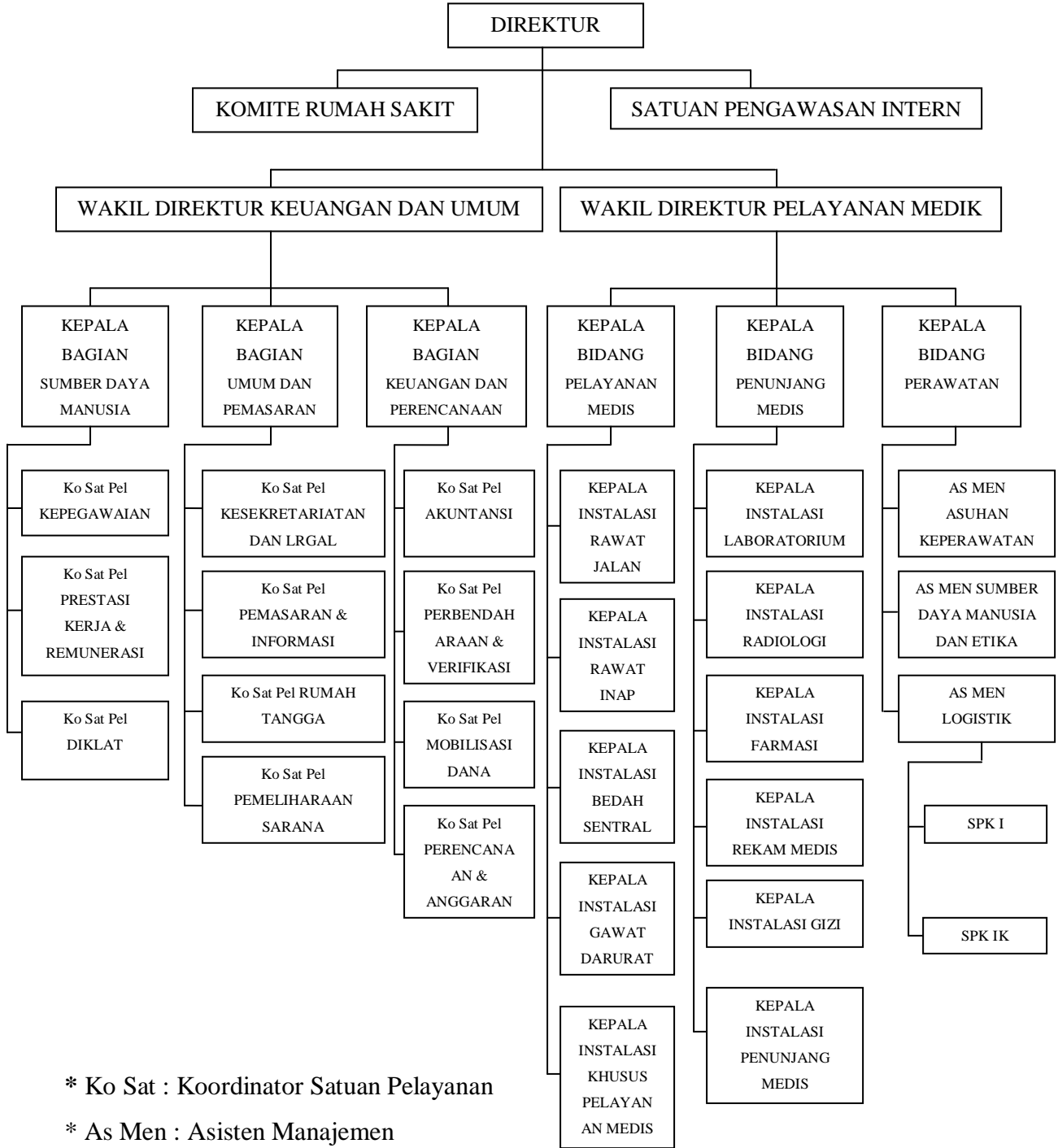


Lampiran 1

**STRUKTUR ORGANISASI RSUD TARAKAN**



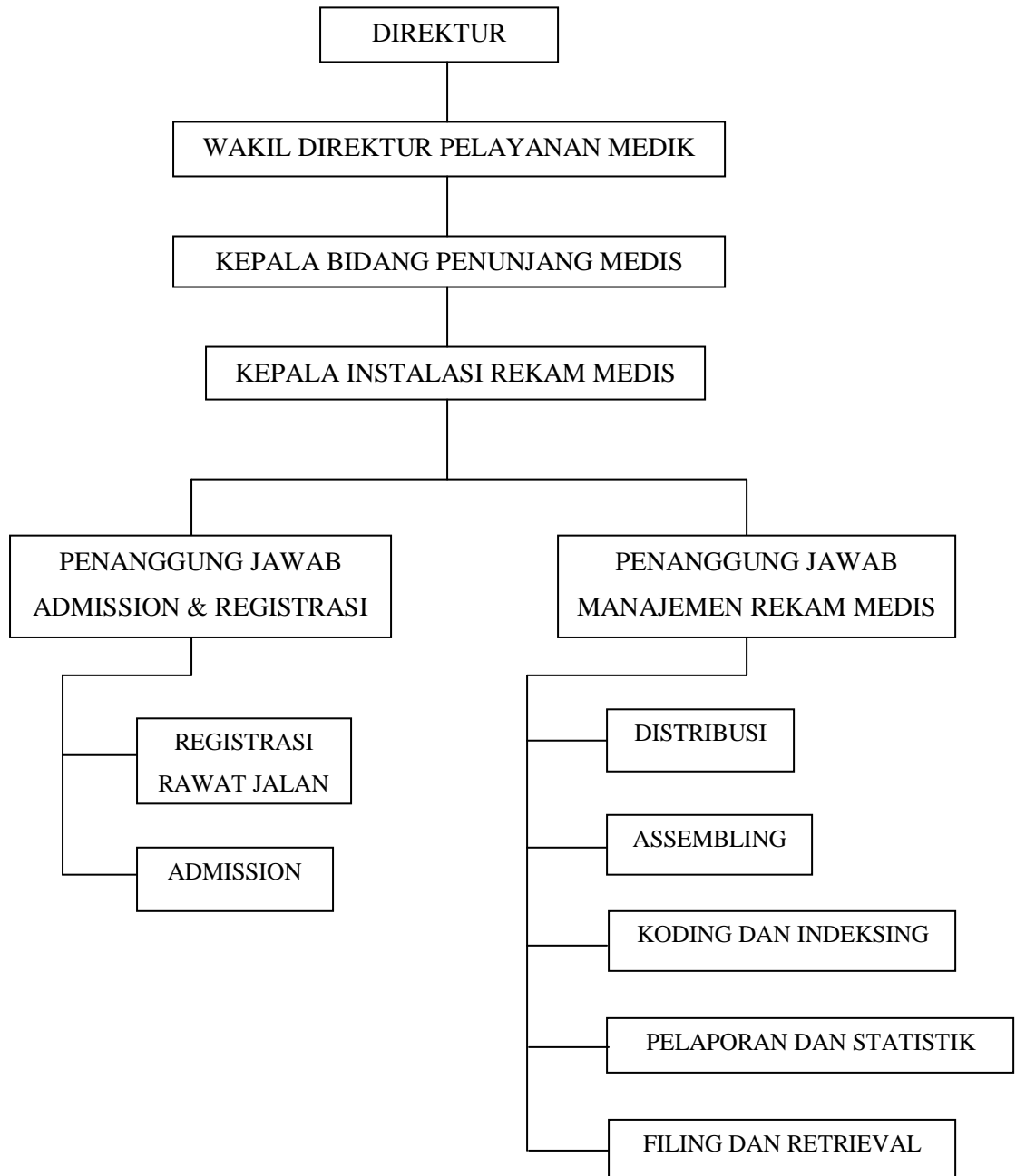
\* Ko Sat : Koordinator Satuan Pelayanan

