

**PROGRAM STUDI D-III PEREKAM DAN
INFORMASI KESEHATAN**

**MODUL CETAK PRAKTIKUM
STANDAR PELAYANAN RS & RM**



Tim Penyusun:

Zulham Andi Ritonga, SKM.,MKM
dr. John Barker Liem, M.K.M

**PROGRAM STUDI DIPLOMA PEREKAM
DAN INFORMASI KESEHATAN
UNIVERSITAS IMELDA MEDAN
TAHUN 2021**

VISI DAN MISI UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)

VISI

Menjadi perguruan tinggi yang Unggul dan mampu bersaing di tingkat Nasional tahun 2024.

MISI

1. Menyelenggarakan pendidikan dan pembelajaran yang efektif melalui sistem pembelajaran yang sesuai dengan Standar Nasional Perguruan Tinggi (SNPT) dan KKNI, terintegrasi dengan hasil-hasil penelitian dan pengabdian masyarakat terkini untuk menghasilkan lulusan sesuai profil yang diharapkan.
2. Melaksanakan penelitian ilmiah dan dipublikasikan secara nasional dan internasional.
3. Melaksanakan pengabdian masyarakat yang terstruktur dan mengacu pada hasil penelitian.
4. Melaksanakan kerjasama produktif dengan berbagai Instansi baik dibidang pendidikan, pelayanan, dunia usaha, dunia industri ditingkat nasional maupun internasional dalam mendukung tridhrama perguruan tinggi.

**VISI DAN MISI PROGRAM D-III PEREKAM DAN INFORMASI
KESEHATAN UNIVERSITAS IMELDA MEDAN**

VISI

Menghasilkan Ahli Madya Kesehatan di bidang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yang professional, berwawasan global, adaptif dan inovatif.

MISI

1. Mengembangkan sumber daya pendidikan yang sesuai standar di bidang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.
2. Mengembangkan penelitian di bidang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.
3. Melaksanakan pengabdian profesi kepada masyarakat.

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan anugerah-Nya sehingga **Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM** dapat terselesaikan dengan baik. Modul ini disusun diperuntukkan kepada mahasiswa program studi D-III Perekam dan Informasi Kesehatan UIM khususnya pada semester IV, agar membantu mahasiswa memahami materi dan prosedur terkait Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM.

Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM ini disusun sesuai kebutuhan Kurikulum D-III Perekam dan Informasi Kesehatan khususnya Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL) program studi dan Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK). Modul ini juga disusun agar menjadi salah satu referensi pada mata kuliah Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM bagi Mahasiswa Perekam dan Informasi Kesehatan agar dapat memahami dan menjadi dasar atau rujukan dalam menerapkan standar pelayanan di RS dan RM. Selain materi kuliah, terdapat petunjuk dan latihan praktikum.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan di dalam modul ini. Sehingga penulis berharap adanya saran atau masukan positif untuk menjadi bahan pertimbangan penulis demi menyempurnakan modul bahan ajar ini. Semoga modul ini dapat digunakan sebaik mungkin oleh mahasiswa sehingga dapat meningkatkan *skill* mereka terkait standar pelayanan kesehatan RS & RM.

Medan, Februari 2020

Tim Dosen

KONTRAK BELAJAR PRAKTIKUM *SKILL* LAB

A. Penjelasan Umum

Praktikum *skill* lab dilakukan di kelas atau laboratorium komputer Universitas Imelda Medan (UIM) sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan. Mahasiswa akan dibimbing oleh dosen/instruktur praktikum untuk melakukan setiap praktikum SPRS-RM. Modul ini disusun untuk membantu dan menuntun mahasiswa untuk memahami dan mendemonstrasikan setiap prosedur tindakan. Di dalam modul ini juga, mahasiswa akan dipandu melakukan latihan praktikum secara mandiri yang dapat dilakukan di luar jadwal belajar praktikum setelah mendapat izin dari dosen/instruktur praktikum. Selanjutnya, mahasiswa akan melakukan ujian praktikum dengan penilaian yang telah ditentukan.

B. Ujian *Skill* Lab

Ujian praktikum *skill* lab Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM dilakukan di akhir pembelajaran praktikum untuk mengetahui sejauh mana kemampuan/*skill* yang telah dikuasai oleh mahasiswa setelah belajar praktikum. Pada saat praktikum, selain prosedur yang dinilai, pemahaman mahasiswa secara teori juga dinilai serta pendokumentasian tindakan.

C. Sistem Penilaian

Penilaian praktikum sebesar 20% yang meliputi:

1. Pre tes
2. Proses praktikum
3. Post tes

D. Tata Tertib *Skill* Lab

Sebelum praktikum, mahasiswa:

1. Datang 15 menit sebelum praktikum dimulai.
2. Memakai seragam putih-coklat.
3. Memakai *name tag*.
4. Baju atasan menutupi pantat dan tidak ketat.

5. Bagi mahasiswa putri:

- a. Baju bawahan longgar dan menutupi mata kaki.
 - b. Memakai jilbab hitam polos, tanpa poni dan buntut.
 - c. Memakai sepatu tertutup dan berhak rendah, bukan sepatu karet, warna sepatu hitam, memakai kaos kaki.
 - d. Tidak berkuku panjang dan tidak menggunakan pewarna kuku.
 - e. Tidak memakai cadar.
 - f. Memakai seragam akademik.
 - g. Celana longgar, bukan celana pensil.
 - h. Rambut rapi, tidak melebihi krah baju, tidak menutupi mata dan telinga.
 - i. Tidak beranting dan bertato.
 - j. Memakai sepatu tertutup berwarna hitam dan memakai kaos kaki.
 - k. Tidak berkuku panjang dan memakai perhiasan dalam bentuk apapun.
6. Mahasiswa sudah siap di dalam ruangan maksimal 15 menit sebelum praktikum dimulai.
7. Apabila alat, bahan, dan mahasiswa belum siap dalam 15 menit setelah jam praktikum berjalan, maka mahasiswa tidak diijinkan untuk mengikuti praktikum.

Selama praktikum, mahasiswa:

1. Melakukan pre tes.
2. Mengikuti praktikum dari awal sampai akhir dengan aktif dan baik.
3. Melakukan post tes
4. Apabila mahasiswa terlambat lebih dari 15 menit, maka tidak diperkenankan mengikuti praktikum.

Setelah praktikum, mahasiswa:

1. Mengembalikan dan merapikan alat, bahan dan ruangan dengan rapi pada tempatnya.
2. Mengisi daftar presensi mahasiswa.
3. Memberikan evaluasi terhadap proses berjalannya praktikum melalui instruktur masing-masing.

E. Deskripsi Materi

BAB I	Kegiatan Praktikum 1	Praktikum Prosedur Pengisian Formulir Rawat Jalan di Rumah Sakit pada Bagian Admisi: Formulir <i>Fast Track</i> , Skrining, Asesmen Edukasi, Pemberian Informasi dan Edukasi
BAB II	Kegiatan Praktikum 2	Praktikum Prosedur Pengisian Formulir Rawat Jalan di Rumah Sakit pada Bagian Poliklinik dan Tindak Lanjut: Transfer Internal, Transfer Eksternal, Asesmen Rawat Jalan Pasien Dewasa
BAB III	Kegiatan Praktikum 3	Praktikum Prosedur Pengisian Formulir Rawat Inap di Rumah Sakit pada Bagian Admisi: Registrasi Pasien Rawat Inap, Asesmen Edukasi, Pemberian Informasi dan Edukasi, Persetujuan Kedokteran
BAB IV	Kegiatan Praktikum 4	Praktikum Prosedur Pengisian Formulir Di Rawat Inap Rumah Sakit: Kriteria Masuk dan Keluar HD, ICU, Kemoterapi dan NICU
BAB V	Kegiatan Praktikum 5	Praktikum Prosedur Pengisian Formulir Di Rumah Sakit Pada Tahap Tindak Lanjut: Asesmen Pra Bedah, Asesmen Pra Anastesi, Ceklis Kesiapan Anastesi, Ceklis Keselamatan Pasien di Kamar

		Bedah
BAB VI	Kegiatan Praktikum 6	Praktikum Prosedur Pengisian Formulir Di Emergency Rumah Sakit Pada Bagian Admisi: Pendaftaran, Asesmen IGD Anak
BAB VII	Kegiatan Praktikum 7	Praktikum Prosedur Pengisian Formulir Di Emergency Rumah Sakit Pada Bagian Instalasi Gawat Darurat dan Tahap Tindak Lanjut: Asesmen IGD Kebidanan, Triase Pasien, Ceklist Kelengkapan Transportasi
BAB VIII	Kegiatan Praktikum 8	Praktikum Prosedur Mengerjakan Pelaporan Data <i>Entry</i> Saat Pendaftaran
	Kegiatan Praktikum 9	Praktikum Prosedur Mengerjakan Pelaporan Data Kunjungan Pasien Menurut Periode Bulanan
	Kegiatan Praktikum 10	Praktikum Prosedur Pembuatan Laporan RL 1, dan RL 2
	Kegiatan Praktikum 11	Praktikum Prosedur Pembuatan Laporan RL 3.1 sampai RL 3.7
	Kegiatan Praktikum 12	Praktikum Prosedur Pembuatan Laporan RL 3.8 sampai RL 3.15
	Kegiatan Praktikum 13	Praktikum Prosedur Pembuatan Laporan RL 4
	Kegiatan Praktikum 14	Praktikum Prosedur Pembuatan Laporan RL 5

F. Kemampuan/Tujuan Akhir yang Diharapkan

Kemampuan/tujuan akhir yang diharapkan setelah mempelajari modul ini yaitu mahasiswa mampu:

1. Mempraktekkan pengisian formulir rawat jalan di rumah sakit pada bagian admisi
2. Mempraktekkan pengisian formulir rawat jalan di rumah sakit pada bagian poliklinik dan tindak lanjut.
3. Mempraktekkan pengisian formulir rawat inap di rumah sakit pada bagian admisi
4. Mempraktekkan pengisian formulir di rawat inap rumah sakit
5. Mempraktekkan pengisian formulir rawat inap di rumah sakit pada tahap tindak lanjut
6. Mempraktekkan pengisian formulir di emergency rumah sakit pada bagian admisi
7. Mempraktekkan pengisian formulir di emergency rumah sakit pada bagian instalasi gawat darurat dan tahap tindak lanjut
8. Mempraktekkan mengerjakan pelaporan data rumah sakit

