceklist, jika
- Periksa asesmen pra anestesi dan pra bedah : jika dilakukan di ceklist
- Periksa informed consent anestesi dan bedah : jika dilakukan di ceklist
- Periksa persetujuan anestesi dan bedah : jika dilakukan di ceklist
- Periksa kelengkapan penunjang : jika dilakukan di ceklist
- Periksa jenis dan lokasi pembedahan : jika dilakukan di ceklist
- Site marking : jika dilakukan di ceklist
- Puasa/makan dan minum terakhir : jika dilakukan di ceklist dan tulis jamnya
- Hukna/lavement : jika dilakukan di ceklist dan tulis jamnya
- Persiapan kulit/cukur : jika dilakukan di ceklist
- Personal hygiene (mandi keramas) : jika dilakukan di ceklist
- Pengosongan kandung kemih : jika dilakukan di ceklist dan tulis kateter no berapa
- Lepas protesse luar (gigi palsu, lensa kontak, alat bantu dengar) : jika dilakukan di ceklist
- Lepas aksesoris : jika dilakukan di ceklist
- Menggunakan protessa dalam : jika dilakukan di ceklist
- Memakai baju dan topi pasien operasi : jika dilakukan di ceklist
- Memastikan persediaan darah : jika dilakukan di ceklist dan ceklist jenis produk darahnya
- Obat yang disertakan : jika dilakukan di ceklist
- Infus : jika dilakukan di ceklist, tulis tanggal pemasangan, jenis cairan, dan tetesannya
- Profilaksis : jika dilakukan di ceklist, tulis jam pemberiannya, jenis obat dan dosisnya
- Tanggal dan waktu : tulis tanggal dan waktu pelaksanaan

#### **66. Formulir Rencana Asuhan Medis Pasca Bedah ( RM 8.B )**

- Diagnosa pasca operasi : tulis diagnosa pasca bedah

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

- Rawat pasca operasi : ceklist ruang perawatan pasca operasi
- Rencana rawat : berapa hari perawatan pasca operasi
- Rontgen ulang : kapan dilakukan rontgen ulang
- Laboratorium ulang : ceklist dan tulis cek laboratorium pasca operasi
- Rawat luka pasca operasi : tulis perawatan luka pasca operasi
- Drainage luka : tulis drainage luka yang digunakan
- Tampon luka : tulis tampon luka yang digunakan
- Irigasi cateter : tulis irigasi cateter yang dilakukan
- Traksi cateter : tulis traksi cateter yang digunakan
- Mobilisasi : tulis mobilisasi pasca operasi
- Prosedur : tulis prosedur pasca operasi
- Diet/ nutrisi : tulis diet/ nutrisi pasca operasi
- Terapi injeksi : tulis terapi injeksi pasca operasi
- Terapi obat oral : tulis terapi obat oral pasca operasi
- Terapi cairan : tulis terapi cairan pasca operasi
- Tanggal dan jam : tulis tanggal dan jam pengisian formulir
- Tanda tangan dokter : tanda tangan dan nama terang dokter bedah

#### **67. Formulir Serah terima Asuhan Keperawatan Pasca Bedah ( RM 8.C )**

- Periksa identitas & gelang pasien : ceklis ya atau tidak
- Periksa informed consent anestesi dan bedah : ceklis ya atau tidak
- Periksa kelengkapan surgical safety ceklist : ceklis ya atau tidak
- Periksa kelengkapan laporan operasi : ceklis ya atau tidak
- Periksa berkas pemeriksaan penunjang : ceklis ya atau tidak
- Periksa berkas laboratorium : ceklis ya atau tidak
- Resep untuk ruangan atau ODC : ceklis ya atau tidak
- Rencana asuhan pasca bedah oleh ahli anestesi : ceklis ya atau tidak
- Rencana asuhan keperawatan pasca bedah : ceklis ya atau tidak
- Alat bantu nafas : jika tidak terpasang ceklis tidak, jika terpasang pilih alat yang dipasang & nomor berapa
- Infus : jika tidak terpasang ceklis tidak, jika terpasang pilih jenis cairan & jumlah total
- Transfusi darah : jika tidak terpasang ceklis tidak, jika terpasang pilih jenis produk darah & jam masuk