\* As Men : Asisten Manajemen

\* SPK : Satuan Pengawas Keperawatan

Lampiran 2

**STRUKTUR ORGANISASI REKAM MEDIS**



Lampiran 3			
PEDOMAN WAWANCARA			
1.	Bagaimana Sejarah RSUD Tarakan ?		
2.	Apa Visi, Misi, Nilai, Tugas dan Fungsi RSUD Tarakan ?		
3.	Jenis Pelayanan apa saja yang terdapat di RSUD Tarakan ?		
4.	Bagaimana Sejarah Unit Manajemen Informasi Kesehatan di RSUD Tarakan ?		
5.	Bagaimana struktur organisasi RSUD Tarakan dan struktur Unit Manajemen Informasi Kesehatan ?		
6.	Sistem penomoran apa yang digunakan pada berkas rekam medis ?		
7.	Sistem penjajaran apa yang digunakan pada berkas rekam medis ?		
8.	Sistem penyimpanan apa yang digunakan pada berkas rekam medis ?		
9.	Tipe format apa yang digunakan pada rekam medis ? Apakah <i>Source Oriented Medical Record / Problem Oriented Medical Record / Integrated Medical Record</i> ?		
10.	Berapa persen komputerisasi pada berkas rekam medis ?		
11.	Berapa rata-rata jumlah pasien rawat jalan perhari ?		
12.	Berapa rata-rata pasien rawat inap yang masuk dan keluar perhari ?		
13.	Berapa jumlah pasien rawat inap pada setiap bulan tahun 2011 dan bulan Maret 2012 ?		
14.	Berapa BOR, ALOS, BTO, TOI pada tahun 2010 dan 2011 ?		
15.	Berapa jumlah tempat tidur yang ada di RSUD Tarakan ?		
16.	Apa Visi Misi Unit Manajemen Informasi Kesehatan RSUD Tarakan ?		
17.	Bagaimana Sumber Daya Manusia di Unit Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan berdasarkan nama jabatan, kualifikasi dan jumlah ?		
18.	Bagaimana tata tertib penyelenggaraan rekam medis di RSUD Tarakan ?		
19.	Bagaimana kegiatan pencatatan dan pengisian rekam medis ?		
20.	Bagaimana kegiatan assembling ?		
21.	Bagaimana Indikator Ketidاكلengkapan Isi Rekam Medis Rawat Inap ?		
22.	Bagaimana <i>Job Desc</i> assembling, analisis kuantitatif, dan analisis kualitatif ?		
23.	Apakah ada SPO analisis kuantitatif dan analisis kualitatif ? Jika ada, bolehkah saya minta sebagai lampiran ?		
24.	Bolehkah meminta beberapa formulir untuk lampiran ? Formulirnya adalah lembar UGD, lembar poliklinik, surat pengantar rawat, ringkasan masuk dan keluar, resume, lembar riwayat penyakit, catatan dokter, catatan perawat, pengkajian asuhan keperawatan, surat persetujuan dan penolakan tindakan medis		

## Lampiran 4

### STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL ANALISIS KUALITATIF

**Pengertian:** Analisis Kualitatif adalah tinjauan terhadap pengisian rekam medis yang mengidentifikasi pencatatan yang tidak lengkap, tidak akurat dan tidak konsisten.

**Tujuan :** Tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di RSUD Tarakan.

**Kebijakan:** Berkas Rekam Medis Rawat Inap yang kembali ke Instalasi rekam medis harus diperiksa kelengkapannya secara kualitas maupun kuantitas, dianalisa mutunya oleh petugas rekam medis.

#### **Prosedur :**

1. Petugas rekam medis menerima berkas Rawat Inap yang sudah kembali dari ruang perawatan dan sudah diassembling oleh petugas assembling.
2. Petugas mencatat nomor rekam medis berkas yang dianalisis.
3. Jika pasien masuk melalui IGD, petugas melihat ada atau tidaknya diagnosa awal pada folder IGD, kemudian melihat apakah diagnosa awal yang tertulis pada folder IGD dan surat pengantar rawat sama. Jika pasien masuk melalui poliklinik atau dirujuk dari luar, petugas melihat ada atau tidaknya diagnosa awal pada surat rujukan/pengantar rawat.
4. Petugas menganalisis kecocokan antara anamnesa dan diagnosa masuk pada lembar Riwayat Penyakit dan Pemeriksaan Fisik atau pada folder IGD jika pasien masuk rawat melalui IGD.
5. Petugas menganalisis kekonsistenan diagnosa-diagnosa di lembar catatan dokter.
6. Petugas menganalisis ada atau tidak adanya diagnosa keluar pada resume dan ringkasan keluar. Jika terdapat diagnosa akhir pada resume, tetapi

tidak terdapat pada ringkasan keluar, maka petugas dapat menyalinnya pada ringkasan keluar.

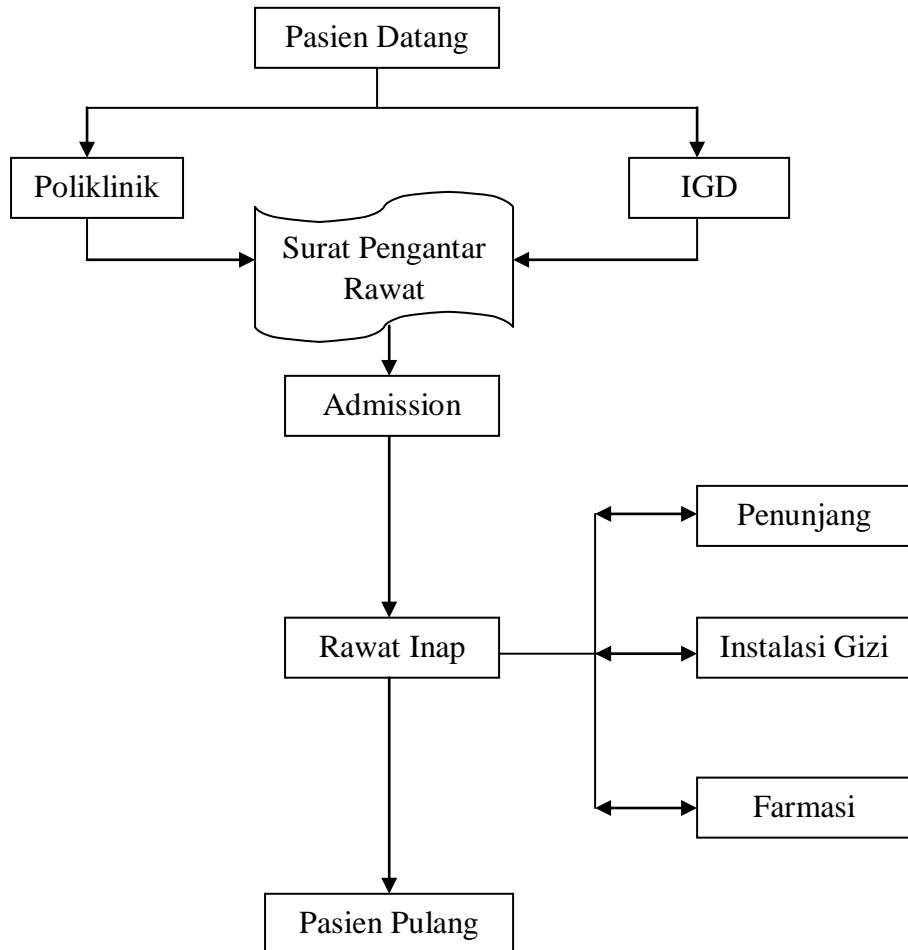
7. Petugas menganalisis pengisian dan kekonsistenan diagnosa keperawatan dan catatan pada lembar pengkajian asuhan keperawatan dan lembar catatan perawatan.
8. Petugas menganalisis kesinambungan dan kekonsistenan pengisian rekam medis pada folder IGD/klinik atau surat rujukan/pengantar, lembar riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik, catatan dokter, resume dan ringkasan keluar.
9. Petugas menganalisis kekonsistenan diagnosa dengan lembar pemeriksaan penunjang.
10. Petugas menganalisis kekonsistenan lembar catatan perawatan dan lembar pengkajian asuhan keperawatan.
11. Petugas menganalisis ada atau tidaknya bukti pelaksanaan dari rencana pengobatan, instruksi dan perubahan obat serta tindakan yang dilakukan oleh dokter.
12. Petugas menganalisis ada atau tidaknya bukti pelaksanaan dari rencana perawatan, instruksi dan perubahan obat, serta tindakan yang dilakukan oleh perawat.
13. Petugas menganalisis kesesuaian Inform Consent dengan operasi/tindakan yang dilakukan, kemudian menganalisis kelengkapan Inform Consent.
14. Petugas melihat di ringkasan masuk mengenai ada atau tidaknya informasi penanggung biaya perawatan.
15. Petugas menganalisis pada lembar resume, lembar riwayat penyakit, lembar catatan dokter, lembar catatan perawat dan lembar pengkajian asuhan keperawatan mengenai ada atau tidak adanya pencantuman

tanggal, jam, tanda tangan beserta nama jelas dokter dan perawat. Petugas juga menganalisis kronologis catatan.