**PETUNJUK PENGGUNAAN
MODUL PRAKTIKUM *SKILL LAB***

1. Fasilitator (Dosen) memberitahukan topik pembelajaran praktikum sebelum dilakukan praktikum.
2. Fasilitator (Dosen) mempersilahkan setiap mahasiswa untuk mempelajari isi modul pada tindakan yang akan dipraktikkan
3. Fasilitator (Dosen) mendemonstrasikan prosedur tindakan
4. Fasilitator meminta kepada mahasiswa untuk melakukan keterampilan atau prosedur tersebut dilakukan sampai selesai dan dapat dikuasai oleh mahasiswa (dapat dilakukan di luar jam praktik secara mandiri dengan izin dosen/instruktur lab).
5. Setiap mahasiswa wajib mengikuti praktikum (100% kehadiran) sesuai dengan jadwal yang telah disepakati oleh fasilitator.
6. Setiap mahasiswa wajib mengikuti tata tertib praktikum.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
VISI DAN MISI UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM).....	ii
VISI DAN MISI PROGRAM D-III PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN UNIVERSITAS IMELDA MEDAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
KONTRAK BELAJAR PRAKTIKUM <i>SKILL LAB</i>	v
PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL PRAKTIKUM <i>SKILL LAB</i>.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
BAB I PRAKTIKUM PENGISIAN FORMULIR RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT PADA BAGIAN ADMISI.....	1
Kegiatan Praktikum 1	
Praktikum Prosedur Pengisian Formulir Rawat Jalan Di Rumah Sakit Pada Bagian Admisi: Formulir <i>Fast Track</i>, Skrining, Asesmen Edukasi, Pemberian Informasi Dan Edukasi.....	1
I. Dasar Teori.....	1
A. Formulir <i>Fast Track</i>	1
B. Formulir Skrining	1
C. Formulir Asesmen Edukasi	1
D. Formulir Pemberian Informasi dan Edukasi	2
II. Tujuan Praktikum.....	2
III. Persiapan	2
IV. Prosedur Praktikum.....	3
V. Hasil Praktikum	3
VI. Dokumentasi	4
Rangkuman.....	4
Latihan Test 1	4
Test 1	4
Format Prosedur Praktikum	5
Format Penilaian.....	6
Lampiran	7
DAFTAR PUSTAKA.....	15
BAB II PRAKTIKUM PENGISIAN FORMULIR RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT PADA BAGIAN POLIKLINIK DAN TINDAK LANJUT 16	
Kegiatan Praktikum 2	
Praktikum Prosedur Pengisian Rawat Jalan Di Rumah Sakit Pada Bagian Poliklinik Dan Tindak Lanjut: Transfer Internal, Transfer Eksternal, Asesmen Rawat Jalan Pasien Dewasa	16
I. Dasar Teori.....	16
A. Formulir Transfer Internal.....	16
B. Formulir Transfer Eksternal	16

C. Formulir Asesmen Rawat Jalan Pasien Dewasa	16
II. Tujuan Praktikum.....	17
III. Persiapan	17
IV. Prosedur Praktikum.....	17
V. Hasil Praktikum	18
VI. Dokumentasi	18
Rangkuman.....	18
Latihan Test 1.....	19
Test 1	19
Format Prosedur Praktikum	20
Format Penilaian.....	21
Lampiran	22
DAFTAR PUSTAKA.....	32

BAB III PRAKTIKUM PENGISIAN FORMULIR RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PADA BAGIAN ADMISI..... 33

Kegiatan Praktikum 3

Praktikum Prosedur Pengisian Formulir Rawat Inap Di Rumah Sakit Pada Bagian Admisi: Registrasi Pasien Rawat Inap, Asesmen Edukasi, Pemberian Informasi Dan Edukasi, Persetujuan Kedokteran..... 33

I. Dasar Teori.....	33
A. Formulir Registrasi Pasien Rawat Inap	33
B. Formulir Asesmen Edukasi Pasien Rawat Inap	33
C. Formulir Pemberian Informasi dan Edukasi Pasien Rawat Inap.....	33
D. Formulir Persetujuan Kedokteran	34
II. Tujuan Praktikum.....	34
III. Persiapan	34
IV. Prosedur Praktikum.....	35
V. Hasil Praktikum	35
VI. Dokumentasi	36
Rangkuman.....	36
Latihan Test 1.....	36
Test 1	36
Format Prosedur Praktikum	37
Format Penilaian.....	38
Lampiran	39
DAFTAR PUSTAKA.....	52

BAB IV PRAKTIKUM PENGISIAN FORMULIR RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT..... 53

Kegiatan Praktikum 4

Praktikum Prosedur Pengisian Formulir Rawat Inap Di Rumah Sakit: Kriteria Masuk Dan Keluar Hd, Icu, Kemoterapi, Dan Nicu 53

I. Dasar Teori.....	53
A. Formulir Kriteria Masuk dan Keluar Ruang HD	53
B. Formulir Kriteria Masuk dan Keluar ICU.....	53

C. Formulir Kriteria Masuk Kemoterapi	53
D. Formulir Kriteria Masuk dan Keluar NICU	54
II. Tujuan Praktikum.....	54
III. Persiapan	54
IV. Prosedur Praktikum.....	55
V. Hasil Praktikum	55
VI. Dokumentasi	56
Rangkuman.....	56
Latihan Test 1.....	56
Test 1	56
Format Prosedur Praktikum	57
Format Penilaian.....	58
Lampiran	59
DAFTAR PUSTAKA.....	65

BAB V PRAKTIKUM PENGISIAN FORMULIR RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PADA TAHAP TINDAK LANJUT..... 66

Kegiatan Praktikum 5

Praktikum Prosedur Pengisian Formulir Rawat Inap Di Rumah Sakit Pada Tahap Tindak Lanjut: Asesmen Pra Bedah, Asesmen Pra Anastesi, Ceklis Kesiapan Anastesi, Ceklis Keselamatan Pasien Di Kamar Bedah 66

I. Dasar Teori.....	66
A. Formulir Asesmen Pra Bedah	66
B. Formulir Asesmen Pra Anastesi.....	66
C. Formulir Ceklis Kesiapan Anastesi.....	66
D. Formulir Ceklis Keselamatan Pasien di Kamar Bedah	66
II. Tujuan Praktikum.....	67
III. Persiapan	67
IV. Prosedur Praktikum.....	67
V. Hasil Praktikum	68
VI. Dokumentasi	68
Rangkuman.....	69
Latihan Test 1.....	69
Test 1	69
Format Prosedur Praktikum	70
Format Penilaian.....	71
Lampiran	72
DAFTAR PUSTAKA.....	81

BAB VI PRAKTIKUM PENGISIAN FORMULIR DI EMERGENCY RUMAH SAKIT PADA BAGIAN ADMISI..... 82

Kegiatan Praktikum 6

Praktikum Prosedur Pengisian Formulir Di Emergency Rumah Sakit Pada Bagian Admisi: Pendaftaran, Asesmen Igd Anak..... 82

I. Dasar Teori.....	82
---------------------	----

A. Pendaftaran Pasien Emergency	82
B. Formulir Asesmen IGD Anak	82
II. Tujuan Praktikum.....	82
III. Persiapan	82
IV. Prosedur Praktikum.....	83
V. Hasil Praktikum	84
VI. Dokumentasi	84
Rangkuman.....	84
Latihan Test 1.....	84
Test 1	84
Format Prosedur Praktikum	85
Format Penilaian.....	86
Lampiran	87
DAFTAR PUSTAKA.....	99

BAB VII PRAKTIKUM PENGISIAN FORMULIR DI EMERGENCY RUMAH SAKIT PADA BAGIAN INSTALASI GAWAT DARURAT DAN TAHAP TINDAK LANJUT..... 100

Kegiatan Praktikum 7

Praktikum Prosedur Pengisian Formulir Di Emergency Rumah Sakit Pada Bagian Instalasi Gawat Darurat Dan Tahap Tindak Lanjut: Asesmen Igd Kebidanan, Triase Pasien, Cek List Kelengkapan Transportasi 100

I. Dasar Teori.....	100
A. Formulir Asesmen IGD Kebidanan.....	100
B. Formulir Triase Pasien	100
C. Formulir Ceklist Kelengkapan Transportasi dan Kuesioner Penggunaan Ambulans	100
II. Tujuan Praktikum.....	101
III. Persiapan	101
IV. Prosedur Praktikum.....	101
V. Hasil Praktikum	102
VI. Dokumentasi	102
Rangkuman.....	103
Latihan Test 1.....	103
Test 1	103
Format Prosedur Praktikum	104
Format Penilaian.....	105
Lampiran	106
DAFTAR PUSTAKA.....	114

BAB VIII PRAKTIKUM MENGERJAKAN PELAPORAN DATA RUMAH SAKIT 115

Kegiatan Praktikum 8

Praktikum Prosedur Mengerjakan Pelaporan Data *Entry* Pada Saat Pendaftaran 115

I. Dasar Teori.....	115
---------------------	-----

II. Tujuan Praktikum.....	116
III. Persiapan.....	116
IV. Prosedur Praktikum.....	116
V. Hasil Praktikum.....	117
VI. Dokumentasi.....	117
Rangkuman.....	117
Latihan Test 1.....	118
Test 1.....	118
Format Prosedur Praktikum.....	118
Format Penilaian.....	120
Lampiran.....	121

Kegiatan Praktikum 9

Praktikum Prosedur Pelaporan Data Kunjungan Pasien Menurut Periode

Bulanan.....	122
I. Dasar Teori.....	122
II. Tujuan Praktikum.....	123
III. Persiapan.....	123
IV. Prosedur Praktikum.....	123
V. Hasil Praktikum.....	124
VI. Dokumentasi.....	125
Rangkuman.....	125
Latihan Test 1.....	125
Test 1.....	125
Format Prosedur Praktikum.....	126
Format Penilaian.....	128
Lampiran.....	129

Kegiatan Praktikum 10

Praktikum Prosedur Pembuatan Laporan RI 1 Dan RI 2 Rumah Sakit.....

I. Dasar Teori.....	130
II. Tujuan Praktikum.....	131
III. Persiapan.....	132
IV. Prosedur Praktikum.....	132
V. Hasil Praktikum.....	133
VI. Dokumentasi.....	134
Rangkuman.....	134
Latihan Test 1.....	134
Test 1.....	134
Format Prosedur Praktikum.....	135
Format Penilaian.....	137
Lampiran.....	138

Kegiatan Praktikum 11

Praktikum Prosedur Pembuatan Laporan RL 3.1 Sampai 3.7.....

I. Dasar Teori.....	149
---------------------	-----

II. Tujuan Praktikum.....	151
III. Persiapan.....	151
IV. Prosedur Praktikum.....	152
V. Hasil Praktikum.....	155
VI. Dokumentasi.....	155
Rangkuman.....	155
Latihan Test 1.....	156
Test 1.....	156
Format Prosedur Praktikum.....	156
Format Penilaian.....	160
Lampiran.....	161

Kegiatan Praktikum 12

Praktikum Prosedur Pembuatan Laporan RI 3.8 Sampai 3.15.....	169
I. Dasar Teori.....	169
II. Tujuan Praktikum.....	171
III. Persiapan.....	171
IV. Prosedur Praktikum.....	172
V. Hasil Praktikum.....	174
VI. Dokumentasi.....	175
Rangkuman.....	175
Latihan Test 1.....	175
Test 1.....	176
Format Prosedur Praktikum.....	176
Format Penilaian.....	180
Lampiran.....	181

Kegiatan Praktikum 13

Praktikum Prosedur Pembuatan Laporan RL 4.....	191
I. Dasar Teori.....	191
II. Tujuan Praktikum.....	192
III. Persiapan.....	192
IV. Prosedur Praktikum.....	193
V. Hasil Praktikum.....	194
VI. Dokumentasi.....	195
Rangkuman.....	195
Latihan Test 1.....	195
Test 1.....	195
Format Prosedur Praktikum.....	196
Format Penilaian.....	198
Lampiran.....	199

Kegiatan Praktikum 14

Praktikum Prosedur Pembuatan Laporan RL 5.....	200
I. Dasar Teori.....	200
II. Tujuan Praktikum.....	201
III. Persiapan.....	201

IV. Prosedur Praktikum.....	202
V. Hasil Praktikum	203
VI. Dokumentasi	203
Rangkuman.....	203
Latihan Test 1.....	204
Test 1	204
Format Prosedur Praktikum	204
Format Penilaian.....	206
Lampiran	207
DAFTAR PUSTAKA.....	210

GLOSARIUM

- Abses* : benjolan berisi nanah.
- Anamnesis* : kegiatan komunikasi yang dilakukan antara dokter sebagai pemeriksa dan pasien yang bertujuan untuk mendapatkan informasi tentang penyakit yang diderita dan informasi lainnya yang berkaitan sehingga dapat mengarahkan diagnosis penyakit pasien.
- Anestesi* : hilangnya rasa atau sensasi di tubuh, dan jenisnya ada bermacam-macam.
- Endodontik* : cabang kedokteran gigi yang khusus merawat dan menangani penyakit pada pulpa atau bagian dalam gigi.
- Exterpasi* : tindakan pembedahan pengangkatan seluruh massa tumor beserta kapsulnya atau pengangkatan seluruh jaringan atau organ yang rusak.
- Fraud* : kecurangan.
- Kuratif* : suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
- Mitigasi* : serangkaian upaya untuk mengurangi risiko bencana, baik melalui pembangunan fisik maupun penyadaran dan peningkatan kemampuan menghadapi ancaman bencana.
- Mummifikasi* : proses pengawetan tubuh manusia dengan cara menghilangkan kelembapan dalam tubuh.
- Preventif* : segala upaya yang ditujukan kepada