- Folley cateter : jika tidak terpasang ceklis tidak, jika terpasang ceklist nomor cateter, jenis, isi balon, warna urin, urin bag, traksi cateter. Tuliskan isi balon & jumlah urin
- maagslag/NGT : jika tidak terpasang ceklis tidak, jika terpasang ceklist ya
- drainage luka : jika tidak terpasang ceklis tidak, jika ya ceklis sesuai pilihan dan posisinya dimana
- tampon kassa : jika tidak terpasang ceklis tidak, jika ya tulis posisi dan jumlah
- fiksasi gips : jika tidak terpasang ceklis tidak, jika terpasang ceklist posisinya dimana
- specimen untuk pemeriksaan : jika tidak ada specimen untuk pemeriksaan ceklis tidak, jika ya ceklist jenis pemeriksaan, jumlah jaringan atau cairan, jenis jaringan
- specimen tidak untuk pemeriksaan : jika tidak ada specimen ceklis tidak, jika ya ceklist dibawa pasien atau dibuang sebagai limbah/dihancurkan, jumlah jaringan/cairan, jenis jaringan
- Tanggal dan jam : tulis tanggal dan jam dilakukan
- tanda tangan perawat kamar operasi yang menyerahkan : tanda tangan dan nama terang perawat kamar operasi yang menyerahkan
- tanda tangan perawat ruangan yang menerima : tanda tangan dan nama terang perawat ruangan yang menerima.

#### **68. Formulir Asuhan Keperawatan di Kamar Operasi ( RM 8.D )**

- Diagnosa medis : tulis diagnosa medis
- Prosedur : tulis prosedur yang dilakukan
- Jenis anestesi : ceklist salah satu pilihan
- Data subjektif : ceklist data subjektif yang muncul
- Data objektif : ceklist data objektif yang muncul
- No. : ceklist no. Diagnosa
- Jam (diagnosa): tulis jam perumusan diagnosa
- Rencana : ceklist rencana keperawatan yang dipilih
- Jam (evaluasi) : tulis jam evaluasi
- Evaluasi keperawata : ceklist evaluasi keperawatan
- Tanggal dan jam : tulis Tanggal dan jam dilakukan
- Tanda tangan perawat kamar operasi : tanda tangan dan nama terang perawat kamar operasi
- Tanda tangan perawat ruangan : tanda tangan dan nama terang perawat ruangan

#### **69. Formulir Monitoring Durante Operasi ( RM 8.E.1 – RM 8.E.2 )**

- Penempatan pasien : ceklist kamar operasi 1 atau 2
- Pengaturan posisi pasien : ceklist posisi yang di pilih
- Preparasi operasi : ceklist preparasi yang dilakukan
- Hitungan pertama : tulis jumlah instrument yang akan digunakan
- Tambahan 1-4 : tulis tambahan instrument selama operasi
- Jumlah : jumlah instrument tambahan 1-4
- Hitungan terakhir : jumlah instrument hitungan pertama ditambah tambahan instrumen selama operasi
- Tanggal dan waktu : tulis tanggal dan waktu pelaksanaan
- Tanda tangan : tanda tangan dan nama terang dokter operator, asisten, perawat instrument, perawat sirkuler
- Alat bantu nafas : ceklist sesuai yang digunakan
- Diatermi/elektro surgical : jika tidak ceklist tidak, jika ya ceklist sesuai yang terpasang dan lokasinya
- Infus : jika tidak ceklist tidak, jika ya ceklist sesuai yang di pilih dan tulis jumlah cairan
- Transfusi darah : jika tidak ceklist tidak, jika ya ceklist sesuai pilhan dan tulis jam masuk
- Folley cateter jika tidak ceklist tidak, jika ya ceklist sesuai pilihan dan tulis isi balon & jumlah urin
- Mmaagslang/NGT : jika tidak ceklist tidak, jika ya ceklist sesuai pilihan
- suction pump : jika tidak ceklist tidak, jika ya jumlah cairan irigasi luka, darah, dan total cairan suction pump
- kehilangan darah : jika tidak ceklist tidak, jika ya tulis kehilangan darah di suction, linen dan kassa, jumlah total kehilanagan darah
- tourniquet fixasi : jika tidak ceklist tidak, jika ya ceklist sesuai pilahn dan tulis jam mulai dan selesai, tekanan
- darainage luka : jika tidak ceklist tidak, jika ya ceklist sesuai pilihan dan tulis posisinya
- pemakaian cairan irigasi luka : jika tidak ceklist tidak, jika ya ceklist sesuai pilihan
- penutupan luka : jika tidak ceklist tidak, jika ya ceklist sesuai pilihan
- klasifikasi luka : jika tidak ceklist tidak, jika ya ceklist sesuai yang dipilih
- tampon kassa : jika tidak ceklist tidak, jika ya tulis dimana posisinya