16. Petugas menganalisis formulir-formulir yang diisi oleh dokter dan perawat mengenai penggunaan tinta, tulisan dokter dan perawat, cara pencoretan jika ada kesalahan pengisian, dan penggunaan tipp-ex.
17. Petugas menganalisis penggunaan istilah medis atau singkatan-singkatan yang digunakan oleh dokter dan perawat, sudah baku dan mengikuti petunjuk daftar singkatan yang digunakan di RSUD Tarakan atau tidak.
18. Petugas menganalisis pengisian formulir yang dilakukan oleh dokter dan perawat mengenai adanya *gap* dan formulir yang tidak diisi.
19. Petugas mencatat nama dokter/perawat yang belum melengkapi rekam medis dan/atau yang melanggar standar pengisian rekam medis.
20. Petugas mengidentifikasi pelayanan/kejadian pada berkas rekam medis yang berpotensi tuntutan terhadap rumah sakit.
21. Petugas mengembalikan berkas rekam medis yang belum lengkap kepada dokter/perawat yang bertanggung jawab dan memintanya untuk melengkapinya maksimal 14 hari setelah berkas rawat inap kembali ke Instalasi Rekam Medis.
22. Petugas melakukan rekapitulasi hasil analisis kualitatif perbulan.
23. Petugas memberi kesan dan saran terhadap berkas-berkas yang dianalisisnya selama sebulan.
24. Petugas menyerahkan hasil rekapitulasi beserta kesan dan saran kepada Kepala Instalasi Rekam Medis untuk menindaklanjuti langkah yang harus diambil, apakah perlu disampaikan kepada Komite Medis atau tidak.

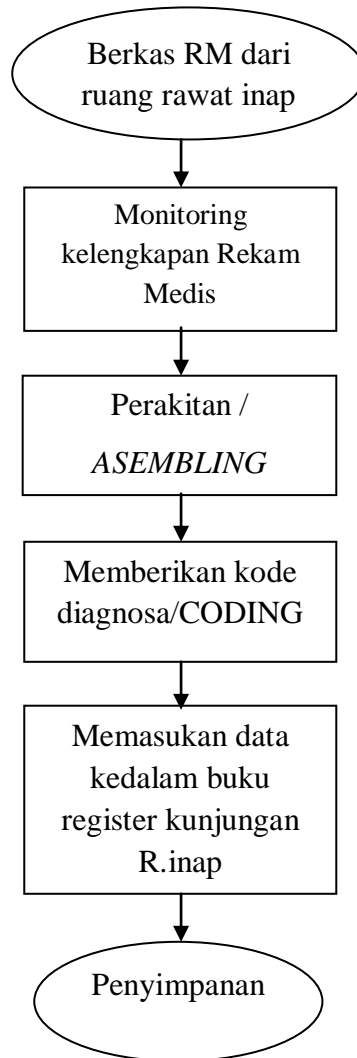
Lampiran 5

ALUR PASIEN RAWAT INAP



## Lampiran 6

### ALUR PROSES BERKAS RAWAT INAP





REKAPTULASI ANALISIS KUALITATIF ADMINISTRATIF

REKAPTULASI ANALISIS KUALITATIF ADMINISTRATIF

Bulan : Maret

Bulan : Maret

No	No.RM	Catatan Penyakit yg Lengkap & Konsisten					Pencatatan yg Konsisten			Deskripsi & Dasar Pengobatan		Pengisian Pendokumentasian			Pengesahan & Telaahan Rekaman						
		Dokter					Dokter	Penunjang	Perawat	Dokter	Perawat	Dokter	Perawat	informasi penanggung biaya perawatan	Dokter			Perawat			
		ada diagnosa awal di UGD/ klinik atau di surat rujukan/	anamnesa & diagnosa masuk	WD/ catatan dokter rawat inap	diagnosa kehar pada ringkasan penyakit	catatan & asuhan keperawatan & diagnosa keperawatan	kesinambungan catatan UGD/ klinik dengan lembar riwayat penyakit & catatan dokter hingga ringkasan penyakit	adanya hasil lab, radiologi dan lain- lain yang mendukung	konsistensi catatan perkembangan & asuhan keperawatan	bukti pelaksanaan dari rencana pengobatan, instruksi & perubahan obat serta tindakan yg dilakukan	bukti pelaksanaan dari rencana perawatan, instruksi & perubahan obat, serta tindakan yg dilakukan	Inform Consent sesuai dengan operasi/ tindakan yg dilakukan	kelengkapan isi Inform Consent	informasi penanggung biaya perawatan	tanggal & jam, catatan kronologis, ttd/ nama jelas	tinta, tulisan mudah dibaca	singkatan baku	pengisian tidak senjang	tanggal & jam, catatan kronologis, ttd/ nama jelas	tinta, tulisan mudah dibaca	singkatan baku
1	01044553	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	
2	01045384	1	0	1	1	0	1	0	1	1	#	1	1	0	1	0	1	1	1	0	
3	01043813	1	1	1	0	1	0	1	1	1	#	1	1	1	1	0	1	0	1	0	
4	01044102	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	
5	01043872	1	1	1	1	1	1	1	1	1	#	1	1	1	1	1	1	0	1	0	
6	997867	1	1	1	1	1	1	1	1	1	#	1	1	0	1	0	1	0	1	0	
7	968973	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	
8	899910	1	1	1	1	1	1	1	1	1	#	1	1	0	1	0	1	0	1	0	
9	01043142	1	1	1	1	1	1	1	1	1	#	1	1	0	1	1	1	1	1	0	
10	01041391	1	1	1	1	1	1	1	1	1	#	1	1	0	1	0	1	0	1	0	
11	01041389	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	
12	01042029	1	1	1	1	1	1	1	1	1	#	1	1	1	1	0	1	1	1	0	
13	958606	1	1	1	1	1	1	1	1	1	#	1	1	1	1	0	1	1	1	0	
14	01043093	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	
15	01043128	1	1	1	1	1	1	1	1	1	#	1	1	1	1	1	1	0	1	0	
16	01043546	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	
17	01043411	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	
18	01043432	1	1	1	1	1	1	0	1	1	#	1	1	1	1	0	1	1	1	0	
19	01042176	1	1	1	1	1	1	1	1	1	#	1	1	1	1	1	1	0	1	0	
20	01043567	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	
21	01043140	1	1	1	1	1	1	1	1	1	#	1	1	0	1	1	1	1	0	1	
22	01042132	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	
23	01043034	1	1	1	1	1	1	1	1	1	#	1	1	1	1	1	1	0	1	1	
24	01042116	1	1	1	1	1	1	1	1	1	#	1	1	1	1	1	1	0	1	0	
25	01027344	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	
26	01044292	1	0	1	1	0	1	1	1	1	#	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
27	01043494	1	1	1	1	1	1	1	1	1	#	1	1	1	1	0	1	1	1	0	
28	01043088	0	1	0	1	1	0	1	1	1	#	1	1	0	1	0	1	0	1	0	
29	01043804	1	1	1	1	1	1	1	1	1	#	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
30	01043874	1	1	1	0	1	0	1	1	1	#	1	1	0	1	0	1	0	1	0	
31	01037186	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	
32	01042140	1	1	1	1	1	1	1	1	1	#	1	1	0	1	0	1	1	1	0	
33	01043091	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	
34	01042129	1	1	1	1	1	1	1	1	1	#	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
35	01043429	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	
36	01041315	1	1	1	1	1	1	1	1	1	#	1	1	1	1	1	1	0	1	1	
37	942098	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	
38	01041345	1	1	1	0	1	0	1	1	1	#	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
39	01044525	1	1	1	1	1	1	1	1	1	#	1	1	0	1	0	1	1	1	0	
40	846461	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	
41	01039887	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	
42	01042148	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	
43	01041239	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	
44	01041749	1	0	1	1	0	0	1	0	1	#	1	1	0	1	1	1	0	1	0	
45	01040722	1	1	0	1	0	0	1	0	1	#	1	1	0	1	0	1	1	1	1	
46	01040756	1	1	1	1	1	1	0	1	1	#	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
47	974617	1	1	1	1	1	1	1	1	1	#	1	1	1	1	0	1	1	1	0	
48	01041835	1	0	1	1	0	1	1	1	1	#	1	1	0	1	1	1	0	1	0	
49	831260	1	1	0	1	0	1	1	1	1	#	1	1	0	1	0	1	1	1	1	
50	01015229	0	0	1	1	0	1	0	1	1	#	1	1	1	1	0	1	0	1	0	
TOTAL		47	42	46	45	45	33	50	43	50	48	50	33	50	26	46	29	49	25	49	9

