



RUMAH SAKIT  
**ATMA JAYA**

PENGAJIAN KEPERAWATAN  
AWAL PASIEN DEWASA

Nama Pasien : \_\_\_\_\_  
Tgl. Lahir / Umur : Tgl \_\_\_\_ Bln \_\_\_\_ Thn \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Th  
Ruang/Kelas/No. TT : \_\_\_\_\_  
Tanggal Masuk : \_\_\_\_\_  
Nama Dokter : \_\_\_\_\_  
No. RM :

Tiba di Ruangan : Tanggal \_\_\_\_\_ Jam \_\_\_\_\_  
Pengkajian : Tanggal \_\_\_\_\_ Jam \_\_\_\_\_ Diperoleh dari \_\_\_\_\_  
Cara Masuk : Jalan / Kursi Roda / Brankar  
Asal Masuk : IGD / Poli Bagian / Poli Spesialis Umum & Pribadi / Lain-lain \_\_\_\_\_

**BAGIAN I**

**RIWAYAT KESEHATAN**

1. Diagnosa Medik saat masuk \_\_\_\_\_
2. Uraian penyakit pasien (Sebutkan alasan masuk RS ?)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Tanda Vital
  - TD : .....mmHg, Suhu: ....°C, P:.....x/mt, Nadi:.....x/mnt, BB.....Kg, TB.....cm, IMT : .....
  - GCS : E..... M..... V....., Total : ....., Pupil/Reaksi : mata kanan : ...../....., mata kiri...../.....
  - Kesadaran : CM / Apatis / Somnolent / Soporokoma / Koma
4. Riwayat Alergi : Tidak / Ya
  - a. Alergi Obat : Tidak / Ya, Jika ya jenis/ Nama Obat : \_\_\_\_\_
  - b. Lain-lain : Astma / Eksim Kulit / Sabun / Makanan / X- Ray / Debu / Udara / Lain-lain : \_\_\_\_\_
 Reaksi Utama yang timbul: \_\_\_\_\_
5. Riwayat Kesehatan yang lalu: Rawat Inap  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Riwayat pengobatan saat dirumah : Tidak / Ya

NAMA OBAT	JUMLAH	DOSIS	CARA PEMBERIAN	FREKUENSI	WAKTU & TANGGAL TERAKHIR DIBERIKAN
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

7. Riwayat Transfusi Darah : Tidak / Pernah, Jika pernah adakah Reaksi alergi : Tidak / Ya, Jika ya, Jelaskan reaksi yang timbul \_\_\_\_\_
8. Riwayat Merokok : Apakah anda merokok ? : Tidak / Ya, Jika ya jenisnya : Sigaret / Pipa / Kretek, Jumlah / hari \_\_\_\_ Lama \_\_\_\_\_
9. Riwayat minum-minuman keras :
  - a. Apakah anda Minum Alkohol ? : Tidak / Yan, Jenis \_\_\_\_\_ Jumlah/hari \_\_\_\_\_
  - b. Apakah Alkohol /obat-obatan menyebabkan masalah dalam hidup anda ? : Tidak / Ya



**RUMAH SAKIT  
ATMA JAYA**

**PENGKAJIAN KEPERAWATAN  
AWAL PASIEN DEWASA**

Nama Pasien : \_\_\_\_\_  
 Tgl. Lahir / Umur : Tgl \_\_\_\_ Bln \_\_\_\_ Thn \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Th  
 Ruang/Kelas/No. TT : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Masuk : \_\_\_\_\_  
 Nama Dokter : \_\_\_\_\_  
 No. RM :

10. Riwayat penggunaan obat penenang (diluar yang diresepkan dokter) : Tidak / Ya - Jelaskan : \_\_\_\_\_

11. Riwayat Pekerjaan \_\_\_\_\_

12. Riwayat Penyakit keluarga: Diabetes / Cancer / Hipertensi / Jantung / Tuberculosis / Anemia / Lain-lain, sebutkan \_\_\_\_\_

## BAGIAN II

### NUTRISI

Tidak ada masalah yang berhubungan dengan nutrisi

Apakah mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir :

Tidak ada penurunan BB ( 0 )

Tidak yakin / tidak tahu / terasa lebih longgar ( 1 )

Jika ya, berapa penurunan berat badan tersebut : 1 – 5 kg ( 1 ) 6 – 11 kg ( 2 ) 11 – 15 kg ( 3 ) >15 kg ( 4 )

Apakah asupan makan berkurang karena tidak nafsu makan : Tidak ( 0 ) / Ya ( 1 )

Pasien dengan diagnosis khusus/diet khusus : Tidak / Ya

(DM / Kemoterapi / Hemodialisa / Geriatri / Imunitas menurun / lain-lain, sebutkan \_\_\_\_\_

Total Skor : \_\_\_\_\_

### ELIMINASI

**BAB** : Normal / Konstipasi / Diare, Frekuensi ... x / Inkontinesia alvi / Ileostomy / Colostomy / Melena / Hematokesia Jelaskan : \_\_\_\_\_

**BAK** : Normal / Inkontinensia urine / Hematuria / Frequency / Urostomy / Disuria / Urine menetes / Nocturia (sering kencing malam hari) Poliuri, Kateter, tipe: \_\_\_\_\_ No kateter .....