- peningkatan derajat kesehatan dengan cara mencegah terjadinya suatu penyakit.
- Prognosis* : istilah kedokteran yang mengacu kepada prediksi mengenai perkembangan suatu penyakit, misalnya mengenai apakah tanda dan gejala suatu penyakit akan membaik atau malah memburuk (dan seberapa cepat), atau apakah akan terjadi komplikasi atau apakah pasien akan sembuh).
- Psikiatrik* : suatu cabang ilmu kedokteran yang mempelajari aspek kesehatan jiwa serta pengaruhnya timbal balik terhadap fungsi-fungsi fisiologis organo-biologis tubuh manusia.
- Pulpa* : bagian tengah gigi yang terdiri dari jaringan ikat serta sel-sel yang disebut odontoblas.
- Rehabilitatif* : suatu upaya maupun rangkaian kegiatan yang ditujukan kepada bekas penderita (pasien yang sudah tidak menderita penyakit) agar dapat berinteraksi secara normal dalam lingkungan sosial.
- Terapeutik* : hasil penanganan medis yang sesuai dengan apa yang diinginkan, setakar dengan tujuan pemberian penanganan, baik yang telah diperkirakan maupun yang tidak diperkirakan.

BAB I

PRAKTIKUM PENGISIAN FORMULIR RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT PADA BAGIAN ADMISI

KEGIATAN PRAKTIKUM 1

PRAKTIKUM PROSEDUR PENGISIAN FORMULIR RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT PADA BAGIAN ADMISI: FORMULIR *FAST TRACK*, SKRINING, ASESMEN EDUKASI, PEMBERIAN INFORMASI DAN EDUKASI

Zulham Andi Ritonga, SKM.,MKM

I. Dasar Teori

A. Formulir *Fast Track*

Pelayanan *Fast track* merupakan proses pengidentifikasian kebutuhan pasien rawat jalan dan memprioritaskan pasien untuk mendapatkan pelayanan.

Fast track bertujuan sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk proses pengidentifikasian kebutuhan pasien rawat jalan dan memprioritaskan pasien untuk mendapatkan pelayanan.

B. Formulir Skrining

Skrining merupakan proses pelayanan pada saat kontak pertama dengan pasien yang dilakukan oleh dokter, perawat dan tenaga kesehatan yang lain untuk menentukan apakah kebutuhan pasien sesuai dengan misi dan sumber daya rumah sakit.

Skrining bertujuan untuk menetapkan apakah pasien dapat diterima sebagai pasien rawat jalan ataupun rawat inap disesuaikan dengan fasilitas pelayanan dan SDM yang tersedia.

C. Formulir Asesmen Edukasi

Asesmen edukasi adalah kegiatan yang dilakukan dalam mengkaji kebutuhan edukasi untuk mengatasi masalah kesehatan pasien.

D. Formulir Pemberian Informasi dan Edukasi

Pemberian informasi dan edukasi pada pasien dan keluarga adalah kegiatan yang dilakukan dalam memberikan informasi dan edukasi yang berkaitan dengan masalah kesehatan pasien dan hal-hal lainnya terkait segala pelayanan yang akan diberikan kepada pasien selama dirawat di rumah sakit

Kegiatan ini bertujuan agar pasien/keluarga mengerti dan memahami tentang masalah kesehatan pasien, membantu pasien/ keluarga dalam mengambil keputusan tentang perawatan yang harus dijalani, dan melibatkan pasien/keluarga dalam setiap proses pelayanan yang diberikan kepada pasien

II. Tujuan Praktikum

Setelah mengikuti praktikum ini, peserta diharapkan mampu mempraktekan prosedur pengisian formulir rawat jalan di rumah sakit pada bagian admisi.

III. Persiapan

1. Modul perkuliahan dan buku catatan
2. Alat tulis
3. Formulir-formulir

Persiapan Fasilitator

Fasilitator diharapkan mengikuti petunjuk penggunaan modul praktikum pengisian formulir, sebagai berikut:

1. Mempelajari dan memahami SOP proses pelayanan pasien rawat jalan di rumah sakit.
2. Diperbolehkan memberikan pengayaan dari bahan tayangan standar yang ada dalam modul, sepanjang untuk menambah wawasan peserta dan mengikuti perkembangan peraturan, referensi, data/informasi yang relevan.
3. Sedapat mungkin untuk mengupload peraturan, buku-buku landasan teori yang dapat memudahkan peserta mempelajari materi yang akan disampaikan secara mandiri (e-Learning).

IV. Prosedur Praktikum

No	Prosedur	Keterangan
1	Petugas menerima pasien yang datang	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
2	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
3	Cek data pasien pada rekam medis dan menyerahkan nomor pada petugas filing	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
4	Cek status pasien (umum/asuransi kesehatan) dan kelengkapan surat terkait	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
5	Lengkapi berkas pendaftaran	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
6	Isi formulir	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
7	<i>Entry</i> data pasien ke dalam program SIRS	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
8	Menyerahkan berkas rekam medis ke tempat pelayanan yang dituju	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien

V. Hasil Praktikum

1. Video tutorial langkah tindakan dapat dilihat pada link: <https://youtu.be/ZfAQA1s9n8o>
2. Mengupload formulir rawat jalan di rumah sakit pada bagian admisi (*Fast track*, Skrining, Asesmen edukasi, Pemberian informasi dan Edukasi) yang telah diisi oleh mahasiswa ke SPADA (*Formulir terlampir*)

3. Mengupload Formulir penilaian perasat tindakan prosedur pengisian formulir rawat jalan di rumah sakit pada bagian admisi yang telah dinilai dan diparaf oleh dosen ke SPADA

VI. Dokumentasi

1. Mengupload Foto Dokumentasi dan Redemonstrasi mahasiswa praktikum pengisian formulir rawat jalan pada bagian admisi di rumah sakit ke SPADA

Rangkuman

Regulasi dalam pelayanan pasien rawat jalan di RS perlu dipahami dan diingat oleh petugas perekam dan informasi kesehatan. Salah satunya yaitu Permenkes RI No.4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien. Permenkes ini berisi 5 bab yaitu Bab 1 Ketentuan Umum, Bab 2 Kewajiban RS, Bab 3 Kewajiban pasien, Bab 4 Pembinaan dan Pengawasan, dan Bab 5 Ketentuan penutup. Selain itu, petugas rekam medis juga harus mengetahui SPO-SPO yang digunakan di RS meliputi: SPO *Fast track*, skrining, pendaftaran rawat jalan, informasi dan edukasi, dan *general consent* pasien.

Latihan Test 1

1. Menjawab pre test
2. Demonstrasikan tindakan anamnesa dan pengisian data pada setiap formulir rawat jalan pada bagian admisi di rumah sakit: formulir *fast track*, skrining, asesmen edukasi, pemberian informasi dan edukasi secara mandiri!
3. Menjawab post test

TEST 1

Gunakan format penilaian penampilan / checklist

SILAKAN ANDA MENGHUBUNGI FASILITATOR

Berikan tanda √ pada kolom ya jika melakukan dengan benar dan pada kolom tidak jika tidak melakukan/salah. Format penilaian sebagai berikut:

FORMAT PROSEDUR PRAKTIKUM
PENGISIAN FORMULIR *FAST TRACK* / *SCREENING* / *ASESMEN*
***EDUKASI* / PEMBERIAN INFORMASI DAN EDUKASI**

Nama Mahasiswa :

Jenis Tindakan : Pengisian Formulir *Fast Track*/ *Screening*/ Asesmen
 Edukasi/ Pemberian Informasi dan Edukasi

NIM :

Tingkat / Program :

Tanggal :

Fasilitator :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan dan buku catatan		
2	Alat tulis		
3	Formulir: <i>Fast track</i> / <i>Screening</i> / Asesmen Edukasi / Pemberian informasi dan edukasi		
B	Tahap-Tahap Prosedur Praktikum		
	Tahap Kerja		
1	Siapkan formulir yang dibutuhkan dan alat tulis		
2	Petugas menerima pasien yang datang		
3	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat		
4	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat		
5	Cek status pasien (umum/asuransi kesehatan) dan kelengkapan surat terkait		
6	Lengkapi berkas pendaftaran / lakukan asesmen edukasi		
7	Lakukan pemberian informasi dan edukasi		
8	Isi formulir		
9	<i>Entry</i> data pasien ke dalam program SIRS		
10	Menyerahkan berkas rekam medis ke tempat pelayanan yang		
C	Komunikasi/Penampilan		
1	Penguasaan materi		
2	Komunikasi		
3	Ekspresi		
D.	Hasil Praktikum		

SCORE:

REKOMENDASI:

Medan, April 2021

.....

FORMAT PENILAIAN

ASPEK/DIMENSI	SKALA PENILAIAN				
	Baik	Cukup	Kurang	Sangat Kurang	SKOR
	(≥81)	(61--80)	(41-60)	(≤40)	
Penguasaan Alat dan bahan					
Kesesuaian prosedur yang dilakukan					
Kemampuan komunikasi/Penampilan					
Kesesuaian Hasil praktikum					
total skor					

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Jumlah total skore}}{4} = \dots$$

Nilai ≥ 60 : lulus praktikum

Nilai < 60 : Ulangi materi dan latihan praktikum

Tanda Tangan Mahasiswa

Tanda Tangan Dosen pengampu

()

()

LAMPIRAN

Tabel 1. *Fast Track*

RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA	JALUR PELAYANAN CEPAT (FAST TRACK)		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
Logo Rumah Sakit	.....SPO.ARK.2019	-	½
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal Terbit Tgl/bulan/tahun	Ditetapkan oleh, Direktur RSU Imelda Pekerja Indonesia Stempel dan TTD Direktur	
PENGERTIAN	Proses pengidentifikasian kebutuhan pasien rawat jalan dan memprioritaskan pasien untuk mendapatkan pelayanan.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk proses pengidentifikasian kebutuhan pasien rawat jalan dan memprioritaskan pasien untuk mendapatkan pelayanan.		
KEBIJAKAN	SK Direktur No :...../SK-DIR/RSU-IPI/ARK/VIII/2019 tentang Kebijakan Pelaksanaan Skrining Pasien di “RSU Imelda Pekerja Indonesia”;		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saat pasien tiba di RS, Sekuriti dan petugas kesehatan yang melihat pasien pertama kali wajib mengidentifikasi pasien untuk menentukan apakah pasien perlu mendapat pelayanan prioritas (<i>fast track</i>). 2. Kriteria pasien yang perlu mendapat pelayanan prioritas (<i>fast track</i>) yaitu : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien yang menggunakan alat bantu seperti tongkat, kursi roda, dan brankard. - Pasien lansia yang berumur ≥ 60 tahun. - Batuk hebat tidak berhenti-henti - Pasien dengan gangguan kognitif - Pasien dengan keterbatasan fisik (gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, dan gangguan bicara). 3. Pasien yang memenuhi kriteria <i>fast track</i> diberikan tanda pengenal khusus yaitu <i>name holder fast track</i> berwarna merah. 4. Sekuriti dan petugas kesehatan mengarahkan keluarga 		