Catatan : tanda (#) pada kolom Inform Consent menunjukkan tidak diperlukannya lembar Inform Consent dalam berkas rekam medis pasien yang tidak memerlukan operasi/tindakan. Sehingga dalam perhitungan analisis ini, dianggap nilainya sama dengan 1.

## REKAPITULASI ANALISIS KUALITATIF ADMINISTRATIF

Total jumlah berkas yang dianalisa 50

Bulan : Maret

NO.	KRITERIA ANALISA	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	TOTAL
<b>I. CATATAN PENYAKIT YANG LENGKAP &amp; KONSISTEN</b>			
	Dokter		
1.	Ada diagnosa awal di UGD/klinik atau di surat rujukan/pengantar rawat	47	94%
2.	Anamnesa dan diagnosa masuk	42	84%
3.	WD/catatan dokter rawat inap	46	92%
4.	Diagnosa keluar pada ringkasan penyakit	45	90%
	Perawat		
5.	Catatan & Asuhan Keperawatan & Diagnosa Keperawatan	45	90%
<i>Average</i>		45	90%
<b>II. PENCATATAN YANG KONSISTEN</b>			
	Dokter		
1.	Kesinambungan catatan UGD/klinik dengan lembar riwayat penyakit & catatan dokter hingga ringkasan penyakit	33	66%
	Penunjang Diagnosa		
2.	Adanya hasil lab, radiologi dan lain-lain yang mendukung	50	100%
	Perawat		
3.	Konsistensi catatan perkembangan & asuhan keperawatan	43	86%
<i>Average</i>		42	84%
<b>III. DESKRIPSI &amp; DASAR PENGobatan</b>			
	Dokter		
1.	Bukti pelaksanaan dari rencana pengobatan, instruksi & perubahan obat serta tindakan yang dilakukan	50	100%
	Perawat		
2.	Bukti pelaksanaan dari rencana perawatan, instruksi & perubahan obat serta tindakan yang dilakukan	48	96%
<i>Average</i>		49	98%
<b>IV. PENGISIAN PENDOKUMENTASIAN</b>			
	Dokter		
1.	Inform Consent sesuai dengan operasi/tindakan yang dilakukan	50	100%
	Perawat		
2.	Kelengkapan isi Inform Consent	33	66%
3.	Informasi pengganggu biaya perawatan	50	100%
<i>Average</i>		44.3	88.7%
<b>V. PENGESAHAN &amp; TELAAHAN REKAMAN</b>			
	Dokter		
1.	Tanggal & jam, catatan kronologis, ttd/nama jelas	50	100%
2.	Tinta, tulisan mudah dibaca	26	52%
3.	Singkatan baku	46	92%
4.	Pengisian tidak senjang	29	58%
	Perawat		
5.	Tanggal & jam, catatan kronologis, ttd/nama jelas	49	98%
6.	Tinta, tulisan mudah dibaca	25	50%
7.	Singkatan baku	49	98%
8.	Pengisian tidak senjang	9	18%
<i>Average</i>		35.4	70.8%
<i>Average (I s/d V)</i>		43	86%

**Kesan :**

1. Kebanyakan lembar Informed Consent tidak diisi dengan lengkap.
2. Dokter banyak yang tidak menulis jam berkunjung pada catatan instruksi dokter.
3. Masih banyak pengisian yang senjang oleh dokter, terutama pada lembar riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik.
4. Beberapa tulisan dokter dan perawat susah dibaca.
5. Banyak terdapat dokumentasi dengan pengisian yang senjang oleh perawat; pengkajian asuhan keperawatan, ringkasan masuk & keluar, daftar infus, formulir surveilans infeksi nosokomial, daftar pengobatan-laboratorium-suhu-nadi-tensi.
6. Masih ada perawat bahkan dokter yang menggunakan tipp-ex.
7. Secara keseluruhan dari 50 sample rawat inap yang diambil, pendokumentasian rekam medis bulan Maret 2012 yang dilakukan di RSUD Tarakan sudah cukup bagus, terlihat pada hasil rata-rata 86% dari rekapitulasi analisis kualitatif administratif.

**Saran :**

1. Komite medis dapat menindaklanjuti masalah yang didapat dari hasil analisis dengan menegur petugas kesehatan terkait atau memberikan seminar agar petugas kesehatan meningkatkan pencatatannya.
2. Diharapkan dalam pendokumentasian berikutnya dokter/perawat untuk melengkapi rekam medis segera maksimal 2x24 jam setelah pasien pulang.

3. Diharapkan petugas kesehatan yang bersangkutan lebih teliti dalam melengkapi Inform Consent.
4. Dokter dimohon untuk menulis jam berkunjung pada catatan instruksi dokter.
5. Petugas kesehatan diharapkan tidak meninggalkan gap pada rekam medis yang diisi.
6. Dimohon kepada dokter/perawat untuk menulis dengan rapi dan jelas agar mudah dibaca.
7. Dimohon kepada dokter/perawat/petugas kesehatan lainnya yang bersangkutan untuk lebih memperhatikan hal-hal yang terlihat sepele dan lebih teliti dalam pendokumentasian rekam medis.