Keterangan: \_\_\_\_\_

### KENYAMANAN

Nyeri / Tidak nyaman : Tidak / Ya / Nyeri akut di muskuloskeletal , Jika ya gunakan formulir pengkajian nyeri

### PROTEKSI

Status Mental : Orientasi / Agitasi / Menyerang / Tidak ada respon / Lain - Lain \_\_\_\_\_  
 Kooperatif / Disorientasi (orang , tempat, waktu / Letargi / Bingung / Dementia

Pengkajian Resiko Melarikan Diri : Menolak dirawat di rumah sakit / Tidak ada masalah yang teridentifikasi

Kejang: Tidak / Ya, Jika ya, tipe dan frekuensi: \_\_\_\_\_

Pengkajian Restraint:

Penggunaan restraint sebelumnya: Tidak / Ya, Jika ya, dimana \_\_\_\_\_ jenis \_\_\_\_\_

Kondisi saat ini yang membahayakan \_\_\_\_\_

Strategi pelepasan restraint terdahulu \_\_\_\_\_

Jika terdapat alasan penggunaan restraint lihat pada form pengkajian khusus restraint.

Pengkajian Resiko Jatuh:

Isi skor resiko jatuh sesuai petunjuk Pengkajian dan Pencegahan Pasien Resiko Jatuh

Tidak beresiko (0-24) / Resiko rendah (25-50) / Resiko tinggi (≥ 51)

Keamanan : Pasang pengaman tempat tidur / bed rails : Tidak / Ya / Bel mudah dijangkau

Keterangan: \_\_\_\_\_



RUMAH SAKIT  
**ATMA JAYA**

PENGAJIAN KEPERAWATAN  
AWAL PASIEN DEWASA

Nama Pasien : \_\_\_\_\_  
Tgl. Lahir / Umur : Tgl \_\_\_\_ Bln \_\_\_\_ Thn \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Th  
Ruang/Kelas/No. TT : \_\_\_\_\_  
Tanggal Masuk : \_\_\_\_\_  
Nama Dokter : \_\_\_\_\_  
No. RM :

### AKTIVITAS DAN ISTIRAHAT

**Kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari** : Mandiri / Perlu pengawasan / Ketergantungan Total / Bantuan sebagian : \_\_\_\_\_

**Aktivitas** : Bedrest / Bedrest sebagian / Kursi roda / Berjalan / \_\_\_\_\_

**Berjalan** : Tidak ada kesulitan / Penurunan kekuatan / ROM / Paralysis / Sering jatuh / Hilang keseimbangan / Deformitas / Riwayat patah tulang \_\_\_\_\_

**Alat Ambulatory**: Walker / Tongkat / Kursi roda / Lain-lain \_\_\_\_\_

**Ekstremitas Atas/Bawah** : Tidak ada kesulitan / Lemah / Paralysis / Deformitas / Terkilir / Kontraktur  
Atas: Kemampuan menggenggam : Tidak / Ya

**Kebiasaan tidur** : Malam ..... jam, Siang..... jam

**Masalah dalam tidur** : Sukar tidur / Tidak bisa tidur / Bangun lebih awal / Lain-lain \_\_\_\_\_

**Penggunaan obat tidur**: Tidak / Ya, Jika ya, jenis ..... dosis .....

### SEKSUAL DAN REPRODUKSI

**Wanita**: Hamil Tidak / Ya / Tidak diketahui Tanggal Haid Terakhir: \_\_\_\_\_

Pemeriksaan cervix terakhir (Pap Smear) \_\_\_\_\_

Pemeriksaan payudara sendiri : Tidak / Ya, Mammografi terakhir tgl \_\_\_\_\_

Penggunaan alat kontrasepsi : Tidak / Ya, Jenis \_\_\_\_\_

**Laki-laki**: Masalah prostat : Tidak / Ya

**Kelainan kongenital** : \_\_\_\_\_

**Permasalahan seksual / reproduksi / jelaskan**: \_\_\_\_\_

### KEBUTUHAN KOMUNIKASI

**Bicara** : Normal / Serangan awal gangguan bicara, kapan: \_\_\_\_\_

**Pendengaran** : Normal / Serangan awal gangguan pendengaran, kapan \_\_\_\_\_

**Bahasa sehari-hari**: Indonesia (aktif/pasif) / Daerah, jelaskan \_\_\_\_\_

Inggris (aktif/pasif) / Lain – lain, jelaskan \_\_\_\_\_

**Perlu penterjemah** : Tidak / Ya, Bahasa \_\_\_\_\_ Bahasa Isyarat : Tidak / Ya

### KEBUTUHAN PENDIDIKAN DAN BELAJAR

**Tingkat pendidikan** : TK / SD / SMP / SMA / Akademi / Sarjana / Lain-lain .....

**Hambatan belajar** : Bahasa / Cemas / Buta huruf/ Pendengaran / Emosi / Kognitif/ Hilang memori / Kesulitan bicara / Tidak ditemukan hambatan belajar / Motivasi buruk / Tidak siap menerima informasi / Masalah penglihatan / Secara fisiologi tidak mampu belajar