	<p>pasien untuk mendaftar ke Bagian Pendaftaran Rawat Jalan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Sekuriti dan petugas kesehatan mengarahkan atau mengantar langsung pasien/keluarga pasien ke poliklinik yang akan dituju pasien. 6. Petugas pendaftaran (rekam medis) mendahulukan mencari berkas pasien <i>fast track</i> dan langsung mendistribusikan berkas ke poliklinik yang dituju. 7. Petugas di Instalasi Rawat Jalan (poliklinik) mendahulukan pemeriksaan dan pelayanan penunjang medis lainnya yang dibutuhkan pasien <i>fast track</i>. 8. Pasien <i>fast track</i> menunggu di ruang tunggu poklinik pada bangku yang telah diberikan tanda <i>fast track</i>. 9. Dokter menyimpulkan hasil anamnesa, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan, serta menentukan tindakan selanjutnya, yaitu : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat pulang berobat jalan - Pasien dianjurkan untuk rawat inap (transfer internal) - Pasien dianjurkan untuk konsultasi ke spesialis lain - Pasien dianjurkan untuk dirujuk (transfer eksternal) 10. Pasien yang telah selesai mendapat pelayanan mengembalikan <i>name holder fast track</i> kepada perawat poliklinik.
<p>UNIT TERKAIT</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sekuriti dan petugas kesehatan. 2. Poliklinik 3. Bagian Pendaftaran (Rekam Medis) 4. Unit Pemeriksaan Penunjang

Tabel 2. Skrining



RSU Imelda Pekerja Indonesia

No. Rekam Medis	:	
Nama Lengkap	:	
Tanggal Lahir/Umur	:	
Jenis Kelamin	:	

LEMBAR SKRINING RAWAT JALAN

Kesadaran	<input type="checkbox"/>	Sadar penuh	<input type="checkbox"/>	Tampak mengantuk/ gelisah/bicara tidak jelas	<input type="checkbox"/>	Tidak sadar
Pernafasan	<input type="checkbox"/>	Nafas normal	<input type="checkbox"/>	Tampak sesak	<input type="checkbox"/>	Tidak bernafas
Resiko jatuh	<input type="checkbox"/>	Resiko rendah	<input type="checkbox"/>	Resiko sedang	<input type="checkbox"/>	Resiko tinggi
Nyeri dada	<input type="checkbox"/>	Tidak ada	<input type="checkbox"/>	Ada (Tingkat sedang)	<input type="checkbox"/>	Nyeri dada kiri tembus punggung
Batuk	<input type="checkbox"/>	Tidak ada	<input type="checkbox"/>	Batuk > 2 minggu	<input type="checkbox"/>	IGD
Keputusan	<input type="checkbox"/>	Sesuai antrian	<input type="checkbox"/>	Poliklinik disegerakan		
Nama Petugas :				Tanda Tangan :		

RM - 72



RSU Imelda Pekerja Indonesia

No. Rekam Medis	:	:)////////////////////
Nama Lengkap	:	
Tanggal Lahir/Umur	:	
Jenis Kelamin	:	

LEMBAR SKRINING RAWAT JALAN

Kesadaran	<input type="checkbox"/>	Sadar penuh	<input type="checkbox"/>	Tampak mengantuk/ gelisah/bicara tidak jelas	<input type="checkbox"/>	Tidak sadar
Pernafasan	<input type="checkbox"/>	Nafas normal	<input type="checkbox"/>	Tampak sesak	<input type="checkbox"/>	Tidak bernafas
Resiko jatuh	<input type="checkbox"/>	Resiko rendah	<input type="checkbox"/>	Resiko sedang	<input type="checkbox"/>	Resiko tinggi
Nyeri dada	<input type="checkbox"/>	Tidak ada	<input type="checkbox"/>	Ada (Tingkat sedang)	<input type="checkbox"/>	Nyeri dada kiri tembus punggung
Batuk	<input type="checkbox"/>	Tidak ada	<input type="checkbox"/>	Batuk > 2 minggu	<input type="checkbox"/>	IGD
Keputusan	<input type="checkbox"/>	Sesuai antrian	<input type="checkbox"/>	Poliklinik disegerakan		
Nama Petugas :				Tanda Tangan :		

RM - 72

Tabel 3. Formulir Asesmen Edukasi

LOGO RS RSU Imelda Pekerja Indonesia	No. R. Medis : _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 2em; font-weight: bold;">R M</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.5em; font-weight: bold;">03</div> Revisi 02/202 0
Nama : _____	Tgl. Lahir : _____	
Asesmen Kebutuhan Edukasi Pasien dan Keluarga		
Beri tanda check list (✓) pada kotak yang tersedia (dapat lebih dari satu sesuai kebutuhan pasien dan keluarga) :		
Bahasa :	<input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Inggris <input type="checkbox"/> Daerah <input type="checkbox"/> Lain-lain :.....	
Agama/ Suku :	.....
Pendidikan Pasien	<input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SLTP <input type="checkbox"/> SLTA <input type="checkbox"/> DIII/SI <input type="checkbox"/> Lain-lain.....	
Kemampuan membaca	<input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Kurang <input type="checkbox"/> Tidak bisa membaca	
Pilihan tipe pembelajaran	<input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Leaflet	
Hambatan	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Budaya/Agama/Spiritual <input type="checkbox"/> Gangguan bicara <input type="checkbox"/> Keterbatasan fisik <input type="checkbox"/> Penglihatan terganggu <input type="checkbox"/> Bahasa <input type="checkbox"/> Emosional <input type="checkbox"/> Gangguan kognitif <input type="checkbox"/> Takut <input type="checkbox"/> Nyeri/tidak nyaman <input type="checkbox"/> Tidak tertarik <input type="checkbox"/> Lain- lain.....	
Kebutuhan Penerjemah	<input type="checkbox"/> Ya, bahasa <input type="checkbox"/> Tidak	
Kemampuan Belajar <input type="checkbox"/> Mampu menguasai informasi yang disampaikan <input type="checkbox"/> Tidak mampu menguasai informasi yang disampaikan, berikan alasan.....		
Kesiapan Belajar <input type="checkbox"/> Siap <input type="checkbox"/> Tidak siap, berikan alasan :		
KEBUTUHAN EDUKASI BAGIAN ADMISI <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pemberian informasi berkaitan tentang BPJS <input type="checkbox"/> Pemberian informasi tentang Tata Tertib, Hak dan Kewajiban Pasien/Keluarga. <input type="checkbox"/> Pemberian Informasi tentang Permintaan Privasi. <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang rencana asuhan dan hasil yang diharapkan. <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang perkiraan biaya sesuai dengan tarif dan ketentuan yang telah ditetapkan. 		
INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang penyakit, penyebab, tanda dan gejala, prognosa. <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang hasil pemeriksaan dan tindakan medis. <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang perkiraan hari rawatan pasien. <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang komplikasi yang mungkin terjadi. <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang Penetapan DPJP untuk pasien rawat inap <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang Penitipan Barang Milik Pasien <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang Permintaan Pendapat Lain (Second Opinion) <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang Permintaan Penyelesaian Komplain, Keluhan, Konflik atau Perbedaan Pendapat <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang Asesmen Nyeri dan Resiko Jatuh <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang Etika Batuk <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang Diet Pasien dan Nutrisi <input type="checkbox"/> Penjelasan kepada pasien/keluarga apabila pasien menolak untuk dirawat inap atau pasien yang pulang atas permintaan sendiri dijelaskan tentang penyakit dan konsekuensi apabila tidak dirawat inap/PAPS. 		

- Penjelasan kepada pasien/keluarga apabila pasien menolak untuk dirujuk.
- Penjelasan kepada pasien/keluarga apabila pasien ditahan di IGD untuk observasi..
Penjelasan kepada pasien/keluarga tentang Penundaan Tindakan Medis
- Penjelasan kepada pasien/keluarga apabila terjadi keterlambatan pelayanan rawat jalan atau pemeriksaan penunjang diagnostik .
- Penjelasan kepada pasien/keluarga apabila tidak tersedia tempat tidur pada unit pelayanan yang dituju.

RUANG RAWAT INAP

- Penjelasan tentang penyakit, penyebab, tanda dan gejala, prognosa dan tindakan medis.
- Penjelasan tentang hasil pemeriksaan.
- Penjelasan tentang komplikasi yang mungkin terjadi.
- Penjelasan tentang perkiraan hari rawatan pasien.
- Penjelasan tentang Pencegahan Infeksi (Hand Hygiene)
- Permintaan Pelayanan Kerohanian
- Penjelasan tentang Diet Pasien (Konsultasi Gizi) oleh Ahli Gizi.
- Penjelasan tentang Rehabilitasi Medik
- Penjelasan tentang Pemberian Obat dan Aturan Pemakaian serta Cara Penyimpanan
- Penjelasan tentang Perencanaan Pasien Pulang (Discharge Planning)
- Penjelasan kepada pasien/keluarga apabila pasien menolak rencana asuhan medis dan menghendaki penghentian pengobatan.
- Penjelasan kepada pasien/keluarga apabila pasien menolak untuk dirujuk.
- Penjelasan kepada pasien/keluarga tentang Penundaan Tindakan Medis.
- Penjelasan kepada pasien/keluarga apabila terjadi keterlambatan pemeriksaan penunjang diagnostik.
- Penjelasan kepada pasien/keluarga tentang Cuti Sementara untuk keperluan tertentu.

UNIT LUKA BAKAR

- Penjelasan dan edukasi tentang Perawatan Pasien Luka Bakar termasuk Gizi TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein).
- Penjelasan tentang Resiko Pasca Perawatan Luka Bakar.
- Penjelasan kepada keluarga pasien bahwa keluarga tidak dibenarkan masuk ke ruangan Unit Luka Bakar diluar Jam Berkunjung.

RUANG BEDAH

- Penjelasan tentang perawatan post operasi.

RUANG HD

- Penjelasan tentang kebutuhan cairan/minuman dan pantangan makan.

RUANG PERINATOLOGI

- Penjelasan dan edukasi tentang cara memandikan bayi, perawatan tali pusat, dan Kebersihan/ Hygiene Bayi.
- Penjelasan dan edukasi tentang Pemberian ASI/PASI
- Penjelasan dan edukasi tentang Perawatan Bayi dengan Metode Kangguru
- Penjelasan dan edukasi Perawatan Bayi Ikterik (Bayi Kuning) dan Stoma
- Penjelasan dan edukasi tentang Cara Pemberian Obat dan tentang tanda-tanda bayi sakit rumah.
- Penjelasan tentang Jadwal Imunisasi untuk Bayi BBLR, Prematur dan Bayi Besar

RUANG ICU/HCU

- Penjelasan dan edukasi tentang Obat High Alert (Maylon, KCl, NaCl 3%, MgSO₄ dll)
- Penjelasan dan edukasi tentang Tindakan RJP
- Penjelasan dan edukasi tentang Pemasangan Canul CPAP pada Bayi
- Penjelasan dan edukasi tentang Pencegahan Infeksi (Hand Hygiene)

RUANG NEONATI/ KEBIDANAN

- Penjelasan dan edukasi tentang cara memandikan bayi, perawatan tali pusat, dan Kebersihan/ Hygiene Bayi.
- Penjelasan dan edukasi tentang perawatan tali pusat

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

- Penjelasan dan edukasi tentang Pemberian ASI/PASI
- Penjelasan dan edukasi tentang Menjemur Bayi
- Penjelasan dan edukasi tentang IMD (Inisiasi Menyusui Dini) pada Bayi.
- Penjelasan tentang Jadwal Imunisasi untuk Bayi dan Tumbuh Kembang Bayi.
- Penjelasan dan edukasi tentang tanda-tanda bayi sakit dan tindakan pertama mengatasi bayi sakit.