Lampiran 8

KESEHATAN DKI JAKARTA  
 I SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN  
 I CARINGIN NO.7 JAKARTA PUSAT

REKAPITULASI PASIEN RAWAT INAP RSUD TARAKAN  
 PERIODE JANUARI SD DESEMBER TAHUN 2011

BULAN	Jml Temp Tidur	Pasien Awal	Pasien Masuk	Pasien Pindahan	Jumlah (4+5+6)	Pasien dipindah kan	Pasien Keluar hidup	Pasien Mening gal	Rincian pasien Meninggal < 48 > 48	Jumlah (8+9+10)	Lama Dirawat	Sisa Pasien	Jumlah Hari Perawatan	Kel Masuk Sama	Rata Lama di Rawat	BOR	BTO	TOI	NDR	GDR		
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
JANUARI	251	157	965	175	1297	107	957	82	34	48	1110	4893	191	5616	4.41	72.18	4.42	1.95	4.32	7.39		
FEBRUARI	252	191	960	149	1300	115	927	66	35	31	1108	5452	188	5590	4.92	71.56	4.40	2.01	2.80	5.96		
MARET	264	188	1147	196	1531	219	1065	78	32	46	1330	6232	201	6209	4.69	75.87	5.04	1.48	3.46	5.86		
APRIL	272	201	1076	129	1400	138	998	74	38	36	1204	5422	196	5783	4.50	68.58	4.43	2.20	3.16	6.15		
MAI	272	196	1151	192	1533	191	1028	78	44	34	1297	5952	236	6458	4.59	76.59	4.77	1.52	2.00	6.01		
JUNI	271	236	1072	127	1435	171	1047	62	28	34	1281	6588	154	6278	5.14	74.73	4.73	1.66	2.65	4.84		
JULI	271	154	1087	120	1361	178	914	57	27	30	1150	5536	211	6007	4.81	71.50	4.24	2.08	2.78	4.96		
AGUSTUS	265	211	862	150	1223	207	819	56	29	27	1082	5238	141	5480	4	4.84	66.71	4.08	2.53	2.50	5.18	
SEPTEMBER	255	141	931	187	1259	201	795	77	43	34	1075	5973	193	5662	4	5.56	71.63	4.22	2.09	3.16	7.16	
OKTOBER	223	193	1052	125	1370	164	947	68	53	15	1179	6521	191	5790	5.53	83.76	5.29	0.95	1.27	5.77		
NOVEMBER	235	191	1070	125	1386	169	950	68	37	31	1187	6073	199	5682	5	5.12	80.60	5.05	1.15	2.44	5.73	
DESEMBER	256	199	1084	169	1452	144	1038	75	41	34	1257	6104	195	5833	5	4.86	73.50	4.91	1.47	2.7	5.97	
JULMLAH	3087	2258	12457	1844	16559	2004	11485	841	441	400	14330	69984	2229	70388	8	4.88	73.55	4.64	1.55	2.79	5.87	

13489

BOR	NORMAL	60-85 %
LOS	NOMAL	6-9 HARI
BTO	NOMAL	40-50 KALI
TOI	NOMAL	1-3 HARI
NDR	NOMAL	< 25/1000
GDR	NOMAL	< 45/1000

# Lampiran 9

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN  
 Jl. Kyai Caringin No. 7 Telp. 3842934  
 JAKARTA PUSAT

--	--	--	--	--	--

## UNIT GAWAT DARURAT

Nama :

Tanggal lahir :  Umur  Tahun  Bulan  Hari

Kelamin : LK / PR

Bangsa : Indonesia / .....

Agama : I / K / P / B / H / .....

Pekerjaan : PN / PENS. / SWASTA / ABRI .....

Tempat lahir : .....

Alamat : .....

RT. .... RW ..... Telp. : .....

Kelurahan / Kecamatan : .....

JAKARTA : T / P / U / S / B / L / J

Tanggal : ..... Jam .....

Jenis Kunjungan : Datang sendiri / Rujukan Dari : RS / Puskesmas / Dr. / Poliklinik / Lain-lain

Nama : ..... Status: Teman / Keluarga / Tetangga / Polisi

Alamat : ..... Telpon : .....

Permintaan Visum : ADA / TIDAK Dari : .....

Tanggal : ..... Jam ..... No .....

<b>I GLASGOW COMA SCALE</b>		<b>II TRAUMA SCORE</b>	
1. Membuka Mata :		* Frek. Pernafasan	
- Spontan	4	- 10 - 24 / mnt	4
- Pada Perintah	3	- 24 - 35 / mnt	3
- Pada Nyeri	2	* Pengembangan Dada	
- Tidak ada	1	- Normal	1
		- Retractive	0
2. Respon Motor		*Tekanan Darah Systolic :	
- Menurut Perintah	6	- >> 90 mm Hg	4
- Pada Rangsangan	5	- 70 - 89 mm Hg	3
- Fleksi Menarik	4	- 50 - 69 mm Hg	2
- Fleksi Abnormal	3	- 0 - 49 mm hg	1
- Ekstensi	2	- Pulse	0
- Tanpa Respon	1	* Pengisian Kapiler	
		Normal	2
3. Respon		- Terlambat	1
- Orientasi baik	5	- Tidak ada	0
- Orientasi buruk	4		
- Bicara ngacau	3		
- Tanpa arti	2		
- Tanpa Respon	1		
Nilai tertinggi : 4 + 5 + 6 = 15			
Nilai terendah : 1 + 1 + 1 = 3			

ii. ANAMNESIA

- Keluhan Utama : .....

- Keluhan Tambahan : .....

Penyebab luar kecelakaan (kode E.I.C.D) : .....

- Pusing	ya <input type="checkbox"/>	tidak <input type="checkbox"/>
- Pingsan	ya <input type="checkbox"/>	tidak <input type="checkbox"/>
- Amnesia	ya <input type="checkbox"/>	tidak <input type="checkbox"/>
- Retrograde	ya <input type="checkbox"/>	tidak <input type="checkbox"/>
- Muntah	ya <input type="checkbox"/>	tidak <input type="checkbox"/>
- Diare	ya <input type="checkbox"/>	tidak <input type="checkbox"/>
- Kejang	ya <input type="checkbox"/>	tidak <input type="checkbox"/>
- Sesak Napas	ya <input type="checkbox"/>	tidak <input type="checkbox"/>

iii. PEMERIKSAAN JASMANI

Kesadaran : ..... Pernafasan : ..... x / menit Suhu : ..... C\*

Nadi : ..... x / menit Kualitas : ..... Isi : ..... Tek Darah : ..... mmHg

Kepala : Kelainan / tidak Jantung Bunyi jantung I Mumur + / - Perut : .....

Telinga : Kelainan / tidak Bunyi jantung II : .....

Hidung : Kelainan / tidak Paru : .....

Mulut : Kelainan / tidak Krepitasi : .....

Gigi : Kelainan / tidak Hepar : .....

Tenggorok : Kelainan / tidak Lien : .....

Leher : Kelainan / tidak Ginjal : .....

Dada : Kelainan / tidak Kandungan : .....

Kemaluan : .....

Ekstremitas : .....



**IV. STATUS LOKAL / BEDAH**

1. Regio : .....

Jenis Luka : ..... ukuran : .....

Hematoma  Nyeri tekan  Nyeri sumbu

Krepitasi  Functio Laesa  Putus Tendon

2. Regio : .....

Jenis luka : ..... ukuran : .....

Hematoma  Nyeri tekan  Nyeri sumbu

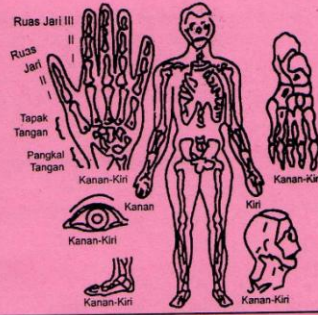
Krepitasi  Functio Laesa  Putus Tendon

3. Regio : .....

Jenis luka : ..... ukuran : .....

Hematoma  Nyeri tekan  Nyeri sumbu

Krepitasi  Functio Laesa  Putus Tendon



V. PEMERIKSAAN RONTGEN NO. .... Jam : .....

VI. PEMERIKSAAN LAB : HB ..... Leuco ..... Ureum ..... Glukosa .....

Urine .....

VII. PEMERIKSAAN KHUSUS : .....

VIII. DIAGNOSIS : .....

IX. TINDAKAN YANG DILAKUKAN : .....

X. OBAT-OBATAN YANG DIBERIKAN :

- Suntikan .....
- Infus .....
- Transfusi .....
- Oral .....

XI. HASIL PENANGANAN DI UGD :

- pulang untuk berobat jalan
- observasi
- dirawat di RSIJ untuk penanganan spesialis
- meninggal di UGD
- meninggal di ruangan
- Penyebab kematian .....
- Dirujuk ke .....

Atas dasar :

- Tempat penuh
- Perlu fasilitas lebih baik
- Permintaan pasien

Diantar oleh :

- Ambulans RSIJ
- Ambulans lain
- kendaraan umum
- kendaraan pribadi

**XII. RUANGAN OBSERVASI**

	Tgl.	Jam	Suhu	Kesadaran	Nadi	T. Darah	Pernafasan	Obat/ Tindakan	T. Tangan
1.									
2.									
3.									

XIII. Penderita meninggal di ..... jam ..... tgl. ....

keterangan/penyebab kematian .....