**Cara belajar yang disukai**: Menulis / Audio – Visual (gambar) / Diskusi / Membaca / Mendengar / Demonstrasi

**Potensial Kebutuhan Pembelajaran** : Proses penyakit / Pengobatan / Tindakan / Terapi / Obat / Nutrisi / Lain-lain, Jelaskan \_\_\_\_\_



**RUMAH SAKIT  
ATMA JAYA**

**PENKAJIAN KEPERAWATAN  
AWAL PASIEN DEWASA**

Nama Pasien : \_\_\_\_\_  
 Tgl. Lahir / Umur : Tgl \_\_\_\_ Bln \_\_\_\_ Thn \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Th  
 Ruang/Kelas/No. TT : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Masuk : \_\_\_\_\_  
 Nama Dokter : \_\_\_\_\_  
 No. RM :

**RESPON PSIKOLOGIS**

**Pola mengatasi masalah :** Takut terhadap (therapy / pembedahan/ ling.RS) / Marah / Sedih / Menangis / Tenang / Bingung / Gelisah / Cemas / Tidak mampu menahan diri / Rendah diri / Mudah Tersinggung / Lain-lain \_\_\_\_\_

**Pola coping keluarga :** Mendukung / Tidak mendukung

**RESPON KOGNITIF**

**Pasien / Keluarga menginginkan informasi tentang :** Penyakit yang diderita / Tindakan pemeriksaan lanjut / Pengobatan dan perawatan yang diberikan / Perubahan aktifitas sehari-hari / Perencanaan diet dan menu / Perawatan setelah di rumah

**SPIRITUAL**

**Agama:** Islam / Kristen / Katolik / Hindu / Budha

**Harapan pasien terhadap perawatan dan pengobatan:** \_\_\_\_\_

**SISTEM SOSIAL EKONOMI**

**Pekerjaan:** Wiraswasta / Swasta / Pegawai Negri / Pensiun / Lain-lain \_\_\_\_\_

**Tinggal bersama :** Suami / Istri / Orang tua / Anak / Teman / Sendiri / Lain-lain \_\_\_\_\_

**Kondisi lingkungan di rumah:** 1 lantai / 2 lantai.

**Kamar mandi di Lt. 1 :** Ya / Tidak

**Masuk ke rumah ada tangga :** Ya / Tidak

**Orang yang membantu perawatan setelah di rumah:** \_\_\_\_\_

**Bantuan yang dibutuhkan setelah di rumah :** Personal hygiene / Bab / Bak / Makan / Berjalan / Ambulasi / Perawatan Luka / Pemberian obat

**BAGIAN II**

**PENKAJIAN FISIK**

- **Kepala** : Mesosefal / Asimetris / Hematoma / Tidak ada masalah / .....
- **Rambut** : Kotor / Berminyak / Kering / Rontok / Tidak ada masalah / .....
- **Muka** : Asimetris / Kelainan kongenital / Tidak ada masalah / .....
- **Mata** : Anemis / Konjungtivitis / Ikterik / Isokor / Anisokor / Midriasis / Miosis / Diplopia / Mata palsu / Glaucoma / Lensa kontak / Tidak ada reaksi cahaya / Tidak ada masalah / Gangguan penglihatan .....
- **Telinga** : Berdengung / Nyeri / Tuli / Keluar cairan / Tidak ada masalah / Alat bantu .....
- **Hidung** : Asimetris / Epistaksis / Tidak ada masalah / .....
- **MuLut** : Simetris / Asimetris / Bibir pucat / Bibir kering / Kelainan kongenital / Tidak ada masalah / .....
- **Gigi** : Karies / Goyang / Tambal / Gigi palsu / Ompong / Tidak ada masalah / .....
- **Lidah** : Kotor / Mukosa kering / Gerakan asimetris / Tidak ada masalah / .....



RUMAH SAKIT  
**ATMA JAYA**

PENGKAJIAN KEPERAWATAN  
AWAL PASIEN DEWASA

Nama Pasien : \_\_\_\_\_  
Tgl. Lahir / Umur : Tgl \_\_\_\_ Bln \_\_\_\_ Thn \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Th  
Ruang/Kelas/No. TT : \_\_\_\_\_  
Tanggal Masuk : \_\_\_\_\_  
Nama Dokter : \_\_\_\_\_  
No. RM :