RENCANA EDUKASI

Tanggal, _____ Pukul : _____ WIB
MPP,

(_____)
Tanda tangan & Nama Jelas

Tabel 4. Formulir Pemberian Informasi dan Edukasi

LOGO RS RSU Imelda Pekerja Indonesia		RM
		04
	No. R. Medis : _____	Revisi
	Nama : _____	02/2019
Tgl. Lahir : _____		
FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI		

Tgl/ Waktu	MATERI EDUKASI	Tanda Tangan & Nama Jelas		Evaluasi	
		Pasien/ Keluarga	Edukator	Sudah Mengerti	Edukasi Ulang

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik., 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Revisi II, Jakarta
- Hatta, GR, 2013. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan ed. rev 2. Jakarta: Universitas Indonesia Press
- Kemenkes RI, 2011. Juknis Sistem Informasi Rumah Sakit, Dirjen Bina Upaya Kesehatan, Jakarta
- Kemenkes RI, Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
- Kepmenkes No. 377 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, ed 1.1, Jakarta
- Permenkes No 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan
- Permenkes No.11 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif di Rumah Sakit
- Permenkes No.47 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Jabatan Fungsional Perkam Medis dan angka kreditnya
- Permenkes RI No 1171 Tahun 2011 Tentang SIRS
- Permenkes RI No 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
- Permenkes RI No 82 Tahun 2013 Tentang SIMRS
- Permenkes RI No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis
- Permenkes RI No. 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien
- Permenkes RI No. 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis
- Undang-Undang RI No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- Undang-Undang RI No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan
- Undang-Undang RI No. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

BAB II

PRAKTIKUM PENGISIAN FORMULIR RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT PADA BAGIAN POLIKLINIK DAN TINDAK LANJUT

KEGIATAN PRAKTIKUM 2

PRAKTIKUM PROSEDUR PENGISIAN RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT PADA BAGIAN POLIKLINIK DAN TINDAK LANJUT: TRANSFER INTERNAL, TRANSFER EKSTERNAL, ASESMEN RAWAT JALAN PASIEN DEWASA

Zulham Andi Ritonga, SKM.,MKM

I. Dasar Teori

A. Formulir Transfer Internal

Transfer internal merupakan Suatu prosedur yang mengatur transfer (serah terima) pasien dari Ruang IGD ke ruang rawat inap, ruang bedah, ruang intensif dan unit spesialisik; dari ruang rawat inap ke ruang bedah, ruang intensif dan unit spesialisik atau sebaliknya; dan transfer antar ruang rawat inap. Transfer internal bertujuan agar proses transfer (serah terima) pasien dapat berlangsung dengan baik dan pasien dapat dirawat sesuai dengan kebutuhannya.

B. Formulir Transfer Eksternal

Transfer (Rujukan) Eksternal adalah rujukan keluar rumah sakit yang dilakukan jika fasilitas pelayanan dan SDM yang dibutuhkan pasien tidak tersedia di RSUD Imelda Pekerja Indonesia. Transfer ekesternal bertujuan Untuk memberikan pelayanan yang komprehensif sesuai kebutuhan pasien.

C. Formulir Asesmen Rawat Jalan Pasien Dewasa

Asesmen rawat jalan pasien dewasa merupakan proses pengkajian atau penilaian pasien yang datang ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan medis rawat jalan. Kegiatan ini bertujuan untuk memperoleh data sesuai keluhan atau kebutuhan pasien.

II. Tujuan Praktikum

Setelah mengikuti praktikum ini, peserta diharapkan mampu mempraktekan prosedur pengisian formulir rawat jalan di rumah sakit pada bagian poliklinik dan tindak lanjut.

III. Persiapan

1. Modul perkuliahan dan buku catatan
2. Alat tulis
3. Formulir-formulir

Persiapan

Fasilitator diharapkan mengikuti petunjuk penggunaan modul praktikum pengisian formulir, sebagai berikut:

1. Mempelajari dan memahami SOP proses pelayanan pasien rawat jalan di rumah sakit.
2. Diperbolehkan memberikan pengayaan dari bahan tayangan standar yang ada dalam modul, sepanjang untuk menambah wawasan peserta dan mengikuti perkembangan peraturan, referensi, data/informasi yang relevan.
3. Sedapat mungkin untuk mengupload peraturan, buku-buku landasan teori yang dapat memudahkan peserta mempelajari materi yang akan disampaikan secara mandiri (e-Learning).

IV. Prosedur Praktikum

No	Prosedur	Keterangan
1	Petugas menerima pasien yang datang	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
2	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
3	Cek data pasien pada rekam medis dan menyerahkan nomor pada petugas filing	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien

4	Cek status pasien (umum/asurani kesehatan) dan kelengkapan surat terkait	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
5	Lengkapi berkas pendaftaran	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
6	Isi formulir	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
7	Entry data pasien ke dalam program SIRS	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
8	Menyerahkan berkas rekam medis ke tempat pelayanan yang dituju	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien

V. Hasil Praktikum

1. Video tutorial langkah tindakan dapat dilihat pada link: <https://youtu.be/ZfAQA1s9n8o>
2. Mengupload formulir rawat jalan di rumah sakit pada bagian poliklinik dan tindak lanjut (Transfer internal, Transfer eksternal, Asesmen rawat jalan pasien dewasa) yang telah diisi oleh mahasiswa ke SPADA (*Formulir terlampir*)
3. Mengupload Formulir penilaian perasat tindakan pengisian formulir rawat jalan di rumah sakit pada bagian poliklinik dan tindak lanjut yang telah dinilai dan diparaf oleh dosen ke SPADA

VI. Dokumentasi

1. Mengupload Foto Dokumentasi dan Redemonstrasi mahasiswa praktikum pengisian formulir rawat jalan di rumah sakit pada bagian poliklinik dan tindak lanjut ke SPADA

Rangkuman

Pasien yang menjalani rawat jalan di RS biasanya akan menjalani skrining, kemudian pemeriksaan, dan tindak lanjut apakah keluar untuk tetap rawat jalan, dirawat di RS (transfer internal) atau dirujuk (transfer eksternal). Skrining adalah Proses pelayanan pada saat kontak pertama dengan pasien yang

dilakukan oleh dokter, perawat dan tenaga kesehatan yang lain untuk menentukan apakah kebutuhan pasien sesuai dengan misi dan sumber daya rumah sakit. Selain itu, saat di poliklinik, pasien juga diberikan informasi dan edukasi kesehatan. Setiap alur harus dipahami oleh petugas kesehatan termasuk petugas perekam dan informasi kesehatan.

Latihan Test 1

1. Menjawab pre test
2. Demonstrasikan tindakan anamnesa dan pengisian data pada formulir rawat jalan di rumah sakit pada bagian poliklinik dan tindak lanjut: transfer internal, transfer eksternal, asesmen rawat jalan pasien dewasa secara mandiri!
3. Menjawab post test

TEST 1

Gunakan format penilaian penampilan / checklist

SILAKAN ANDA MENGHUBUNGI FASILITATOR

Berikan tanda √ pada kolom ya jika melakukan dengan benar dan pada kolom tidak jika tidak melakukan/salah. Format penilaian sebagai berikut:

**FORMAT PROSEDUR PRAKTIKUM
PENGISIAN FORMULIR TRANSFER INTERNAL / TRANSFER
EKSTERNAL / ASESMEN RAWAT JALAN PASIEN DEWASA**

Nama Mahasiswa :

Jenis Tindakan : Pengisian Formulir Transfer Internal/ Transfer Eksternal/
Asesmen Rawat Jalan Dewasa

NIM :

Tingkat / Program :

Tanggal :

Fasilitator :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan dan buku catatan		
2	Alat tulis		
3	Formulir: transfer internal / transfer eksternal / Asesmen rawat jalan pasien dewasa		
B	Tahap-Tahap Prosedur Praktikum		
	Tahap Kerja		
1	Siapkan formulir yang dibutuhkan dan alat tulis		
2	Petugas menerima pasien yang datang		
3	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat		
4	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat		
5	Cek status pasien (umum/asuransi kesehatan) dan kelengkapan surat terkait		
6	Lengkapi berkas pendaftaran / lakukan asesmen		
7	Lakukan pemberian informasi dan edukasi		
8	Isi formulir		
9	Entry data pasien ke dalam program SIRS		
10	Menyerahkan berkas rekam medis ke tempat pelayanan yang		
C	Komunikasi/Penampilan		
1	Penguasaan materi		
2	Komunikasi		
3	Ekspresi		
D.	Hasil Praktikum		

SCORE:

REKOMENDASI:

Medan, April 2021

FORMAT PENILAIAN

ASPEK/DIMENSI	SKALA PENILAIAN				
	Baik	Cukup	Kurang	Sangat Kurang	SKOR
	(≥81)	(61--80)	(41-60)	(≤40)	
Penguasaan Alat dan bahan					
Kesesuaian prosedur yang dilakukan					
Kemampuan komunikasi/Penampilan					
Kesesuaian Hasil praktikum					
total skor					

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Jumlah total skor}}{4} = \dots$$

Nilai ≥ 60 : lulus praktikum

Nilai < 60 : Ulangi materi dan latihan praktikum

Tanda Tangan Mahasiswa

Tanda Tangan Dosen pengampu

()

()

LAMPIRAN

Tabel 4. Transfer Internal

RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA	TRANSFER INTERNAL (SERAH TERIMA) PASIEN		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
Logo RSU	.....SPO.ARK.2019	01	1/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal Terbit 20 Maret 2019	Ditetapkan oleh, Direktur RSU Imelda Pekerja Indonesia Stempel, nama dan TTD Direktur	
PENGERTIAN	Suatu prosedur yang mengatur transfer (serah terima) pasien dari Ruang IGD ke ruang rawat inap, ruang bedah, ruang intensif dan unit spesialisik; dari ruang rawat inap ke ruang bedah, ruang intensif dan unit spesialisik atau sebaliknya; dan transfer antar ruang rawat inap.		
TUJUAN	Proses transfer (serah terima) pasien dapat berlangsung dengan baik dan pasien dapat dirawat sesuai dengan kebutuhannya .		
KEBIJAKAN	SK Direktur No :.....SK-DIR/RSU-IPI/ARK/III/2019 tentang Kebijakan Transfer Pasien di RSU Imelda Pekerja Indonesia;		
PROSEDUR	<p>Transfer Pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap, Ruang Bedah, Ruang Intensif dan Unit Spesialistik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas IGD menetapkan ruangan pasien yang akan ditransfer. Pasien ditransfer menurut kebutuhannya. 2. Dokter IGD melengkapi rekam medis pasien yaitu Formulir Asesmen IGD dan Formulir Transfer Internal berdasarkan pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan di IGD, seperti pengukuran tanda-tanda vital, pemasangan infus dan tindakan emergensi lainnya, dan mencatat hasil-hasil pemeriksaan diagnostik yang dilakukan, dan keadaan pasien saat ditransfer. 3. Setelah pasien siap untuk ditransfer, berkas pasien rawat inap juga telah selesai dilengkapi, Petugas IGD memberitahu perawat ruangan yang akan dituju bahwa pasien akan ditransfer ke ruangan tersebut. Apabila pasien akan ditransfer ke Ruang Intensif, Dokter harus mengisi Formulir Kriteria Masuk Ruang Intensif 		