Dokter jaga

( ..... )

**KONTROL**

	Tgl.	KETERANGAN	THERAPY	DOKTER / PARAF
1.				
2.				
3.				





Lampiran 11



PEMERINTAH PROPINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN**  
Jl.Kyai Caringin No. 7 Telp. 3503003 Fax. 3503412  
JAKARTA PUSAT

Form. N 32

Kode Pos : 10150

Nama Lengkap :	No.Catatan Medik :
Umur :	Ru/Lantai :
Jenis Kelamin :	Tgl Masuk :
Suku Bangsa :	Tgl Keluar :
Agama :	Dokter :

**RESUME**

LAPORAN

Diagnosa akhir :

Sebab kematian :

Jakarta.....200

Dokter Penanggung Jawab

TT

Nama Lengkap

Lampiran 12

**RINGKASAN MASUK & KELUAR**

**R. S. U. D. TARAKAN**  
**Jl. Kyai Caringin No. 7**  
**Jakarta Pusat**

Form. N 5

Nama Pasien :		Nomor Rekam Medik							
Tanggal Lahir :		Agama :		Jenis Kelamin		1. Lk		2. Pr	
Pendidikan :		Peserta Askes : No							
Pekerjaan :		Asuransi lain :							
Alamat Lengkap :		Cara penerimaan, melalui :		1. URJ 2. UGD 3. Langsung TP2RN 4. Langsung Ruang Rawat					
Status Perkawinan : 1. Kawin 2. Belum kawin 3. Janda 4. Duda 5. Dibawah umur		Cara masuk, dikirim oleh :		1. Dokter : 2. Puskesmas : 3. RS lain : 4. Instansi lain : 5. Kasus Polisi : 6. Datang sendiri					
Nama Penanggung Jawab pembayaran		Tanggal Masuk		Tanggal		Bulan		Tahun	
Nama & Alamat : Keluarga yang dapat dihubungi									
Bagian :		Ruang rawat		Kelas		Tanggal		Bulan	
Diagnosis Masuk :		Tanggal Keluar							
		Lama dirawat :		hari					
Diagnosis Akhir dan kode		Utama :							
		Komplikasi :							
Penyebab Luar Cedera & Keracunan/Morfologi Neoplasma :									
Nama Operasi/Tindakan		Gol Operasi		Jenis Anestesi		Tanggal		No. Kode	
Infeksi Nosokomial :		Penyebab Infeksi :							
Immunisasi yang : 1. BCG 2. DPT 3. Polio pernah didapat 4. TFT 5. DT 6. Campak		Pengobatan Radioterapi/Kedokteran Nuklir :							
Immunisasi yang diper- : oleh selama dirawat		Transfusi Darah cc							
Keadaan Keluar : 1. Sembuh 2. Membaik 3. Belum sembuh 4. Meninggal < 48 Jam 5. Meninggal >48 Jam		Cara Keluar :		1. Diiijinkan pulang 4. Lari 2. Pulang paksa 5. Pindah RS lain 3. Dirujuk ke .....					
Dokter yang merawat		Tanda tangan :							

Lampiran 13

Form N 4

RSUD TARAKAN JL.KYAI CARINGIN NO. 7 JAKARTA PUSAT

<b>SURAT DOKUMEN PENGANTAR</b>	NAMA PASIEN
	BANGSAL: _____ NO PASIEN _____ KLINIK : _____
Rekatkan surat / dokumen pengantar berukuran kecil di sini	



**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN  
 Jl.Kyai Caringin No. 7  
 JAKARTA PUSAT**


<b>RIWAYAT PENYAKIT                  DAN                  PEMERIKSAAN FISIK</b> ( lembar II )	Nama Pasien :	L/P*)			
	Umur :	Thn/Bln/Hr*)			
	Ruangan :	Nomor RM			
	Bagian :	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>			

Abdomen :	
Extremitas :	
Diagnosa kerja :	
Diagnosa diferensial :	
Pengobatan	
Diet :	
Pemeriksaan penunjang :	

\*) Coret yang tidak perlu



Lampiran 16



### FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Nama : .....	Tanggal: .....	Perawat : .....
Umur : .....	Jam : .....	Tanda Tangan : .....
Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita	No. Tempat Tidur: .....	

Keluhan utama : .....

Riwayat : .....

Pengkajian	Masalah Keperawatan	Intervensi	
<p><b>Air Way</b>                      Jalan nafas : <input type="checkbox"/> Bebas  <input type="checkbox"/> Sumbatan parsial <input type="checkbox"/> Lendir  <input type="checkbox"/> Sumbatan Total <input type="checkbox"/> Cairan  <input type="checkbox"/> Darah  <input type="checkbox"/> Lidah  <input type="checkbox"/> .....</p> <p><b>Breathing :</b>                      -Bernafas <input type="checkbox"/> ya, RR:.....x/mnt  <input type="checkbox"/> tidak                      -Pengembangan dada : <input type="checkbox"/> simetris <input type="checkbox"/> tidak simetris                      -Penggunaan otot bantu nafas <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak                      -Fraktur dada <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak                      -Posisi trachea <input type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Tidak simetris</p> <p><b>Circulation</b>                      -Bunyi jantung : B J I Gallop                                                BJ           Murmur                      -Nadi perifer ya, .....x/mnt, TD: ...../.....mmHg                                        Tidak                      -Nadi jugularis ya tidak                      -Kualitas nadi kuat sedang lemah                      -Ekstrimitas hangat dingin S:.....°C</p> <p><b>Disability</b>                      -Kesadaran : .....</p> <p>GCS E : ..... M : ..... V : .....</p> <p>-Tonus otot : <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"><tr><td style="text-align: center;"> </td></tr></table></p> <p><b>Eksposure</b>                      -Jejas ya, pada : .....                                tidak</p>		<p><input type="checkbox"/> Bersihkan jalan nafas tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/> Pola nafas tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan pertukaran gas</p> <p><input type="checkbox"/> Penurunan curah jantung</p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan perfusi jaringan perifer</p> <p><input type="checkbox"/> gangguan keseimbangan cairan kurang dari kebutuhan</p> <p><input type="checkbox"/> gangguan perfusi serebral</p> <p><input type="checkbox"/> Kecemasan/panik</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri akut</p>	<p><input type="checkbox"/> Auskultasi bunyi nafas</p> <p><input type="checkbox"/> Beri posisi semifowler  <input type="checkbox"/> Beri posisi miring yang AMAN  <input type="checkbox"/> Beri posisi datar</p> <p><input type="checkbox"/> Ajarkan nafas dalam dan batuk efektif  <input type="checkbox"/> lakukan pemasangan suction  <input type="checkbox"/> lakukan orofaringeal</p> <p><input type="checkbox"/> observasi pengembangan dada  <input type="checkbox"/> monitor cianosis  <input type="checkbox"/> beri kompres dengan air biasa</p> <p><input type="checkbox"/> kaji tingkat kecemasan  <input type="checkbox"/> atur posisi nyaman  <input type="checkbox"/> jelaskan pada klien bahwa ia akan segera diberi pertolongan  <input type="checkbox"/> monitor kesadaran</p> <p><input type="checkbox"/> monitor vital sign  <input type="checkbox"/> monitor capillary refill  <input type="checkbox"/> monitor intake dan output cairan</p> <p><input type="checkbox"/> bedrest  <input type="checkbox"/> monitor dehidrasi  <input type="checkbox"/> anjuran minum ...../hari</p>



## PENGAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN

TANGGAL  
WAKTU :

NO. RM :

### 1. DATA DASAR

#### IDENTITAS PASIEN

1. Nama lengkap / Panggilan : .....
2. Usia : .....

#### INFORMASI MEDIK

1. Diagnosa Medik : .....
2. Riwayat penyakit dahulu  
a. Dirawat :  Ya  Tidak : Kapan.....  
b. Sakit / Operasi : .....
3. Kebiasaan : ● Merokok :  Tidak  Ya, jumlah .....
- Kopi :  Tidak  Ya, jumlah .....
- Alkohol :  Tidak  Ya, jumlah .....
- Obat :  Tidak  Ya, jumlah .....
4. Alat Bantu / Protosa: .....