- fixasi gips : jika tidak ceklist tidak, jika ya tulis dimana posisinya
- specimen untuk pemeriksaan : jika tidak ceklist tidak, jika ya ceklist sesuai yang dipilih dan tulis jumlah & jenis jaringan
- specimen tidak untuk dibuang : jika tidak ceklist tidak, jika ya ceklist sesuai yang dipilih dan tulis jumlah & jenis jaringan
- tanda-tanda vital : tulis jam dan hasil TTV
- tanggal dan waktu : tulis tanggal dan waktu
- tanda tangan : tanda tangan dan nama terang dokter operator, asisten, perawat instrument, perawat sirkuler.

#### **70. Formulir Laporan Operasi ( RM 8.F )**

- Ahli bedah : tulis nama dokter operator bedah
- Instrument : tulis nama instrument bedah
- Ahli anestesi : tulis nama dokter anestesi
- Asisten anestesi : tulis nama perawat anestesi
- Asisten bedah : tulis nama asisten operator bedah
- Sirkuler : tulis nama sirkuler bedah
- Jenis anestesi : ceklist jenis anestesi
- Tanggal operasi : tulis tanggal dilakukannya operasi
- Jam operasi dimulai : tulis jam dimulainya operasi
- Jam operasi selesai : tulis jam selesainya operasi
- Lama operasi : tulis lamanya operasi
- Diagnosa pra- operasi : tulis diagnosa sebelum operasi
- Diagnosa pasca operasi : tulis diagnosa pasca operasi
- Jaringan yang di eksisi/insisi : tulis jaringan yang akan di eksisi/ insisi
- Pemeriksaan PA : ceklist jika dilakukan pemeriksaan pa
- Prosedur operasi : tulis prosedur operasinya
- Kategori operasi : ceklist salah satu kategori operasi tanpa penyulit atau dengan penyulit
- Sifat tindakan : ceklist jika operasi termasuk elektif atau cito
- Komplikasi : tulis komplikasi operasi
- Kehilangan darah : tulis berapa cc pasien kehilangan darah saat operasi
- Laporan operasi : ditulis dari awal dilakukan insisi sampai penutupan luka operasi
- Tanda tangan dokter : tanda tangan dan nama terang dokter operator bedah.