	<p>dan untuk pasien yang akan ditransfer ke Unit Spesialistik mengisi Formulir Kriteria Masuk Unit Spesialistik.</p> <p>4. Apabila pasien akan ditransfer ke Ruang Bedah untuk mendapat tindakan bedah, perawat harus melengkapi formulir-formulir rekam medis untuk persiapan bedah seperti Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran, Formulir Persetujuan Pembiusan, Formulir Pra Anestesi, Formulir Penandaan, Check List Serah Terima Pasien Ruang Operasi dan lainnya.</p> <p>5. Petugas IGD mengantar pasien ke ruangan dan melakukan serah terima pasien dengan perawat ruangan yang dituju. Bukti serah terima didokumentasikan dalam Formulir Transfer Internal (RM-7).</p> <p>6. Formulir Transfer Internal juga harus ditandatangani oleh pasien/keluarga sebagai bukti keterlibatan pasien dan keluarga dalam proses transfer internal.</p> <p>Transfer Pasien dari Ruang Rawat Inap ke Ruang Rawat Inap lain, Ruang Bedah, Ruang Intensif dan Unit Spesialistik</p> <p>1) Perawat ruang rawat inap memberitahu perawat ruangan yang akan dituju bahwa pasien akan ditransfer ke ruangan tersebut.</p> <p>2) DPJP melengkapi Formulir Transfer Internal yang berisi data identitas pasien, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang diagnosis yang telah dilakukan, pemberian terapi, tindakan yang telah dilakukan, dan keadaan pasien saat ditransfer.</p> <p>3) Apabila pasien akan ditransfer ke Ruang Intensif, Dokter harus mengisi Formulir Kriteria Masuk Ruang Intensif dan untuk pasien yang akan ditransfer ke Unit Spesialistik mengisi Formulir Kriteria Masuk Unit Spesialistik.</p> <p>4) Apabila pasien akan ditransfer ke Ruang Bedah untuk mendapat tindakan bedah, perawat di ruangan wajib melengkapi formulir-formulir rekam medis untuk persiapan bedah seperti Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran, Formulir Persetujuan Pembiusan, Formulir Pra Anestesi, Formulir Penandaan, Check List Serah Terima Pasien Ruang Operasi dan lainnya.</p>
--	---

	<p>5) Perawat Ruang Rawat Inap mengantar pasien beserta berkas rekam medis pasien ke ruangan tersebut.</p> <p>6) Perawat Ruang Rawat Inap melakukan serah terima pasien dengan perawat ruangan yang dituju. Bukti serah terima didokumentasikan dalam Formulir Transfer Internal (RM-7)</p> <p>7) Formulir Transfer Internal juga harus ditandatangani oleh pasien/keluarga sebagai bukti keterlibatan pasien dan keluarga dalam proses transfer internal.</p> <p>Transfer Pasien dari Ruang Bedah, Ruang Intensif dan Unit Spesialistik ke Ruang Rawat Inap</p> <p>1) Perawat Ruangan Bedah, Ruang Intensif atau Unit Spesialistik memberitahu perawat ruangan yang akan dituju bahwa pasien akan ditransfer kembali ke ruangan tersebut.</p> <p>2) Untuk pasien Post Operasi, Dokter wajib melengkapi berkas rekam medis pasien bedah terlebih dahulu sebelum pasien ditransfer ke Ruang Rawat Inap.</p> <p>3) Perawat ruangan rawat inap menjemput pasien ke Ruang Bedah, Ruang Intensif atau Unit Spesialistik.</p>
<p>UNIT TERKAIT</p>	<p>1. Ruangan IGD/ Ruang Rawat Inap/Ruangan Bedah</p> <p>2. Ruangan Intensif (Ruang ICU, NICU, PICU)</p> <p>3. Unit Spesialistik (HD, Kemoterapi, ULB)</p>

Tabel 5. Transfer Eksternal

RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA Logo RS	RUJUKAN KE RUMAH SAKIT LAIN (TRANSFER EKSTERNAL)		
	No. Dokumen: SPO.ARK.2019	No. Revisi: 02	Halaman: 1/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal Terbit 20 Maret 2019	Ditetapkan oleh, Direktur RSU Imelda Pekerja Indonesia Stempel, nama dan TTD Direktur	
PENGERTIAN	Transfer (Rujukan) Eksternal adalah rujukan ke rumah sakit yang dilakukan jika fasilitas pelayanan dan SDM yang dibutuhkan pasien tidak tersedia di RSU Imelda Pekerja Indonesia.		
TUJUAN	Untuk memberikan pelayanan yang komprehensif sesuai kebutuhan pasien.		
KEBIJAKAN	SK Direktur No :...../SK-DIR/RSU-IPI/ARK/III/2019 tentang Kebijakan Rujukan ke Rumah Sakit Lain (Transfer Eksternal) di RSU Imelda Pekerja Indonesia;		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apabila setelah memeriksa pasien, Dokter menyatakan bahwa pasien membutuhkan pemeriksaan penunjang yang sangat penting berkaitan dengan kondisi kesehatannya, tetapi fasilitas penunjang tersebut tidak tersedia di RSU Imelda Pekerja Indonesia, atau sedang dalam perbaikan, maka Dokter Penanggung Jawab (DPJP) menginstruksikan untuk mentransfer/merujuk pasien ke rumah sakit lain yang menyediakan fasilitas yang dibutuhkan pasien. 2. Pasien juga bisa ditransfer/dirujuk apabila tidak tersedia Dokter Konsultan yang dibutuhkan pasien berkaitan dengan kondisi kesehatannya di RSU Imelda Pekerja Indonesia. 3. Pasien juga bisa dirujuk atas keinginan pasien/keluarga (permintaan sendiri). 4. Pasien yang memerlukan fasilitas pelayanan yang tidak tersedia di rumah sakit atau membutuhkan Dokter Konsultan tertentu tetapi tidak tersedia di RSU Imelda, 		

	<p>maka DPJP akan membuat Surat Rujukan (RM-8c).</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Sebelum pasien dirujuk, Dokter menjelaskan kepada pasien/ keluarga tentang kondisi pasien dan alasan pasien harus dirujuk. Semua informasi yang diberikan kepada pasien/ keluarga dicatat dalam Formulir Informasi dan Edukasi (RM-63/Revisi01/2019). 6. Apabila pasien/ keluarga bersedia dirujuk, pasien/keluarga membuat Surat Persetujuan Rujukan dan menandatangani agar proses rujukan dapat dilanjutkan. 7. Apabila pasien/ keluarga menolak untuk dirujuk, pasien /keluarga harus membuat Surat Penolakan Rujukan dan menandatangani untuk menghindari terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan (tuntutan) dikemudian hari. 8. Formulir Surat Rujukan diisi oleh DPJP untuk dibawa pasien/ keluarga atau perawat yang akan diserahkan kepada petugas kesehatan di rumah sakit tujuan rujukan. 9. Sebelum pasien dirujuk, petugas terlebih dahulu menghubungi (konfirmasi) rumah sakit tujuan rujukan untuk memastikan ketersediaan fasilitas pelayanan yang dibutuhkan pasien. 10. Pada Formulir Surat Rujukan dicatat nama petugas rumah sakit tujuan yang menerima telepon, tanggal dan waktu menelepon. 11. Proses rujukan dilakukan <i>segera mungkin</i> setelah Dokter menginstruksikan pasien harus dirujuk. 12. Sebelum dirujuk, harus dipastikan bahwa <i>pasien emergensi telah diperiksa dan distabilkan</i> lebih dahulu. 13. Formulir Surat Rujukan diparaf oleh Manajer Pelayanan Pasien (MPP) dan ditandatangani oleh DPJP. 14. Catatan Dokter yang menyatakan pasien dirujuk dan alasan pasiendirujuk didokumentasikan dalam Berkas Rekam Medis Pasien. 15. Formulir Surat Rujukan wajib ditandatangani oleh petugas yang menyerahkan pasien (rumah sakit perujuk) dan petugas yang menerima pasien (rumah sakit tujuan rujukan) setelah serah terima pasien selesai. 16. Formulir Surat Rujukan disimpan dalam Berkas Rekam Medis sebagai dokumentasi.
UNIT TERKAIT	1 Instalasi Gawat Darurat (IGD)

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

	2 Ruang Rawat Inap
	3 Manajer Pelayanan Pasien (MPP)
	4 Instalasi Rekam Medis

Tabel 6. Asesmen Rawat Jalan

LOGO RS RSU Imelda Pekerja Indonesia	_____ No. R. Medis :	RM 02a/Rj Revisi 02/2020
	_____ Nama :	
	_____ Tgl. Lahir :	
ASESMEN RAWAT JALAN DEWASA		
• Bahasa sehari-hari yang diinginkan : <input type="checkbox"/> Bahasa Indonesia <input type="checkbox"/> Jawa <input type="checkbox"/> Dialek lain/ bahasa lainnya • Agama : <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Katolik <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Kong Hu Cu • Suku :		

Poliklinik Tujuan : P. Dalam Bedah Ortopedi Mata THT Gigi Saraf Paru Kulit Jiwa _____
 Hari dan Tanggal Masuk : _____ Pukul : _____ WIB

ASESMEN KEPERAWATAN

1. Alasan Kunjungan :

Riwayat Kesehatan :

Apakah ada riwayat penyakit dalam keluarga ? (ayah/ibu/saudara kandung/kakek/nenek), seperti:

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> DM |
| <input type="checkbox"/> Hipertensi | <input type="checkbox"/> Kanker |
| <input type="checkbox"/> Talasemia | <input type="checkbox"/> Lain-lain |

.....
 Tidak ada riwayat penyakit keluarga

Alergi

Alergi obat : Tidak ada Alergi obat, sebutkan

.....
 Alergi makanan : Tidak ada Alergi makanan, sebutkan

.....

2. Riwayat Psikososial :

Status Psikologis

Hubungan pasien dengan anggota keluarga Baik Tidak baik

Status Mental

Sadar dan Orientasi

Baik.....

Perilaku kekerasan yang dialami sebelumnya

.....

Status Sosial

- a. Hubungan pasien dengan keluarga Baik Tidak Baik
- b. Tempat Tinggal : Rumah / Apartemen/Panti/ Lainnya

Status Ekonomi Tidak Bekerja PNS/BUMN Pegawai Swasta Wiraswasta IRT Mahasiswa Lain-lain

Status Spritual yang perlu diperhatikan dalam keluarga

- a. Agama :
- b. Kebiasaan menjalankan ibadah : Teratur Tidak Teratur

Status Nilai Budaya yang perlu diketahui tenaga kesehatan

Status Fungsional

- Mandiri Perlu bantuan, sebutkan

3. Pemeriksaan Fisik :

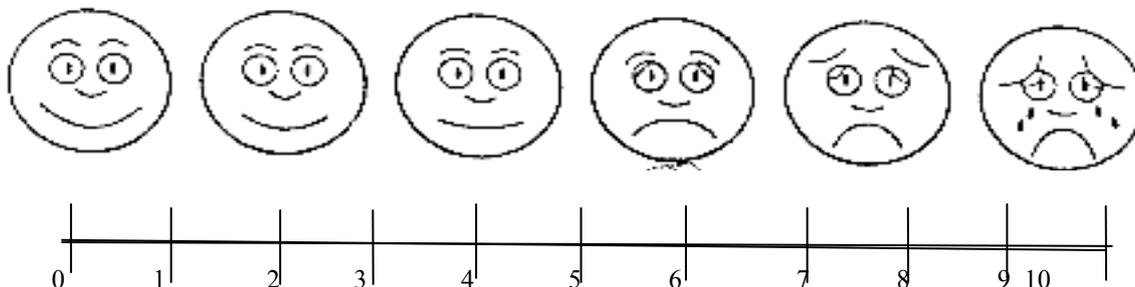
Tanda Vital
 Suhu ___ °C, Nadi ___ x/menit , Respirasi ___ x/menit, Tekanan Darah ___ mmHg,
 BB ___ kg, TB ___ cm

4. Asesmen Resiko Nutrisional :

- Penurunan berat badan yang tidak diinginkan selama 6 bulan terakhir.
 - Tidak (skor 0) Tidak yakin/ tanda ukuran celana, baju menjadi lebih longgar (skor 2)
 - Ya 1-5 kg (skor 1) 6-10kg (skor 2) 11-15 kg (skor 3) > 15 kg (skor 4)
- Asupan makanan menurun karena adanya penurunan nafsu makan. Tidak (skor 0) Ya (skor 1)
 (Bila skor $\geq 2 \Rightarrow$ Konsultasi ke Ahli Gizi)