### 2. KEADAAN UMUM

#### ALASAN DATANG KE RUMAH SAKIT/ KONSULTASI / KELUHAN UTAMA :

.....

.....

Sejak: .....

Riwayat:.....

#### KELUHAN TAMBAHAN

- 1..... Sejak : .....
- Riwayat: .....
- 2..... Sejak : .....
- Riwayat: .....
- 3..... Sejak : .....
- Riwayat .....

**KEADAAN UMUM** : Tampak sakit ringan / sedang / berat / tidak tampak sakit

Alasan : .....



DATA	MASALAH
<b>1. RESPIRATORI</b> ● Pernafasan ..... kali/menit <input type="checkbox"/> Sesak nafas <input type="checkbox"/> Nafas Dangkal <input type="checkbox"/> Dispnea <input type="checkbox"/> Batuk <input type="checkbox"/> Sianosis ● Suara Nafas : <input type="checkbox"/> Ronkhi <input type="checkbox"/> Vesikuler <input type="checkbox"/> Wheezing ● Irama Pernafasan : <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak teratur ● Pergerakan Dada : <input type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris ● Sputum : Warna : ..... Konsisten : ..... Jumlah : ..... <b>2. KARDIOVASKULER</b> <b>1. Sirkulasi Perifer</b> Tensi ..... mmHg Nadi ..... kali/menit Suhu ..... °C Heart Rate ..... x/menit ● Irama Nadi : <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur ● Denyut Nadi : <input type="checkbox"/> Lemah <input type="checkbox"/> Kuat ● Akral : <input type="checkbox"/> Hangat <input type="checkbox"/> Dingin ● Warna Kulit : <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Sianosis <input type="checkbox"/> Pucat ● Pengisian Kapiler : <input type="checkbox"/> < 3 detik <input type="checkbox"/> > 3 detik ● Edema : <input type="checkbox"/> Muka <input type="checkbox"/> Tungkai Bawah <input type="checkbox"/> Tungkai Atas <input type="checkbox"/> Seluruh Tubuh ● Distensi Vena Jugularis : <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Palpitasi <input type="checkbox"/> Kram Kaki <input type="checkbox"/> Sakit Kepala <input type="checkbox"/> Kesemutan <b>2. Sirkulasi Jantung</b> ● Nyeri Dada : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, teratasi dengan : <input type="checkbox"/> Istirahat <input type="checkbox"/> Nafas Dalam <input type="checkbox"/> Obat <input type="checkbox"/> Lain-lain ● Karakteristik Nyeri Dada seperti : <input type="checkbox"/> Ditusuk <input type="checkbox"/> Menyebar <input type="checkbox"/> Terbakar <input type="checkbox"/> Tertimpa Benda ● Perasaan Pasien : <input type="checkbox"/> Lelah <input type="checkbox"/> Kesemutan <input type="checkbox"/> Berdebar <input type="checkbox"/> Gemetaran <input type="checkbox"/> Keringat Dingin ● Bunyi Dada : <input type="checkbox"/> B.J. <input type="checkbox"/> Gallop <input type="checkbox"/> B.J. 2 <input type="checkbox"/> Murmur ● Denyut Jantung : <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Kuat <input type="checkbox"/> Tidak Teratur <input type="checkbox"/> Lemah ● C T R : ..... % ● E K G : .....	<input type="checkbox"/> ..... Pola pernafasan yang tidak efektif <input type="checkbox"/> ..... Ketidak efektifan bersihan jalan nafas <input type="checkbox"/> ..... Gangguan Pertukaran Gas <input type="checkbox"/> ..... Tidak toleransi beraktifitas <input type="checkbox"/> ..... Perubahan Perfusi Jaringan <input type="checkbox"/> ..... Penurunan Curah Jantung <input type="checkbox"/> ..... Nyeri Dada <input type="checkbox"/> ..... Hipertermi  <b><u>TINDAKAN KEPERAWATAN</u></b> <input type="checkbox"/> Observasi tanda-tanda vital. <input type="checkbox"/> Pemeriksaan EKG 12 lead. <input type="checkbox"/> Pemeriksaan darah. <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Rontgent <input type="checkbox"/> Persiapan Echo <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang : <input type="checkbox"/> Terapi. <input type="checkbox"/> Follow Up <input type="checkbox"/> Diet <input type="checkbox"/> Penyakit <input type="checkbox"/> Kegiatan di rumah <input type="checkbox"/> Rencana Rawat Inap revisil. 27-12-11

**3. Nutrisi**

1. TB : .....Cm      BB : .....kg
2. BB : bertambah : .....kg selama ..... bulan  
berkurang : .....kg selama ..... bulan
3. Kebiasaan makan sebelum dirawat  
.....
4. Pantangan : .....Diet saat ini
5. Kebiasaan minum sebelum dirawat  
.....
6. Keluhan saat ini.....
 

<input type="checkbox"/> Mual	<input type="checkbox"/> Sukar menelan
<input type="checkbox"/> Muntah	<input type="checkbox"/> Masalah cerna
<input type="checkbox"/> Tidak nafsu makan	<input type="checkbox"/> Sakit mulut/gigi/gusi
<input type="checkbox"/> Kembung	
7. Turgor Kulit  Baik     Sedang
8. Keadaan Kulit  Baik     Buruk
9. Selaput lendir mulut : .....
10. Gigi Geligi : .....
11. Kebersihan rongga mulut : .....
12. Lidah : .....
13. Leher : .....

**4. Eliminasi**

Masalah usus besar (BAB) :

- |                                    |                                 |  |
|------------------------------------|---------------------------------|--|
| Konsisten <input type="checkbox"/> | Keras <input type="checkbox"/>  | Lancar <input type="checkbox"/>        |
| <input type="checkbox"/>           | Lembek <input type="checkbox"/> | Tidak Lancar <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/>           | Cair <input type="checkbox"/>   | Rutin / Tidak <input type="checkbox"/> |

Masalah kandung kemih (BAK) :

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Lancar       | <input type="checkbox"/> Sakit saat BAK         |
| <input type="checkbox"/> Tidak Lancar | <input type="checkbox"/> Distensi Kandung Kemih |

Masalah abdomen :

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Ascites : ..... | Lingkar Perut : ..... |
|--|-----------------------|
1. Nyeri tekan : .....Lokasi.....
  2. Benjolan : .....Lokasi.....
  3. Bising usus : .....X/menit
  4. Hernia : .....
  5. Hepar : .....
  6. Ginjal (Nyeri Ketuk) :  Ya     Tidak

**5. Melakukan aktivitas dan latihan**Kesulitan mobilitas :  Ya     Tidak

2. Parese :  Ya     Tidak
3. Paralise :  Ya     Tidak
4. Kemampuan rentang gerak sendi  Ya  Tidak
5. Persendian bengkak, meradang :  Ya  Tidak.
6. Skala Koma Glasgow
 

Respon Motorik (6) :	.....
Respon Bicara (5) :	.....
Respon Buka Mata (4) :	.....
Nilai Total :	.....