- Tenggorokan : Faring merah / Sakit menelan / Tonsil membesar / Tidak ada kelainan / .....
  - Leher : Pembesaran tiroid / Peningkatan JVP / Kaku kuduk / Keterbatasan gerak / Tidak ada kelainan
  - Dada : Asimetris / Retraksi / Tidak ada kelainan / Lain-lain : .....
  - **Respirasi** : Tidak ada kesulitan / Nyeri / Batuk / Dyspnea / Sputum / Tracheostomy / Ronchi, di paru .....  
/ Vesikuler / Rales / Wheezing / Napas Pendek / Haemoptoe / Bradipnea / Takipne / Apnea / Lain-lain : ..... Alat bantu nafas saat di rumah : Tidak / Ya, jika ya, sebutkan nama alatnya .....
  - **Jantung** : Suara S1/S2 : Normal / Murmur / Gallop. Nyeri dada / Aritmia / Palpitasi / Tachikardi / Bradikardi / Lain-lain : .....
  - **Integument** : Turgor: Elatis / Tidak, Dingin / Bula / Dekubitus (**gunakan formulir pengkajian khusus untuk dekubitus**) / Fistula / Pucat / Baal / Ptekie / Rash (Kemerahan) / Lesi / Luka parut / Memar / Diaphoresis / Ada indikasi kekerasan fisik / Tidak ada kelainan / Lain-lain : .....
  - **Ekstremitas** : Kekuatan otot: Eketremitas atas : kanan ..... kiri ....., Ekstremitas bawah : kanan ..... Kiri .....  
Kejang / Tremor / Plegi di ..... Parese di ..... / Kelainan kongenital .....  
Inkoordinasi / Edema / Rasa baal / Tidak ada kelainan / Lain-lain : .....
- Genitalia : Sircumsisi / Keputihan / Kotor / Berbau / Tidak ada kelainan / .....

**DAFTAR MASALAH KESEHATAN**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan Asam Basa           | <input type="checkbox"/> Gangguan Eliminasi.....     | <input type="checkbox"/> Berduka                            | <input type="checkbox"/> Perdarahan            |
| <input type="checkbox"/> Penurunan Curah Jantung               | <input type="checkbox"/> Resiko Jatuh                | <input type="checkbox"/> Resiko Aspirasi                    | <input type="checkbox"/> Nyeri Akut/Kronik     |
| <input type="checkbox"/> Hambatan Komunikasi Verbal            | <input type="checkbox"/> Integritas kulit            | <input type="checkbox"/> Pola tidur                         | <input type="checkbox"/> Perfusi jaringan..... |
| <input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan Nutrisi             | <input type="checkbox"/> Keselamatan pasien / Injuri |   | <input type="checkbox"/> Konflik peran         |
| <input type="checkbox"/> Jalan nafas / Pertukaran gas          | <input type="checkbox"/> Suhu tubuh                  | <input type="checkbox"/> Kelebihan volume cairan            |  |
| <input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan cairan & elektrolit |  | <input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan Kadar Gula darah |  |
| <input type="checkbox"/> Intoleransi Aktifitas                 | <input type="checkbox"/> Perawatan diri              | <input type="checkbox"/> Mobilitas/aktivitas                |  |
| <input type="checkbox"/> Pengetahuan/komunikasi                | <input type="checkbox"/> Syok Hipovolemik            | <input type="checkbox"/> Infeksi                            |  |
| <input type="checkbox"/> Cemas                                 | <input type="checkbox"/> Lain-lain _____             |   |  |

Waktu selesai pengkajian:  
Tanda tangan,

( \_\_\_\_\_ )  
Nama perawat

**BAGIAN**

**PENGKAJIAN KHUSUS LANSIA (Diisi di halaman no.6)**

**PENGKAJIAN KHUSUS TERMINAL (Diisi di halaman no.6)**



RUMAH SAKIT  
ATMA JAYA

### PEMERIKSAAN JASMANI

Nama Pasien : \_\_\_\_\_ (P/W)  
 Tgl. Lahir/Umur : Tgl. \_\_\_ Bln \_\_\_ Thn / \_\_\_ Th  
 Ruang / Kelas : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Tanggal Masuk : \_\_\_\_\_  
 No. Tempat Tidur : \_\_\_\_\_  
 Nama Dokter : \_\_\_\_\_  
 No. R.M. :

Anamnesa : auto / allo tanggal : ..... / ..... / ..... oleh : .....

Keluhan utama : .....

Keluhan tambahan : .....

RPS (Riwayat Penyakit Sekarang) :

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

RPD (Riwayat Penyakit Dahulu) :

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Kebiasaan : .....

Nutrisi : .....

INT

**Pemeriksaan Fisik :**

- Kesadaran : .....
- Gizi : .....
- Tekanan Darah / Nadi : .....
- Pernapasan : .....

**Kepala dan Wajah :** .....

.....

.....

.....

**Leher :** .....

.....

.....

.....

**Toraks :**

**- Paru :**

- Inspeksi : .....
- Palpasi : .....
- Perkusi : .....
- Auskultasi : .....

**- Jantung :**

- Inspeksi : .....
- Palpasi : .....
- Perkusi : **Batas kiri** : .....
- Batas atas** : .....
- Batas kanan** : .....
- Auskultasi : **Bunyi Jantung** : .....
- Mitral** : .....
- Tricuspid** : .....
- Aorta** : .....
- Pulmonal** : .....
- Murmur** : .....