5. Asesmen Nyeri :

Apakah ada nyeri ? Ya Tidak
 VAS (Visual Analog Scale)
 (Digunakan pada pasien dewasa dan anak berusia > 7 tahun yang dapat menilai intensitas nyerinya sendiri dengan melihat mistar nyeri yang diberikan petugas)



Keterangan :

- 0 : Tidak nyeri
 1-3 : Nyeri Ringan
 4-6 : Nyeri Sedang
 7-10 : Nyeri Berat

6. Asesmen Risiko Jatuh (Get Up & Go)

- a. Perhatikan cara berjalan pasien saat akan duduk di kursi.
Apakah pasien tampak tidak seimbang/semboyan/limbung?
 Ya Tidak
- b. Apakah pasien memegang pinggiran kursi atau meja atau benda lain sebagai penopang saat akan duduk ? Ya Tidak
- Kesimpulan : Tidak Berisiko (tidak ditemukan a dan b)
 Risiko Rendah (ditemukan a atau b)
 Risiko Tinggi (a dan b ditemukan)
- Diberitahukan ke dokter : Ya, Pukul : _____

Nb : Untuk Risiko Tinggi pakai Gelang Kuning

7. Proses Keperawatan

Masalah	Intervensi	Evaluasi
<input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan _____	<input type="checkbox"/> Edukasi _____ _____	
<input type="checkbox"/> Risiko jatuh	<input type="checkbox"/> Edukasi pencegahan jatuh <input type="checkbox"/> Pengawasan terhadap risiko Jatuh	
<input type="checkbox"/> Risiko infeksi	<input type="checkbox"/> Edukasi pencegahan infeksi <input type="checkbox"/> Pengawasan terhadap risiko infeksi	
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	

Medan, Tanggal

(Tanda Tangan & Nama Jelas)

ASESMEN MEDIS

1. Anamnesa :

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Umum

- Sensorium : Anemis: +/- Berat Badan: kg
 Tekanan Darah : mmHg Ikterik: +/- Tinggi Badan: cm
 Nadi : x/i Dyspnoe : +/-

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

○ Nafas : x/i ○ Oedem : +/-
 ○ Suhu : °C

3. Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik

Pemeriksaan Penunjang yang dilakukan :

Laboratorium

Pemeriksaan : Hasil Pemeriksaan Laboratorium
 yang perlu diobservasi :

1. Darah rutin :
2. AGDA :
3. Fungsi hati :
4. Elektrolit :
5. KGD Ad Random :

Radiologi

Pemeriksaan : Hasil Pemeriksaan Radiologi :

4. Diagnosa :

5. Rencana Penatalaksanaan Diagnostik/ Tindakan/ Terapi :

REKONSILIASI OBAT

Obat yang sedang dimakan pasien saat ini :

NO	NAMA OBAT	Dosis	Frekuensi	Cara Pemberian	Tindak lanjut oleh DPJP	Perubahan Aturan Pakai
1					<input type="checkbox"/> Lanjut aturan pakai sama <input type="checkbox"/> Lanjut aturan pakai berubah <input type="checkbox"/> Stop	
2					<input type="checkbox"/> Lanjut aturan pakai sama <input type="checkbox"/> Lanjut aturan pakai berubah <input type="checkbox"/> Stop	
3					<input type="checkbox"/> Lanjut aturan pakai sama <input type="checkbox"/> Lanjut aturan pakai berubah <input type="checkbox"/> Stop	

Pasien membutuhkan Pelayanan Farmasi (Konsultasi ke Apoteker)

○ Ya ○ Tidak
 Apoteker,

Medan, Tanggal

(Tanda Tangan & Nama Jelas)

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik., 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Revisi II, Jakarta
- Hatta, GR, 2013. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan ed. rev 2. Jakarta: Universitas Indonesia Press
- Kemenkes RI, 2011. Juknis Sistem Informasi Rumah Sakit, Dirjen Bina Upaya Kesehatan, Jakarta
- Kemenkes RI, Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
- Kepmenkes No. 377 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, ed 1.1, Jakarta
- Permenkes No 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan
- Permenkes No.11 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif di Rumah Sakit
- Permenkes No.47 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Jabatan Fungsional Perkam Medis dan angka kreditnya
- Permenkes RI No 1171 Tahun 2011 Tentang SIRS
- Permenkes RI No 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
- Permenkes RI No 82 Tahun 2013 Tentang SIMRS
- Permenkes RI No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis
- Permenkes RI No. 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien
- Permenkes RI No. 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis
- Undang-Undang RI No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- Undang-Undang RI No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan
- Undang-Undang RI No. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

BAB III
PRAKTIKUM PENGISIAN FORMULIR RAWAT INAP DI RUMAH
SAKIT PADA BAGIAN ADMISI

KEGIATAN PRAKTIKUM 3
PRAKTIKUM PROSEDUR PENGISIAN FORMULIR RAWAT INAP DI
RUMAH SAKIT PADA BAGIAN ADMISI: REGISTRASI PASIEN
RAWAT INAP, ASESMEN EDUKASI, PEMBERIAN INFORMASI DAN
EDUKASI, PERSETUJUAN KEDOKTERAN

Zulham Andi Ritonga, SKM.,MKM

I. Dasar Teori

A. Formulir Registrasi Pasien Rawat Inap

Pendaftaran pasien yang baru pertama kali datang ke “RSU Imelda Pekerja Indonesia” untuk mendapatkan pelayanan medis sebagai pasien rawat inap di RSU Imelda Pekerja Indonesia. Kegiatan ini bertujuan menjadi acuan kerja dalam penerimaan pasien rawat inap yang baru pertama kali berobat di RSU Imelda Pekerja Indonesia.

B. Formulir Asesmen Edukasi Pasien Rawat Inap

Asesmen edukasi adalah kegiatan yang dilakukan dalam mengkaji kebutuhan edukasi untuk mengatasi masalah kesehatan pasien rawat inap.

C. Formulir Pemberian Informasi dan Edukasi Pasien Rawat Inap

Pemberian informasi dan edukasi pada pasien dan keluarga adalah kegiatan yang dilakukan dalam memberikan informasi dan edukasi yang berkaitan dengan masalah kesehatan pasien dan hal-hal lainnya terkait segala pelayanan yang akan diberikan kepada pasien selama dirawat di rumah sakit

Kegiatan ini bertujuan agar pasien/keluarga mengerti dan memahami tentang masalah kesehatan pasien, membantu pasien/ keluarga dalam mengambil keputusan tentang perawatan yang harus dijalani, dan

melibatkan pasien/keluarga dalam setiap proses pelayanan yang diberikan kepada pasien

D. Formulir Persetujuan Kedokteran

Merupakan formulir yang diberikan pada pasien dan atau keluarga terkait tindakan kedokteran atau tindakan medis yang akan dilakukan pada pasien, apakah pasien dan keluarga menyetujui atau tidak. Digunakan sebagai bukti otentik tindakan medis.

II. Tujuan Praktikum

Setelah mengikuti praktikum ini, peserta diharapkan mampu mempraktekan prosedur pengisian formulir rawat inap di rumah sakit pada bagian admisi.

III. Persiapan

1. Modul perkuliahan dan buku catatan
2. Alat tulis
3. Formulir-formulir

Persiapan

Fasilitator diharapkan mengikuti petunjuk penggunaan modul praktikum pengisian formulir, sebagai berikut:

1. Mempelajari dan memahami SOP proses pelayanan pasien rawat jalan di rumah sakit.
2. Diperbolehkan memberikan pengayaan dari bahan tayangan standar yang ada dalam modul, sepanjang untuk menambah wawasan peserta dan mengikuti perkembangan peraturan, referensi, data/informasi yang relevan.
3. Sedapat mungkin untuk mengupload peraturan, buku-buku landasan teori yang dapat memudahkan peserta mempelajari materi yang akan disampaikan secara mandiri (e-Learning).

IV. Prosedur Praktikum

No	Prosedur	Keterangan
1	Petugas menerima pasien yang datang	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
2	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
3	Cek data pasien pada rekam medis dan menyerahkan nomor pada petugas filing	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
4	Cek status pasien (umum/asuransi kesehatan) dan kelengkapan surat terkait	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
5	Lengkapi berkas pendaftaran	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
6	Isi formulir	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
7	<i>Entry</i> data pasien ke dalam program SIRS	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
8	Menyerahkan berkas rekam medis ke tempat pelayanan yang dituju	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien

V. Hasil Praktikum

1. Video tutorial langkah tindakan dapat dilihat pada link: <https://youtu.be/ZfAQA1s9n8o>
2. Mengupload formulir rawat inap di rumah sakit pada bagian admisi (Registrasi pasien, Asesmen edukasi, Pemberian informasi dan edukasi, Persetujuan kedokteran) yang telah diisi oleh mahasiswa ke SPADA (*Formulir terlampir*)
3. Mengupload Formulir penilaian perasat tindakan prosedur pengisian formulir rawat inap di rumah sakit pada bagian admisi yang telah dinilai dan diparaf oleh dosen ke SPADA

VI. Dokumentasi

1. Mengupload Foto Dokumentasi dan Redemonstrasi mahasiswa praktikum pengisian formulir rawat inap di rumah sakit pada bagian admisi ke SPADA

Rangkuman

Permenkes RI No.4 Tahun 2018 Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien, pada BAB I Ketentuan Umum Pasal 1. Pendaftaran pasien yang baru pertama kali datang ke rumah sakit untuk mendapatkan pelayanan medis sebagai pasien rawat inap. Pemberian informasi dan edukasi pada pasien dan keluarga adalah kegiatan yang dilakukan dalam memberikan informasi dan edukasi yang berkaitan dengan masalah kesehatan pasien dan hal-hal lainnya terkait segala pelayanan yang akan diberikan kepada pasien selama dirawat di rumah sakit.

Latihan Test 1

1. Menjawab pre test
2. Demonstrasikan tindakan anamnesa dan pengisian data pada formulir rawat inap di rumah sakit pada bagian admisi: registrasi pasien rawat inap, asesmen edukasi, pemberian informasi dan edukasi, persetujuan kedokteran secara mandiri!
3. Menjawab post test

TEST 1

Gunakan format penilaian penampilan / checklist

SILAKAN ANDA MENGHUBUNGI FASILITATOR

Berikan tanda √ pada kolom ya jika melakukan dengan benar dan pada kolom tidak jika tidak melakukan/salah. Format penilaian sebagai berikut:

**FORMAT PROSEDUR PRAKTIKUM
PENGISIAN FORMULIR REGISTRASI / ASESMEN EDUKASI /
PEMBERIAN INFORMASI DAN EDUKASI / PERSETUJUAN
KEDOKTERAN**

Nama Mahasiswa :

Jenis Tindakan : Pengisian Formulir Registrasi/ Asesmen Edukasi/
Pemberian Informasi dan Edukasi/ Persetujuan Kedokteran

NIM :

Tingkat / Program :

Tanggal :

Fasilitator :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan dan buku catatan		
2	Alat tulis		
3	Formulir: registrasi / asesmen edukasi / pemberian informasi dan edukasi / persetujuan kedokteran		
B	Tahap-Tahap Prosedur Praktikum		
	Tahap Kerja		
1	Siapkan formulir yang dibutuhkan dan alat tulis		
2	Petugas menerima pasien yang datang		
3	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat		
4	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat		
5	Cek status pasien (umum/asuransi kesehatan) dan kelengkapan surat terkait		
6	Lengkapi berkas pendaftaran / lakukan asesmen		
7	Lakukan pemberian informasi dan edukasi		
8	Isi formulir		
9	Entry data pasien ke dalam program SIRS		
10	Menyerahkan berkas rekam medis ke tempat pelayanan yang		
C	Komunikasi/Penampilan		
1	Penguasaan materi		
2	Komunikasi		
3	Ekspresi		
D.	Hasil Praktikum		

SCORE:

REKOMENDASI:

Medan, April 2021

.....