## **71. Formulir Surgical Safety Checklist ( RM 8.G )**

### **SIGN IN**

- Pasien sudah dipastikan : ceklist identitas, lokasi, prosedur, inform consent
- Tanda operasi : ceklist ada atau tidaknya tanda operasi
- Ceklist pengecekan kelengkapan mesin anestesi dan obat-obat anestesi
- Ceklist monitor tanda vital terpasang dengan baik
- Penjelasan metode metode anestesi : ceklist salah satu metode anestesi
- Apakah pasien alergi : ceklist jika iya atau tidak
- Adakah resiko aspirasi : ceklist jika iya atau tidak
- Adakah resiko perdarahan : ceklist jika iya atau tidak
- Ceklist pasien dan keluarga pasien melakukan do'a bersama
- Tanda tangan dokter : tanda tangan dan nama terang dokter anestesi
- Tanda tangan perawat : tanda tangan dan nama terang perawat sirkuler

### **TIME OUT**

- Pastikan semua anggota tim memperkenalkan nama dan perannya :  
Ceklist dokter operator, dokter anestesi, dokter anak, perawat anestesi, asisten operator, perawat instrument, perawat sirkuler
- dokter bedah, anestesi dan perawat konfirmasi secara verbal mengenai : ceklist pasien, sisi, prosedur
- apakah profilaksis antibiotik diberikan 60 menit sebelum operasi : jika ya ceklist dan tulis nama obatnya
- ceklist dokter operator memimpin do'a sebelum operasi
- tanda tangan perawat : tanda tangan dan nama terang perawat sirkuler

### **SIGN OUT**

- ceklist konfirmasi secara verbal kepada tim nama prosedur tindakan
- ceklist perhitungan jumlah instrumen, kassa dan jarum sesuai instrumen & kassa pre operasi & pasca operasi : tulis berapa jumlah instrumen & kassa pre dan pasca operasi
- jika ada pemeriksaan PA : ceklist spesimen telah diberi label (nama, umur, no.RM , asal spesimen )
- adakah masalah dengan peralatan selama operasi : ceklis tidak atau ada.
- Oleh dokter operator, dokter anestesi & perawat selanjutnya pasien dirawat di : tulis ruang perawatan pasca operasi atau ODC
- tanda tangan : tanda tangan dan nama terang dokter operator, dokter anestesi & perawat sirkuler.

## **72. Formulir Transfer Pasien Intra Rumah Sakit ( RM 9.A.1 )**

- a. Kategori Pasien : Lingkari sesuai kategori pembiayaan pasien.
- b. Kelas : Tulis kelas sesuai kelas/ ruang pasien dirawat,
- c. Dari : Tulis asal ruang yang mentransfer pasien.
- d. Tujuan : Tulis ruang tujuan transfer pasien.
- e. Tanggal Masuk : Tulis tanggal pada saat pasien masuk ke RS dan jam pasien saat masuk.
- f. Tanggal Tranfer : Tulis tanggal dan jam pada saat pasien di transfer.
- g. DPJP : Tulis dokter penanggung jawab pasien.
- h. Diagnosa Masuk : Tulis diagnosa pada saat pasien masuk.
- i. Diagnosa Sekarang : Tulis diagnosa sekarang masuk.
- j. Alasan Pasien di Tranfer : Tulis alasan kenapa pasien di transfer ke ruangan / unit lain sesuai dengan kebutuhan pasien.
- k. Pemeriksaan Fisik :
  - Keadaan Umum Pasien : Tulis keadaan pasien saat ini.
  - Kesadaran/ GCS : Tulis tingkat kesadaran pasien sekuai dengan pemeriksaan GCS SCORE.
  - Tanda-Tanda Vital : Tulis pemeriksaan tanda- tanda vital meliputi ttv, nadi, atau rr.
  - Riwayat Penyakit : Tulis riwayat penyakit pasien masa lampau.
  - Riwayat Alergi : Tulis riwayat alergi pasien seperti dengan makanan, cuaca, atau obat.
- l. Pemeriksaan Diagostik Yang Sudah Dilakukan / Diikut Sertakan : Centang pemeriksaan yang sudah dilakukan.
- m. Tindakan medis yang sudah dilakukan : Tulis tindakan medis yang dilakukan kepada pasien tersebut.
- n. Pemberian Terapi : Centang dan tulis terapi yang sudah di berikan kepada pasien.
  - Infus : tulis cairan infus yang terpasang.
  - Injeksi : tulis terapi injeksi yang sudah diberikan.
  - Oral : tulis terapi oral yang sudah diberikan.
  - Lain – lain : Tulis terapi lain yang sudah diberikan jika ada.
- o. Alat yang dipasang di pasien: Centang pada kolom sesuai alat yang terpasang di pasien.
- p. Yang menyerahkan Pasien : Tulis nama terang dan tanda tangan perawat/ bidan yang menyerahkan pasien.

- q. Mengetahui DPJP/Dokter IGD/Dokter Ruangan : Tulis nama terang dan tanda tangan Dokter DPJP atau dokter IGD, dokter ruangan yang berkaitan.
- r. Yang Menerima Pasien : Tulis nama terang dan tanda tangan perawat / bidan yang menerima pasien.

**73. Formulir Transfer Pasien Antar Rumah Sakit ( RM 9.A.2 )**

- a. Kategori Pasien : Lingkari sesuai kategori pembiayaan pasien.
- b. Kelas : Tulis kelas sesuai kelas/ ruang pasien dirawat,
- c. Dari : Tulis asal ruang yang mentranfer pasien.
- d. Tujuan : Tulis ruang tujuan transfer pasien.
- e. Tanggal Masuk : Tulis tanggal pada saat pasien masuk ke RS dan jam pasien saat masuk.
- f. Tanggal Tranfer : Tulis tanggal dan jam pada saat pasien di transfer.
- g. DPJP : Tulis dokter penanggung jawab pasien.
- h. Diagnosa Masuk : Tulis diagnosa pada saat pasien masuk.
- i. Diagnosa Sekarang : Tulis diagnosa sekarang masuk.
- j. Alasan Pasien di Transfer : Tulis alasan kenapa pasien di transfer ke RS lain sesuai dengan kebutuhan pasien.
- k. Pemeriksaan Fisik :
  - Keadaan Umum Pasien : Tulis keadaan pasien saat ini.
  - Kesadaran/ GCS : Tulis tingkat kesadaran pasien sekuai dengan pemeriksaan GCS SCORE.
  - Tanda-Tanda Vital : Tulis pemeriksaan tanda- tanda vital meliputi TD, Nadi, atau RR.
  - Riwayat Penyakit : Tulis riwayat penyakit pasien masa lampau.
  - Riwayat Alergi : Tulis riwayat alergi pasien seperti dengan makanan, cuaca, atau obat.

- l. Pemeriksaan Diagnostik Yang Sudah Dilakukan / Diikut Sertakan : Centang pemeriksaan yang sudah dilakukan.
- m. Tindakan medis yang sudah dilakukan : Tulis tindakan medis yang dilakukan kepada pasien tersebut.
- n. Pemberian Terapi : Centang dan tulis terapi yang sudah di berikan kepada pasien.
  - Infus : Tulis cairan infus yang terpasang.
  - Injeksi : Tulis terapi injeksi yang sudah diberikan.
  - Oral : Tulis terapi oral yang sudah diberikan.
  - Lain – lain : Tulis terapi lain yang sudah diberikan jika ada.
- o. Alat yang dipasang di pasien: Centang pada kolom sesuai alat yang terpasang di pasien.
- p. Perawat Pendamping : Tulis nama perawat/ bidan yang mendampingi pasien saat transfer.
- q. Dokter Pendamping : Tulis nama dokter yang mendampingi pasien saat transfer.
- r. Ambulan
  - GADAR/Transportasi : Pilih salah satu ambulans Gadar/transportasi.
  - Nomor Polisi : Tulis plat nomor polisi ambulan yang digunakan.
  - Driver :Tulis nama pengemudi ambulans.
- s. Yang menyerahkan Pasien : Tulis nama terang dan tanda tangan perawat/ bidan yang menyerahkan pasien.
- t. Mengetahui DPJP/Dokter IGD/Dokter Ruangan : Tulis nama terang dan tanda tangan Dokter DPJP atau dokter IGD, dokter Ruangan yang berkaitan.
- u. Yang Menerima Pasien ( Rumah Sakit Tujuan) : Tulis nama terang dan tanda tangan perawat / bidan yang menerima pasien.

#### **74. Formulir Monitoring Pasien di Ambulan ( RM 9.B )**

- a. Nama Perawat : Tulis nama perawat yang mendampingi di ambulans.
- b. Dokter Pendamping : Tulis nama dokter yang mendampingi

*Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

- c. Jam Berangkat dari RS.Siti Khodijah : Tulis jam keberangkatan ambulan dari RS
- d. Jam Tiba di RS. Tujuan : Tulis jam saat tiba di RS tujuan
- e. Jam Tiba di RS khodijah : Tulis jam saat tiba kembali di RS Siti Khodijah
- f. Dokter DPJP : Tulis nama dokter penanggung jawab
- g. Diagnosa : Tulis diagnosa pasien
- h. Tujuan Transportasi : centang salah satu tujuan dilakukan transportasi
  - Rujukan : Tulis RS yang akan dituju
  - Pemeriksaan penunjang : Tulis pemeriksaan penunjang yang akan dilakukan
  - Tindakan Medis : Tulis tindakan medis yang akan dilakukan
  - Lain lain : Tulis yang bukan termasuk diatas
- i. Keadaan Umum Pasien : Tulis keadaan umum pasien
- j. Kesadaran : Centang salah satu kolom sesuai kesadaran pasien
- k. Alat yang dipasang pasien : Centang pada kolom sesuai alat yang terpasang dipasien
- l. Monitoring tanda tanda vital :
  - Jam : Tulis jam monitoring
  - TD : Tulis tekanan darah saat monitoring
  - HR : Tulis hate rate saat monitoring
  - RR : Tulis respiratory rate saat monitoring
  - SPO2 : Tulis SPO2 pasien saat monitoring
  - Keterangan: Tulis keterangan kondisi pasien (Muntah , GCS, atau kondisi pasien memburuk)
- m. Tanggal : Tulis tanggal ,bulan, tahun dan pukul saat tiba di RS tujuan
- n. Profesional Pemberi Asuhan : Tulis nama terang dan tanda tangan professional pemberi asuhan.

#### **75. Formulir Pasien Pulang ( RM 10 )**

- Ruang : Tulis ruang dimana pasien di rawat inap
- Ceklist pernyataan pulang : Centang pada salah satu kolom sesuai kondisi pasien pulang.
- Tanggal : Tulis tanggal, bulan, tahun serta pukul pasien pulang.
- Petugas : Tulis nama terang dan tanda tangan petugas yangmemulangkan.
- Pasien/ keluarga : Tulis nama terang dan tanda tangan pasien/ keluarga pasien.

Keterangan lain dalam pengisian dokumen rekam medis :

1. Tenaga kesehatan ( Profesional Pemberi Asuhan / PPA ) dan Tenaga Non Kesehatan mengisi setiap formulir sesuai dengan ketentuan formulir tersebut.
2. Tenaga kesehatan ( Profesional Pemberi Asuhan / PPA ) dan Tenaga Non Kesehatan mengisi kolom pada dokumen rekam medis sesuai dengan kebutuhan secara lengkap, benar, dan terbaca.
3. Tenaga kesehatan ( Profesional Pemberi Asuhan / PPA ) dan Tenaga Non Kesehatan harus membubuhkan tandatangan, nama jelas, serta jam dan tanggal pelayanan pada setiap formulir rekam medis.
4. Kesalahan penulisan tidak boleh dihilangkan dengan cara apapun, kesalahan dapat diperbaiki saat itu juga dengan mencoret satu kali pada bagian yang salah serta membubuhkan paraf.
5. Bila ada lembar yang tidak perlu diisi dengan isian lebih dari satu, maka diberi tanda **Z** bila hanya satu isian, maka diberi tanda ( - )
6. Dokumen rekam medis harus lengkap dalam waktu 1 x 24 jam setelah selesai pelayanan.

DIREKTUR

RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

**drg. Said Hassan, M.Kes**