**Abdomen**

Inspeksi : .....  
.....  
.....  
Palpasi : .....  
.....  
.....  
Perkusi : .....  
.....  
.....  
Auskultasi : .....  
.....  
.....

**Punggung dan Pinggang :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Alat Kelamin :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Anggota Gerak :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

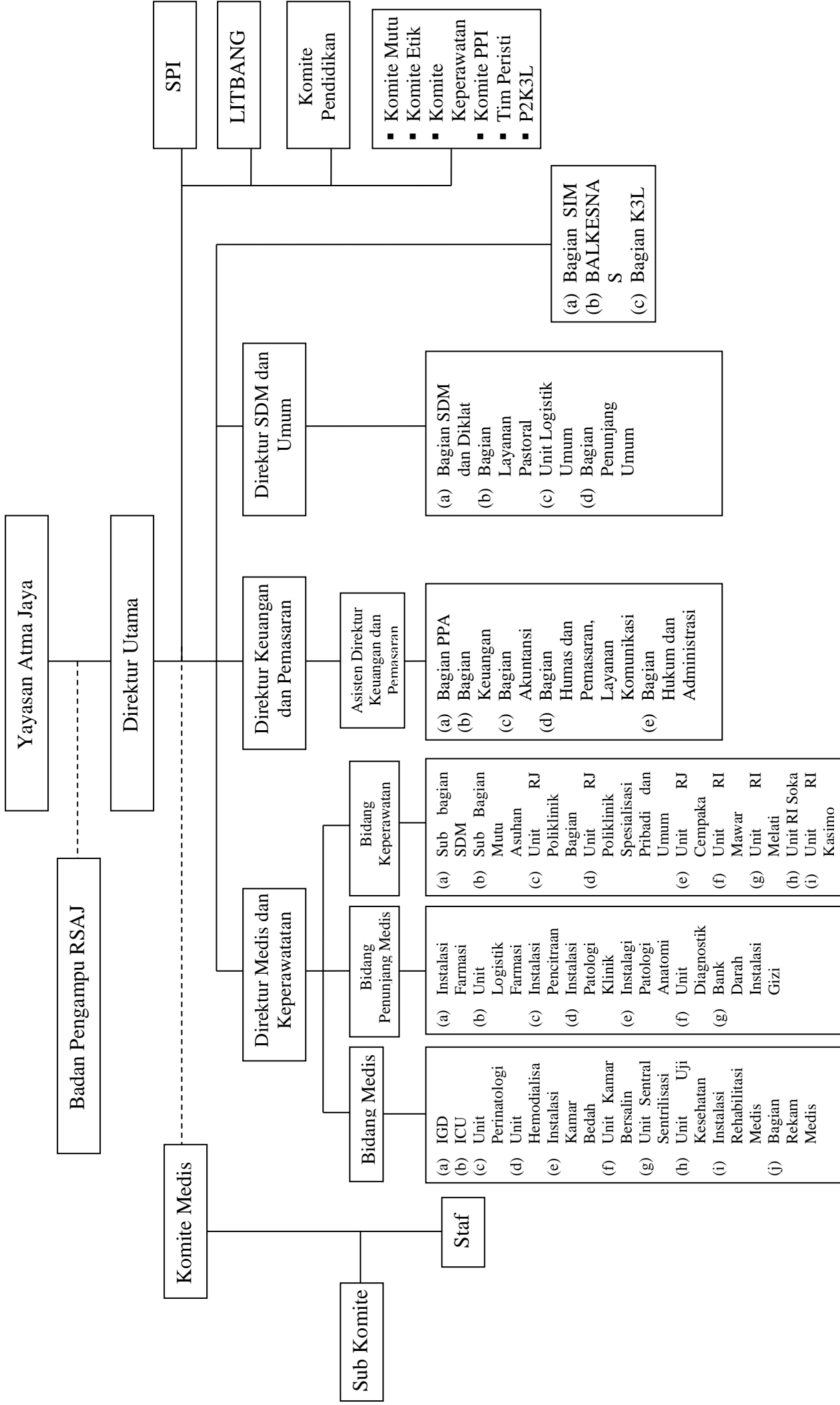
**Pemeriksaan Neurologi :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

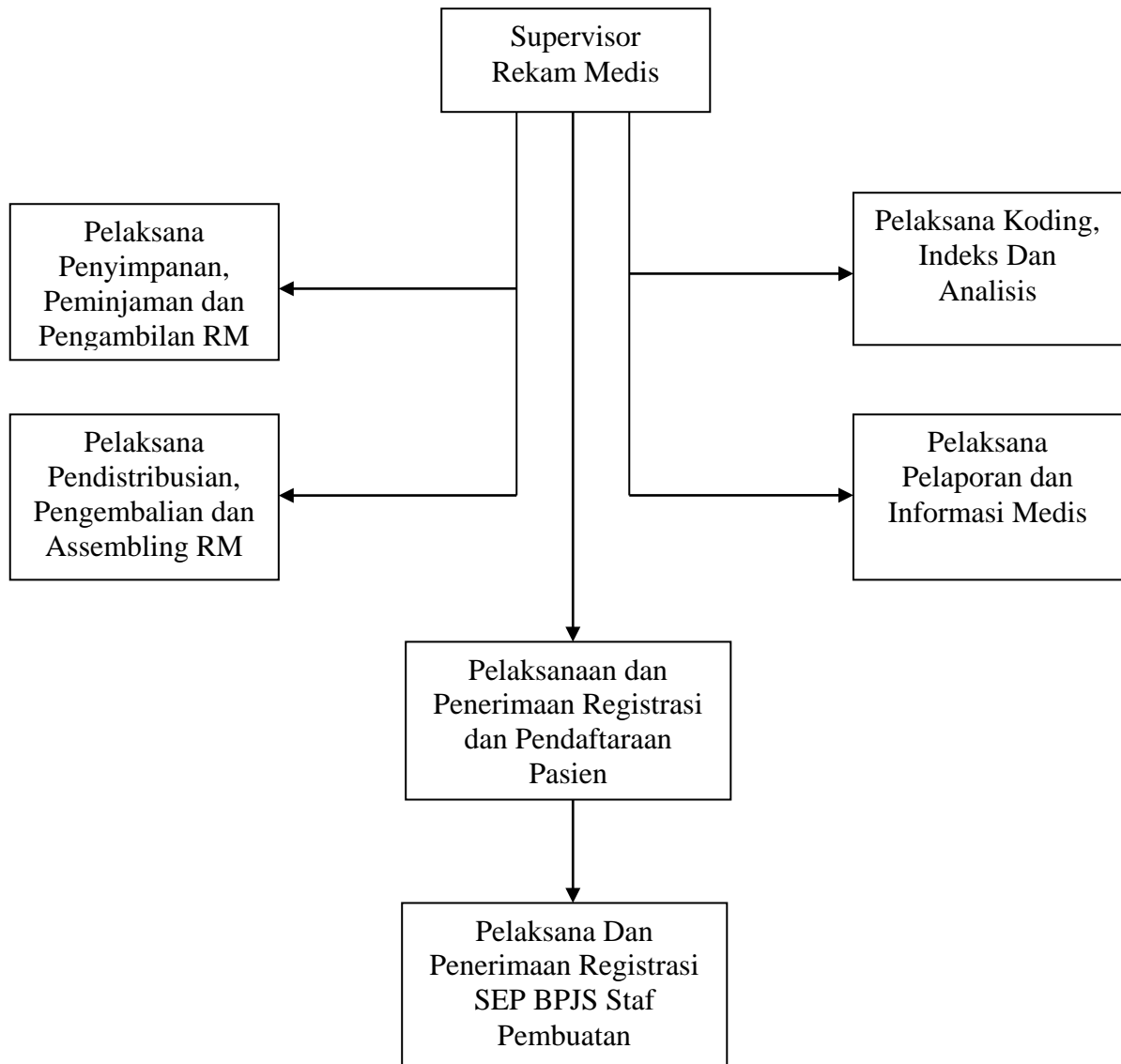




# STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT ATMA JAYA



STRUKTUR ORGANISASI  
INSTALASI REKAM MEDIS  
RUMAH SAKIT ATMA JAYA



**DAFTAR PERTANYAAN WAWANCARA**  
**KEPALA BAGIAN REKAM MEDIS**

A. Identitas responden

Nama : Ibu Derma

Jenis Kelamin : Perempuan

Jabatan : Kepala Unit Rekam Medis

B. Pertanyaan

1. Apakah ada kebijakan dan prosedur terkait pengisian formulir pengkajian awal rawat inap?
2. Apa tindak lanjut terhadap formulir pengkajian awal rawat inap yang tidak terisi lengkap?
3. Apa dampak dari ketidaklengkapan pengisian formulir pengkajian awal rawat inap?
4. Apakah ada sanksi jika ada tenaga kesehatan yang mengisi pengkajian awal rawat inap tidak sesuai kebijakan atau tidak lengkap?

**DAFTAR TILIK ANALISA KUANTITATIF  
FORMULIR PENGKAJIAN AWAL PERAWAT RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT ATMA JAYA JAKARTA  
PERIODE MEI 2016**

NO	NOMOR REKAM MEDIS	IDENTIFIKASI PASIEN				KELENGKAPAN CATATAN PENTING				AUTENTIFIKASI PENULIS			PENCATATAN YANG BAIK		
		NO. RM	NAMA	TGL LAHIR	JENIS KELAMIN	RIWAYAT KESEHATAN	ASESMEN PSIKOLOGIS	ASESMEN SOSIAL DAN EKONOMI	DIAGNOSA AWAL	WAKTU PENGKAJIAN	NAMA PERAWAT	TTD PERAWAT	TDK ADA CORETAN	TDK ADA TIPE-EX	TDK ADA BAGIAN KOSONG
1	194302	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
2	312584	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0
3	290024	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0
4	313328	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0
5	311324	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
6	314006	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0
7	312180	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0
8	304102	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0
9	313300	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
10	314008	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0
11	295254	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0
12	314682	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0
13	381550	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0
14	313998	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0
15	313804	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0
16	313940	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0
17	227600	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0
18	258036	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
19	314286	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0
20	308718	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0
21	283078	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0
22	264892	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0
23	212424	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0
24	313700	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0
25	314404	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
26	314952	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0
27	266750	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0
28	239022	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0
29	315024	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0
30	313940	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0
31	314702	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0
32	275688	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0

NO	NOMOR REKAM MEDIS	IDENTIFIKASI PASIEN				KELENGKAPAN CATATAN PENTING				AUTENTIFIKASI PENULIS			PENCATATAN YANG BAIK		
		NO. RM	NAMA	TGL LAHIR	JENIS KELAMIN	RIWAYAT KESEHATAN	ASESMEN PSIKOLOGIS	ASESMEN SOSIAL DAN EKONOMI	DIAGNOSA AWAL	WAKTU PENGKAJIAN	NAMA PERAWAT	TTD PERAWAT	TDK ADA CORETAN	TDK ADA TIPE-EX	TDK ADA BAGIAN KOSONG
33	313714	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0
34	262076	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0
35	314232	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
36	295858	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0
37	282042	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
38	302056	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0
39	5932	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
40	282042	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
41	313444	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
42	311666	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
43	312178	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0
44	313992	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
45	313022	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0
46	313892	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
47	314436	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0
48	237036	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0
49	314990	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0
50	314272	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
51	314520	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0
52	314710	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0
53	313474	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
54	314396	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
55	239524	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
56	314732	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0
57	215890	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0
58	314292	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0
59	314226	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0
60	314112	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0
61	241906	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0
62	314520	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
63	314734	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0
64	279960	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
65	285552	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0
66	245708	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0
67	313082	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
68	16868	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0
69	261556	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0
70	313322	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0
71	313926	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0

NO	NOMOR REKAM MEDIS	IDENTIFIKASI PASIEN				KELENGKAPAN CATATAN PENTING				AUTENTIFIKASI PENULIS			PENCATATAN YANG BAIK		
		NO. RM	NAMA	TGL LAHIR	JENIS KELAMIN	RIWAYAT KESEHATAN	ASESMEN PSIKOLOGIS	ASESMEN SOSIAL DAN EKONOMI	DIAGNOSA AWAL	WAKTU PENGKAJIAN	NAMA PERAWAT	TTD PERAWAT	TDK ADA CORETAN	TDK ADA TIPE-EX	TDK ADA BAGIAN KOSONG
72	115206	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
73	313492	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
74	314920	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
JUMLAH		74	73	66	64	60	42	33	69	56	43	48	74	74	3

**REKAPITULASI ANALISA KUANTITATIF  
FORMULIR PENGKAJIAN AWAL PERAWAT RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT ATMA JAYA**

Jumlah berkas yang dianalisis: 74 rekam medis

NO	KRITERIA ANALISIS	KELENGKAPAN/BAIK	
		JUMLAH	PERSENTASI
<b>IDENTITAS PASIEN</b>			
1.	NO. RM	74	100%
2.	NAMA	73	98.60%
3.	TGL LAHIR	66	89.10%
4.	JENIS KELAMIN	64	86.40%
	<b>AVERAGE</b>	69.25	93.50%
<b>KELENGKAPAN CATATAN PENTING</b>			
1.	RIWAYAT KESEHATAN	60	81.08%
2.	ASESMEN PSIKOLOGIS	42	56.75%
3.	ASESMEN SOSIAL DAN EKONOMI	33	44.59%
4.	DIAGNOSA AWAL	69	93.24%
	<b>AVERAGE</b>	51	68.92%
<b>AUTENTIFIKASI PENULIS</b>			
1.	WAKTU PENGKAJIAN	56	75.68%
2.	NAMA PERAWAT	43	58.10%
3.	TANDA TANGAN PERAWAT	48	64.86%
	<b>AVERAGE</b>	49	66.22%
<b>PENCATATAN YANG BAIK</b>			
1.	TDK ADA CORETAN	66	89.20%
2.	TDK ADA TIPE-EX	74	100%
3.	TDK ADA BAGIAN KOSONG	3	4.05%
	<b>AVERAGE</b>	47.67	64.41%
	<b>AVERAGE</b>	54.23	73.28%



Kesan:

- 1) Hasil analisa kuantitatif terhadap 74 formulir pengkajian awal perawat rawat inap di Rumah Sakit Atma Jaya periode Mei 2016 didapat nilai kelengkapan sebesar 73,28%.
- 2) Dari 4 komponen yang dianalisa, komponen identifikasi pasien memiliki persentase kelengkapan paling tinggi yaitu 93,50%
- 3) Pencatatan yang baik memiliki persentase paling rendah yaitu hanya 64,41%, umumnya perawat tidak mengisi seluruh kolom yang ada pada formulir pengkajian awal rawat inap
- 4) Kelengkapan catatan penting memiliki persentase kelengkapan sebesar 68,92%, umumnya perawat tidak mengisi asesmen sosial dan ekonomi serta asesmen psikologis.
- 5) Autentifikasi penulis memiliki persentase kelengkapan sebesar 66,22%.

Pesan:

Disarankan agar melakukan sosialisasi kembali kepada perawat agar selalu mengisi seluruh bagian dari isi formulir pengkajian awal keperawatan secara lengkap serta selalu membubuhkan nama jelasnya setelah mengisi formulir.

**DAFTAR TILIK ANALISA KUANTITATIF  
FORMULIR PENGKAJIAN AWAL DOKTER RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT ATMA JAYA JAKARTA  
PERIODE MEI 2016**

NO	NOMOR REKAM MEDIS	IDENTIFIKASI PASIEN				KELENGKAPAN CATATAN PENTING		AUTENTIFIKASI PENULIS			PENCATATAN YANG BAIK		
		NO. RM	NAMA	TGL LAHIR	JENIS KELAMIN	PEMERIKSAAN FISIK	RIWAYAT KESEHATAN	WAKTU PENGKAJIAN	NAMA DOKTER	TTD DOKTER	TDK ADA CORETAN	TDK ADA TIPE-EX	TDK ADA BAGIAN KOSONG
1	194302	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
2	312584	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	290024	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0
4	313328	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
5	311324	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
6	314006	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
7	312180	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
8	304102	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
9	313300	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
10	314008	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
11	295254	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
12	314682	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
13	381550	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0
14	313998	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
15	313804	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
16	313940	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	227600	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0
18	258036	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
19	314286	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
20	308718	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0
21	283078	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
22	264892	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
23	212424	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
24	313700	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
25	314404	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
26	314952	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0
27	266750	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
28	239022	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0
29	315024	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0
30	313940	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
31	314702	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
32	275688	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0



NO	NOMOR REKAM MEDIS	IDENTIFIKASI PASIEN				KELENGKAPAN CATATAN PENTING		AUTENTIFIKASI PENULIS			PENCATATAN YANG BAIK		
		NO. RM	NAMA	TGL LAHIR	JENIS KELAMIN	PEMERIKSAAN FISIK	RIWAYAT KESEHATAN	WAKTU PENGGAJIAN	NAMA DOKTER	TTD DOKTER	TDK ADA CORETAN	TDK ADA TIPE-EX	TDK ADA BAGIAN KOSONG
72	115206	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0
73	313492	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0
74	314920	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
JUMLAH		74	74	73	70	60	63	66	61	55	72	74	5

**REKAPITULASI ANALISA KUANTITATIF  
FORMULIR PENGKAJIAN AWAL DOKTER RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT ATMA JAYA**

Jumlah berkas yang dianalisis: 74 rekam medis

NO	KRITERIA ANALISIS	KELENGKAPAN/BAIK	
		JUMLAH	PERSENTASI
<b>IDENTITAS PASIEN</b>			
1.	NO. RM	74	100%
2.	NAMA	74	100%
3.	TGL LAHIR	73	98.60%
4.	JENIS KELAMIN	70	94.60%
	<b>AVERAGE</b>	72.75	98.31%
<b>KELENGKAPAN CATATAN PENTING</b>			
1.	PEMERIKSAAN FISIK	60	81.08%
2.	RIWAYAT PENYAKIT	63	85.13%
	<b>AVERAGE</b>	61.58	83.11%
<b>AUTENTIFIKASI PENULIS</b>			
1.	WAKTU PENGKAJIAN	66	89.19%
2.	NAMA DOKTER	61	82.43%
3.	TANDA TANGAN DOKTER	55	74.32%
	<b>AVERAGE</b>	61	82.43%
<b>PENCATATAN YANG BAIK</b>			
1.	TDK ADA CORETAN	72	97.30%
2.	TDK ADA TIPE-EX	74	100%
3.	TDK ADA BAGIAN KOSONG	5	6.76%
	<b>AVERAGE</b>	50.36	68.00%
	<b>AVERAGE</b>	61.42	83.00%

Kesan:

- 1) Hasil analisa kuantitatif terhadap 74 formulir pengkajian awal dokter rawat inap di Rumah Sakit Atma Jaya periode Mei 2016 didapat nilai kelengkapan sebesar 83%.
- 2) Dari 4 komponen yang dianalisa, komponen identifikasi pasien memiliki persentase kelengkapan paling tinggi yaitu 98,31%
- 3) Pencatatan yang baik memiliki persentase paling rendah yaitu hanya 68%, umumnya dokter tidak mengisi seluruh kolom yang ada pada formulir pengkajian awal rawat inap
- 4) Kelengkapan catatan penting memiliki persentase kelengkapan sebesar 83,11%%, umumnya dokter tidak mengisi pemeriksaan fisik secara lengkap.
- 5) Autentifikasi penulis memiliki persentase kelengkapan sebesar 82,43%.

Pesan:

Disarankan agar melakukan sosialisasi kembali kepada dokter agar selalu mengisi pengkajian awal dokter secara lengkap dan jelas