FORMAT PENILAIAN

ASPEK/DIMENSI	SKALA PENILAIAN				
	Baik	Cukup	Kurang	Sangat Kurang	SKOR
	(≥81)	(61--80)	(41-60)	(≤40)	
Penguasaan Alat dan bahan					
Kesesuaian prosedur yang dilakukan					
Kemampuan komunikasi/Penampilan					
Kesesuaian Hasil praktikum					
total skor					

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Jumlah total skore}}{4} = \dots$$

Nilai ≥ 60 : lulus praktikum

Nilai < 60 : Ulangi materi dan latihan praktikum

Tanda Tangan Mahasiswa

Tanda Tangan Dosen pengampu

()

()

LAMPIRAN

Tabel 7. Pendaftaran Pasien Rawat Inap Baru

RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA	PENERIMAAN PASIEN RAWAT INAP (PASIEN BARU)		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
LOGO RS	.....SPO.ARK.2019	01	1/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal Terbit Tgl/bln/tahun	Ditetapkan oleh, Direktur RSU Imelda Pekerja Indonesia Stempel, nama dan TTD Direktur	
PENGERTIAN	Pendaftaran pasien yang baru pertama kali datang ke “RSU Imelda Pekerja Indonesia” untuk mendapatkan pelayanan medis sebagai pasien rawat inap di RSU Imelda Pekerja Indonesia.		
TUJUAN	Menjadi acuan kerja dalam penerimaan pasien rawat inap yang baru pertama kali berobat di RSU Imelda Pekerja Indonesia .		
KEBIJAKAN	SK Direktur No : .../SK-DIR/RSU-IPI/ARK/III/2019 tentang Kebijakan Standar Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK) di RSU Imelda Pekerja Indonesia;		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien/ keluarga datang ke Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap dan diterima oleh petugas pendaftaran. 2. Petugas Pendaftaran meminta identitas pasien (KTP atau SIM) untuk melengkapi data identitas dalam berkas rekam medis pasien. 3. Pasien diberikan berkas rekam medis dan nomor rekam medis baru yang akan digunakan setiap kali berobat di RSU Imelda Pekerja Indonesia, baik sebagai pasien rawat jalan maupun rawat inap. 4. Petugas Pendaftaran menanyakan jaminan kesehatan yang dimiliki pasien. Petugas Pendaftaran mengisi Formulir Registrasi dan formulir lainnya untuk kebutuhan pendaftaran pasien, menjelaskan tentang fasilitas di RSU Imelda yang sesuai dengan kebutuhan pasien, menjelaskan tentang hak dan kewajiban pasien, dan General Consent untuk ditandatangani. Semua 		

	<p>informasi dan edukasi yang diberikan didokumentasikan dalam Formulir Informasi dan Edukasi .</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jika pasien tersebut merupakan pasien umum, Petugas Pendaftaran menjelaskan tentang type kamar dan fasilitasnya, biayanya serta menjelaskan tentang prosedur pembayaran panjar untuk pasien umum. 6. Jika pasien tersebut merupakan pasien perusahaan rekanan RSUD Imelda Pekerja Indonesia maka pasien wajib menyerahkan surat jaminan dari perusahaannya sebagai bukti bahwa semua biaya perawatan pasien ditanggung oleh perusahaan. 7. Jika pasien tersebut peserta JKN (BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan) wajib menunjukkan Kartu JKN, dan Surat Rujukan apabila ada, untuk dicek keaktifan kartunya dan jatah kelas untuk rawat inap. 8. Jika pasien tersebut merupakan pasien Asuransi maka petugas pendaftaran wajib melakukan penggesekan kartu sesuai dengan kartu asuransi yang dimiliki oleh pasien, kemudian menghubungi Petugas Administrasi Asuransi RSUD Imelda Pekerja Indonesia agar segera menindaklanjuti ke pihak asuransi untuk mendapatkan surat jaminan rawat inap pasien tersebut. 9. Petugas Pendaftaran melengkapi berkas rekam medis pasien rawat inap dan melampirkan semua berkas yang dibutuhkan sebagai jaminan untuk rawat inap, baik berupa bukti pembayaran panjar, surat jaminan perusahaan/ asuransi atau lainnya. 10. Setelah semua berkas dilengkapi, Petugas Pendaftaran mengentri data pasien tersebut dalam Program SIRS. 11. Petugas Pendaftaran menyerahkan berkas yang telah dilengkapi kepada Perawat IGD/ perawat poliklinik. 12. Perawat IGD/ perawat poliklinik membuat gelang identitas pasien berdasarkan jenis kelamin; gelang alergi dan resiko jatuh apabila diperlukan. 13. Perawat IGD/ perawat poliklinik melengkapi berkas rekam medis pasien sesuai dengan hasil pemeriksaan diagnostik dan tindakan yang telah dilakukan di IGD/poliklinik. 14. Setelah semua berkas rekam medis lengkap dan pasien
--	--

	telah selesai mendapat penanganan di IGD/poliklinik, pasien dapat ditransfer (internal) ke ruangan rawatan sesuai dengan type kelas dan ruangan yang telah ditentukan.
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagian Pendaftaran 2. Instalasi Gawat Darurat (IGD) 3. Poliklinik Umum/Spesialis 4. Ruang Rawat Inap

Tabel 8. Pendaftaran Pasien Rawat Inap Lama

RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA	PENERIMAAN PASIEN RAWAT INAP (PASIEN LAMA)		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
LOGO RS	.....SPO.ARK.2019	01	1/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal Terbit Tgl/bln/tahun	Ditetapkan oleh, Direktur RSU Imelda Pekerja Indonesia Stempel, Nama dan TTD Direktur	
PENGERTIAN	Pendaftaran pasien yang sudah pernah berobat sebelumnya di RSU Imelda Pekerja Indonesia, datang kembali untuk mendapatkan pelayanan medis sebagai pasien rawat inap di “RSU Imelda Pekerja Indonesia”.		
TUJUAN	Menjadi acuan kerja dalam penerimaan pasien rawat inap yang sebelumnya sudah pernah berobat di RSU Imelda Pekerja Indonesia baik sebagai pasien rawat jalan ataupun rawat inap.		
KEBIJAKAN	SK Direktur No :...../SK-DIR/RSU-IPI/ARK/III/2019 tentang Kebijakan Standar Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK) di RSU Imelda Pekerja Indonesia;		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien/ keluarga datang ke Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap dan diterima oleh petugas pendaftaran. Petugas Pendaftaran menanyakan identitas pasien, tanggal berobat terakhir di RSU Imelda Pekerja Indonesia, dan jaminan kesehatan yang dimiliki pasien. 2. Petugas Pendaftaran mengecek data pasien tersebut dalam Program SIRS untuk mengetahui nomor rekam medisnya 		

	<p>dan menyerahkan nomor rekam medis tersebut kepada Petugas Filling agar dicari berkas rekam medisnya yang lama.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Petugas Pendaftaran menanyakan jaminan kesehatan yang dimiliki pasien. Petugas Pendaftaran mengisi Formulir Registrasi dan formulir lainnya untuk kebutuhan pendaftaran pasien, menjelaskan tentang fasilitas di RSUD Imelda Pekerja Indonesia yang sesuai dengan kebutuhan pasien, tentang hak dan kewajiban pasien, Semua informasi dan edukasi yang diberikan didokumentasikan dalam Formulir Informasi dan Edukasi. 4. Jika pasien tersebut merupakan pasien umum, Petugas Pendaftaran menjelaskan tentang type kamar dan fasilitasnya, biayanya serta menjelaskan tentang prosedur pembayaran panjar untuk pasien umum. 5. Jika pasien tersebut merupakan pasien perusahaan rekanan RSUD Imelda Pekerja Indonesia maka pasien wajib menyerahkan 1 lembar surat jaminan dari perusahaannya sebagai bukti bahwa semua biaya perawatan pasien ditanggung oleh perusahaan. 6. Jika pasien tersebut peserta JKN (BPJS Kesehatan atau BPJS Ketenagakerjaan) wajib menunjukkan Kartu JKN, dan surat rujukan apabila ada, untuk dicek keaktifan kartunya dan jatah kelas untuk rawat inap. 7. Jika pasien tersebut merupakan pasien Asuransi maka petugas pendaftaran wajib melakukan penggesekan kartu sesuai dengan kartu asuransi yang dimiliki oleh pasien, kemudian menghubungi Petugas Administrasi Asuransi RSUD Imelda Pekerja Indonesia agar segera menindaklanjuti ke pihak asuransi untuk mendapatkan surat jaminan rawat inap pasien tersebut. 8. Petugas Pendaftaran melengkapi berkas rekam medis pasien rawat inap dan melampirkan semua berkas yang dibutuhkan sebagai jaminan untuk rawat inap, baik berupa bukti pembayaran panjar, surat jaminan perusahaan/ asuransi atau lainnya seperti yang telah disebutkan di atas. 9. Setelah semua berkas selesai dilengkapi, Petugas Pendaftaran mengentri data pasien tersebut dalam Program SIRS.
--	---

	<p>10. Petugas Pendaftaran menyerahkan berkas yang telah dilengkapi kepada Perawat IGD/ perawat poliklinik.</p> <p>11. Perawat IGD/ perawat poliklinik membuat gelang identitas pasien berdasarkan jenis kelamin dan ditambahkan juga gelang alergi dan resiko jatuh apabila diperlukan.</p> <p>12. Perawat IGD/ perawat poliklinik melengkapi berkas rekam medis pasien sesuai dengan hasil pemeriksaan diagnostik dan tindakan yang telah dilakukan di IGD/poliklinik.</p> <p>13. Setelah semua berkas rekam medis lengkap dan pasien telah selesai mendapat penanganan di IGD/poliklinik, pasien dapat ditransfer (internal) ke ruangan rawatan sesuai dengan type kelas dan ruangan yang telah ditentukan.</p>
<p>UNIT TERKAIT</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagian Pendaftaran 2. Instalasi Gawat Darurat (IGD) 3. Poliklinik Umum/Spesialis 4. Ruang Rawat Inap

Tabel 9. Formulir Asesmen Edukasi

LOGO RS RSU Imelda Pekerja Indonesia	No. R. Medis : _____	R M
	Nama : _____	03
	Tgl. Lahir : _____	Revisi 02/202 0
<h2 style="margin: 0;">Asesmen Kebutuhan Edukasi Pasien dan Keluarga</h2>		
Beri tanda check list (✓) pada kotak yang tersedia (dapat lebih dari satu sesuai kebutuhan pasien dan keluarga) :		
Bahasa :	<input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Inggris <input type="checkbox"/> Daerah <input type="checkbox"/> Lain-lain :.....	
Agama/ Suku :	.....
Pendidikan Pasien	<input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SLTP <input type="checkbox"/> SLTA <input type="checkbox"/> DIII/SI <input type="checkbox"/> Lain-lain.....	
Kemampuan membaca	<input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Kurang <input type="checkbox"/> Tidak bisa membaca	
Pilihan tipe pembelajaran	<input type="checkbox"/> Demonstrasi <input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> Leaflet	
Hambatan	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Budaya/Agama/Spiritual <input type="checkbox"/> Gangguan bicara <input type="checkbox"/> Keterbatasan fisik <input type="checkbox"/> Penglihatan terganggu <input type="checkbox"/> Bahasa <input type="checkbox"/> Emosional <input type="checkbox"/> Gangguan kognitif <input type="checkbox"/> Takut <input type="checkbox"/> