

FORMULIR PERMINTAAN  
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 19050190451  
Nama Lengkap : Septian Mahyat  
Unit/Divisi/Komite : Keperawatan  
No. Telepon/Ext : 5202  
E-mail :

Tanggal : 29/9/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan  
Judul Formulir : Catatan pemberian obat parenteral dan non parenteral  
No/Kode Formulir : 06018 (RNI RSIT) IX/2022  
No/Kode RM\*\* : 3.21 (untuk form medis)  
Bulan Revisi Terakhir : 5 Revisi ke- : 1

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	12
Buffer stock :	5
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

verifikasi untuk obat gol. High Alert  
PKPO 3

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Penambahan kolom verifikasi y/  
terapi High Alert.

Tanda Tangan

Pemohon,

Septian M

Tanda Tangan

Penerima,

Ira

Masukan/Saran

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Logistik		Tanda Tangan	
FY 1 ply Bolak Balik			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Ace		 Depi Kismayanti NIP. 14080297016	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Kep	 Irena Oktaviani
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
update ny rekam medis	 Acara 29/9/22	ditandatangani	 5/10
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Form fast moving	 Depi Kismayanti NIP. 14080297016	Ace	 5/10 drg. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110182632

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

001/F/SEKRE/RSIH/IX/2022(Rev.01)


**Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)**

Nama : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ (L / W)\*  
 No.RM : \_\_\_\_\_  
 Ruangan / Kelas : \_\_\_\_\_  
 DPJP : \_\_\_\_\_  
 Penjamin : \_\_\_\_\_  
*Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien Disini*

**DIAGNOSA:**
**BB: KG**
**ALERGI OBAT: YA/TIDAK, \*YA:**

NO	Nama Obat dan Sediaan	Interval Waktu Pemberian	PEMBERIAN OBAT															
			Tanggal:				Tanggal:				Tanggal:				Tanggal:			
			Nama/Paraf		Resep	Respon /Ket	Nama/Paraf		Resep	Respon /Ket	Nama/Paraf		Resep	Respon /Ket	Nama/Paraf		Resep	Respon /Ket
			P1	P2	Obat sisa		P1	P2	Obat sisa		P1	P2	Obat sisa		P1	P2	Obat sisa	
1																		
	Aturan Pakai: X																	
	Rute Pemberian:																	
	Tgl	Nama Petugas																
2																		
	Aturan Pakai: X																	
	Rute Pemberian:																	
	Tgl	Nama Petugas																
3																		
	Aturan Pakai: X																	
	Rute Pemberian:																	
	Tgl	Nama Petugas																
4																		
	Aturan Pakai: X																	
	Rute Pemberian:																	
	Tgl	Nama Petugas																

**CATATAN PEMBERIAN OBAT PARENTERAL DAN NON PARENTERAL RAWAT INAP**

## CATATAN PEMBERIAN OBAT PARENTERAL DAN NON PARENTERAL RAWAT INAP

Ket		Rekomendasi Waktu Pemberian																		
		Oral								Injeksi										
		<b>Sebelum Makan</b> : 05.30 - 11.30 - 17.30 - 24.00 <b>Sesudah Makan</b> : 08.00 - 13.00 - 15.00 - 18.00 - 20.00 - 22.00 <b>Saat Makan</b> : Setelah suapan pertama, obat di minum lalu dilanjutkan kembali makan								<b>Injeksi</b> : 08.00 - 13.00 - 15.00 - 18.00 - 20.00 - 22.00 <b>Antibiotik Injeksi dan Non Injeksi</b> <b>4x per hari</b> : 06.00 - 12.00 - 18.00 - 24.00 atau selisih 6 jam <b>3x per hari</b> : 06.00 - 14.00 - 22.00 atau selisih 8 jam <b>2x per hari</b> : Disesuaikan dengan jam pertama pemberian (selisih 12 jam) <b>1x per hari</b> : Disesuaikan dengan jam pertama pemberian (jam bangun px)										
		<b>Nebulizer/Inhalasi</b> : 06.00 - 12.00 - 18.00 - 24.00								<b>Suppositoria &amp; Topikal</b> : 08.00 - 13.00 - 15.00 - 18.00 - 20.00 - 22.00										
<b>Note:</b> 1. Gol Obat High alert beri tanda segitiga merah (Δ) 2. Warna tinta/Ballpoint: Oral: hitam, Injeksi: Merah, Biru: Nebulizer, Topikal: Hijau 3. Ket TD (Tidak diberi), M (Muntah), P (Puasa), PM (Pasien Menolak) 4. ) STOP: Jika obat di stop/turun dosis/dosis dinaikan																				
NO	Nama Obat dan Sediaan		Interval Waktu Pemberian	Tanggal:				Tanggal:				Respon/ Ket	Tanggal:				Tanggal:			
				Nama/Paraf		Resep	Nama/Paraf		Resep	Paraf			Resep	Nama/Paraf		Resep				
				P1	P2	Obat sisa	P1	P2	Obat sisa	P1	P2		Obat sisa	P1	P2	Obat sisa	Ket			
5																				
	Aturan Pakai: X																			
	Rute Pemberian:																			
	Tgl	Nama Petugas																		
6																				
	Aturan Pakai: X																			
	Rute Pemberian:																			
	Tgl	Nama Petugas																		
7																				
	Aturan Pakai: X																			
	Rute Pemberian:																			
	Tgl	Nama Petugas																		
8																				
	Aturan Pakai: X																			
	Rute Pemberian:																			
	Tgl	Nama Petugas																		

**TATA CARA PENGISIAN FORMULIR  
FORMULIR CATATAN PEMBERIAN OBAT  
PARENTERAL DAN NON PARENTERAL RAWAT INAP  
069/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.01)**

**1. PENGERTIAN**

Formulir catatan pemberian obat parenteral dan non parenteral adalah formulir yang digunakan untuk mencatat obat atau terapi yang diintruksikan oleh dokter dan dicatat oleh perawat atau bidan yang menerima intruksi

**2. TUJUAN**

Agar seluruh pengobatan untuk pasien diberikan sesuai dengan program atau jadwal dan terdokumentasi

**3. KEGUNAAN**

- a. Sebagai acuan untuk perawat/ bidan, pada saat akan memberikan pemberian obat
- b. Menghindari adanya kesalahan dalam penerapan 7 benar obat
- c. Agar proses pemberian terapi dilakukan sesuai dengan intruksi

**4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

Perawat dan Bidan

**5. MEKANISME PENGISIAN**

- a. Perawat dan Bidan sebagai penanggung jawab asuhan menyiapkan formulir pada saat pasien masuk ke ruangan
- b. Perawat/Bidan yang menerima pasien baru mengisi semua intruksi pengobatan pasien atau disisi Ketika ada intruksi pengobatan baru
- c. Perawat/Bidan ruangan mengisi pada kolom masing-masing sesuai dengan juknis dan menyimpan kembali formulir pada berkas rekam medis milik pasien.
- d. Ketua Tim atau PJ shift melakukan verifikasi pada catatan pengobatan yang telah diisi disesuaikan dengan catatan dokter di kolom intruksi pada formulir pengkajian, formulir konsultasi dan atau formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi
- e. Perawat/Bidan Penanggung Jawab Asuhan menyimpan formulir yang telah diberi stiker identitas pasien pada berkas rekam medis milik pasien.
- f. Perawat/Bidan mendokumentasikan Tindakan pengobatan setiap kali selesai pemberian tindakan

**6. CARA PENGISIAN**

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Kolom identitas pasien	Diisi dengan nama pasien, tanggal lahir pasien, jenis kelamin pasien, nomor rekam medik pasien, ruangan/kelas saat pasien diberikan penjelasan oleh dokter, nama dokter yang memberikan penjelasan	Perawat/ bidan

	tindakan medik kepada pasien dan penjamin pasien. Atau dapat tempelkan stiker pasien.	
Diagnosa	Diisi dengan diagnose medis pasien	Perawat/ Bidan
BB	Diisi dengan berat badan pasien dalam satuan kilogram	Perawat/ Bidan
Alergi	Diisi dengan melingkari kolom "Ya" bila ada alergi dan dituliskan jenis alerginya atau melingkari kolom "tidak" apabila tidak ada laergi	
<b>Nama Obat dan Sediaan</b>	Diisi dengan menuliskan obat yang diintruksikan	Perawat/ Bidan
a. Aturan pakai	Diisi sesuai dengan aturan pakai yang diberikan	Perawat/ Bidan
b. Rute Pemberian	Diisi dengan menuliskan rute pemberian obat yang diintruksikan, seperti IM/IV/SC/PO/SUPP/INHALASI dst	Perawat/ Bidan
c. Tanggal	Diisi dengan tanggal bulan dan tahun Ketika pertama kali menerima intruksi. Contoh 12/7/2022	Perawat/ Bidan
d. Nama petugas	Diisi dengan menuliskan nama petugas yang menerima intruksi	Perawat/ bidan
<b>Interval Waktu Pemberian</b>	Diisi dengan menulis jarak antara pemberia terapi pertama ke terapi selanjutnya	Perawat/ bidan
Tanggal	Diisi dengan tanggal bulan, tanggal dan tahun Ketika akan diberikan obat dan diisi juga di hari selanjutnya. contoh 12/7/2022	Perawat/ bidan
Waktu	Diisi dengan menuliskan jam pemberian	Perawat/ bidan
Paraf-Nama P1	Diisi dengan membubuhi nama dan atau paraf petugas yang memberikan obat	Perawat/ bidan
Paraf-Nama P1	Diisi dengan membubuhi nama dan atau paraf yang melakukan verifikasi. Contoh: Kartini/Depi	
Resep-Sisa Obat	Diisi dengan menuliskan resep yang diminta dan sisa obat setelah pemakaian. Contoh 0/1/2 dst	Perawat/ bidan
Respon-Ket	Diisi dengan melengkapi respon pasien setelah diberikan obat atau hal lainnya seperti perubahan dosis dan lainnya	Perawat/ bidan
Rekomendasi Pemberian	Perawat/Bidan diharuskan membaca semua rekomendasi dan petunjuk pengisian	Perawat/ Bidan



**Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)**

Nama : .....  
Tanggal Lahir : ..... (L / W)\*  
No.RM : .....  
Ruangan / Kelas : .....  
DPJP : .....  
Penjamin : .....  
Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien Disini

**DIAGNOSA:****BB:      KG****ALERGI OBAT: YA/TIDAK, \*YA:****PEMBERIAN OBAT**

Nama Obat dan Sediaan	Interval Waktu Pemberian	Tanggal:				Tanggal:				Tanggal:				Tanggal:			
		Waktu	Paraf Nama	Resep Obat Sisa	Respon Ket	Waktu	Paraf Nama	Resep Obat Sisa	Respon Ket	Waktu	Paraf Nama	Resep Obat Sisa	Respon Ket	Waktu	Paraf Nama	Resep Obat Sisa	Respon Ket
<div>Aturan Pakai:    X</div> <div>Rute Pemberian:</div> <div>Tgl      Nama Petugas</div>																	
<div>Aturan Pakai:    X</div> <div>Rute Pemberian:</div> <div>Tgl      Nama Petugas</div>																	
<div>Aturan Pakai:    X</div> <div>Rute Pemberian:</div> <div>Tgl      Nama Petugas</div>																	
<div>Aturan Pakai:    X</div> <div>Rute Pemberian:</div> <div>Tgl      Nama Petugas</div>																	

**CATATAN PEMBERIAN OBAT PARENTERAL DAN NON PARENTERAL RAWAT INAP**



CATATAN PEMBERIAN OBAT PARENTERAL DAN NON PARENTERAL RAWAT INAP																		
Rekomendasi Waktu Pemberian																		
Ket	Oral	Sebelum Makan	: 05.30 - 11.30 - 17.30 - 24.00				Injeksi	: 08.00 - 13.00 - 15.00 - 18.00 - 20.00 - 22.00										
		Sesudah Makan	: 08.00 - 13.00 - 15.00 - 18.00 - 20.00 - 22.00				Antibiotik Injeksi dan Non Injeksi											
		Saat Makan	: Setelah suapan pertama, obat di minum lalu dilanjutkan kembali makan				4x per hari	: 06.00 - 12.00 - 18.00 - 24.00 atau selisih 6 jam										
							3x per hari	: 06.00 - 14.00 - 22.00 atau selisih 8 jam										
		Nebulizer/Inhalasi	: 06.00 - 12.00 - 18.00 - 24.00				2x per hari	: Disesuaikan dengan jam pertama pemberian (selisih 12 jam)										
	Suppositoria & Topikal	: 08.00 - 13.00 - 15.00 - 18.00 - 20.00 - 22.00				1x per hari	: Disesuaikan dengan jam pertama pemberian (jam bangun px)											
Note: 1. Gol Obat High alert beri tanda segitiga merah (Δ) 2. Warna tinta/Ballpoint: Oral: hitam, Injeksi: Merah, Biru: Nebulizer, Topikal: Hijau 3. Ket TD (Tidak diberi), M (Muntah), P (Puasa), PM (Pasien Menolak) 4. ) STOP: Jika obat di stop/turun dosis/dosis dinaikan																		
PEMBERIAN OBAT																		
Nama Obat dan Sediaan		Interval Waktu Pemberian	Tanggal:				Tanggal:				Tanggal:				Tanggal:			
			Waktu	Paraf Nama	Resep Obat Sisa	Respon Ket	Waktu	Paraf Nama	Resep Obat Sisa	Respon Ket	Waktu	Paraf Nama	Resep Obat Sisa	Respon Ket	Waktu	Paraf Nama	Resep Obat Sisa	Respon Ket
Aturan Pakai: X																		
Rute Pemberian:																		
Tgl	Nama Petugas																	
Aturan Pakai: X																		
Rute Pemberian:																		
Tgl	Nama Petugas																	
Aturan Pakai: X																		
Rute Pemberian:																		
Tgl	Nama Petugas																	
Aturan Pakai: X																		
Rute Pemberian:																		
Tgl	Nama Petugas																	