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ..... Gangguan menelan                                     |
| <input type="checkbox"/> ..... Perubahan Nutrisi lebih dari kebutuhan               |
| <input type="checkbox"/> ..... Perubahan Nutrisi kurang dari kebutuhan              |
| <input type="checkbox"/> ..... Potensial kekurangan volume cairan                   |
| <input type="checkbox"/> ..... Kekurangan volume cairan                             |
| <input type="checkbox"/> ..... Gangguan nutrisi lebih dari kebutuhan                |
| <input type="checkbox"/> ..... Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (< 20%) |
| <input type="checkbox"/> ..... Kerusakan intergritas kulit                          |
| <input type="checkbox"/> ..... Kerusakan intergritas jaringan                       |
| <input type="checkbox"/> ..... Perubahan membrane mukosa oral                       |
| <input type="checkbox"/> ..... Diare  |
| <input type="checkbox"/> ..... Konstipasi   |
| <input type="checkbox"/> ..... Perubahan pola eliminasi urine                       |
| <input type="checkbox"/> ..... Retensi Urine  |
| <input type="checkbox"/> ..... Nyeri  |
| <input type="checkbox"/> ..... Keterbatasan Aktivitas                               |
| <input type="checkbox"/> ..... Ketidakberdayaan                                     |
| <input type="checkbox"/> ..... Gangguan Mobilitas fisik                             |
| <input type="checkbox"/> ..... Kelelahan  |
| <input type="checkbox"/> ..... Potensial Perlukaan                                  |



## DIAGNOSA DAN RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

NAMA PASIEN:		NO. MR:		RUANG:	
Tgl Jam	Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi Keperawatan	TTD Nama
	<b>DS:</b> <input type="checkbox"/> Keluhan mual <input type="checkbox"/> Keluhan muntah <input type="checkbox"/> Keluhan tidak nafsu makan <b>DO:</b> <input type="checkbox"/> Mukosa bibir kering <input type="checkbox"/> muntah <input type="checkbox"/> Diet tidak dihabiskan <input type="checkbox"/> KU lemah <input type="checkbox"/> Anoreksia	<input type="checkbox"/> ..... <b>Nutrisi inadekuat berhubungan dengan:</b> <input type="checkbox"/> Intake inadekuat <input type="checkbox"/> Gangguan pencernaan (mual, muntah). <input type="checkbox"/> Peningkatan metabolisme tubuh	<b>Tujuan</b> Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan asupan nutrisi adekuat dengan kriteria : <b>Kriteria Hasil</b> 1. Klien mengetahui tentang pentingnya asupan nutrisi 2. Klien bersedia untuk meningkatkan asupan nutrisinya 3. Kondisi membaik 4. Diet dihabiskan min. 1/2 porsi, mukosa bibir lembab. 5. Nafsu makan meningkat, mual dan muntah berkurang/hilang	<input type="checkbox"/> Kaji faktor penyebab menurunnya nafsu makan <input type="checkbox"/> Kaji kemungkinan adanya riwayat alergi <input type="checkbox"/> Jelaskan pentingnya asupan nutrisi <input type="checkbox"/> Anjurkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi <input type="checkbox"/> Berikan menu diet bervariasi agar tidak bosan <input type="checkbox"/> Jaga kebersihan mulut <input type="checkbox"/> Atur lingk yg mendukung pemenuhan nutrisi <input type="checkbox"/> Berikan makanan dalam porsi kecil dan sering <input type="checkbox"/> Anjurkan pasien minum yang hangat sebelum makan <input type="checkbox"/> Observasi TTV dan KU <input type="checkbox"/> Monitor berat badan <input type="checkbox"/> Lakukan advis dokter dlm pemberian terapi <input type="checkbox"/> Kolaborasi dgn ahli gizi pd peningkatan nutrisi pasien <input type="checkbox"/> Kolaborasi dg tim dokter <input type="checkbox"/> Pemberian O2 tambahan <input type="checkbox"/> Pembatasan cairan IV <input type="checkbox"/> Pantau EKG serial&CTR <input type="checkbox"/> Pantau lab. BUN, Creatinin, SGOT, SGPT, PT, APTP	



## DIAGNOSA DAN RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

NAMA PASIEN:		NO. MR:		RUANG:	
Tgl & Jam	Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi Keperawatan	TTD & Nama
	<p><b>DS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Klien mengatakan kepalanya terasa nyeri atau pusing.</p> <p><b>DO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Perubahan tingkat kesadaran.</p> <p><input type="checkbox"/> Kehilangan memory.</p> <p><input type="checkbox"/> Perubahan respon motorik atau sensori.</p> <p><input type="checkbox"/> Perubahan tanda vital</p>	<p><input type="checkbox"/> .....</p> <p><b>Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Penghentian aliran darah (hemoragi, hematoma).</p> <p><input type="checkbox"/> Edem serebral.</p> <p><input type="checkbox"/> Penurunan tekanan darah sistemik atau hipoksia (hipovolemia, disritmia jantung).</p>	<p><b>Tujuan</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral membaik dengan kriteria:</p> <p><b>Kriteria Hasil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga klien mengerti tentang kondisi klien.</li> <li>2. Keluarga dpt melaporkan mengenai keadaan2 klien.</li> <li>3. Keluarga kooperatif dengan tindakan keperawatan yang dilakukan</li> <li>4. Tanda2 vital stabil, tdk ada tanda2 TIK.</li> </ol>	<p><input type="checkbox"/> Pantau atau catat status neurologis secara teratur dan bandingkan dengan standar.</p> <p><input type="checkbox"/> Observasi tanda2 vital teratur.</p> <p><input type="checkbox"/> Pantau suhu dan atur suhu lingkungan sesuai indikasi, batasi penggunaan selimut, berikan kompres hangat saat demam timbul.</p> <p><input type="checkbox"/> Observasi respon sensori motorik secara teratur.</p> <p><input type="checkbox"/> Observasi intake output, ukur berat badan, catat turgor kulit dan keadaan mukosa.</p> <p><input type="checkbox"/> Pertahankan kepala/leher pada posisi netral, sokong dengan handuk kecil/ bantal kecil, hindari bantal besar.</p> <p><input type="checkbox"/> Atur lingk yg aman dan nyaman.</p> <p><input type="checkbox"/> Bantu klien menghindari batuk, muntah, BAB yang dipaksakan.</p> <p><input type="checkbox"/> Anjurkan orang terdekat (kelg) untuk berbicara dengan pasien.</p> <p><input type="checkbox"/> Perhatikan adanya gelisah yang meningkat, peningkatan keluhan.</p> <p><input type="checkbox"/> Observasi adanya aktivitas kejang dan lindungi klien.</p> <p><input type="checkbox"/> Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi sesuai indikasi</p>	





Lampiran 18

Form N: 26b



PEMERINTAH PROPINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN**  
 Jl. Kyai Caringin No. 7 Telp. (021) 3503003 Fax. (021) 3503412  
 JAKARTA PUSAT



**FORMAT PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN**

PEMBERI INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi/ pemberi persetujuan *			
	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (v)
1	Diagnosos (WD & DD)		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata Cara		
6	Tujuan		
7	Risiko		
8	Komplikasi		
9	Prognosis		
10	Alternatif & Risiko		
	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan atau berdiskusi			tandatangan
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya			tandatangan
* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			
PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
Yang bertandatangan di bawah ini, saya, nama _____, umur _____ tahun, laki-laki/perempuan*, alamat _____			
dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan _____ terhadap saya/ _____ saya* bernama _____, umur _____ tahun, laki-laki / perempuan*, alamat _____			
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.			
Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.			
_____, tanggal _____ pukul _____			
Yang menyatakan*		Saksi:	
(_____)		(_____) (_____)	

Lampiran 19

Form N: 26C



PEMERINTAH PROPINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN**  
 Jl. Kyai Caringin No. 7 Telp. (021) 3503003 Fax. (021) 3503412  
 JAKARTA PUSAT



**FORMAT PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN**

PEMBERI INFORMASI		
Dokter /Pelaksana Tindakan		
Pemberi Informasi		
Penerima Informasi/ pemberi penolakan *		
	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI
1	Diagnosos (WD & DD)	
2	Dasar Diagnosis	
3	Tindakan Kedokteran	
4	Indikasi Tindakan	
5	Tata Cara	
6	Tujuan	
7	Risiko	
8	Komplikasi	
9	Prognosis	
10	Alternatif & Risiko	
	Lain-lain	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan atau berdiskusi		tandatangan
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya		tandatangan
* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat		
PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN		
Yang bertandatangan di bawah ini, saya, nama _____, umur _____ tahun, laki-laki/perempuan*, alamat _____		
dengan ini menyatakan penolakan untuk dilakukan tindakan _____ terhadap saya/ _____ saya* bernama _____, umur _____ tahun, laki-laki / perempuan*, alamat _____		
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan. Saya bertanggungjawab secara penuh atas segala akibat yang timbul sebagai akibat tidak dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.		
_____, tanggal _____ pukul _____		
Yang menyatakan*	Saksi:	
(_____)	(_____)	(_____)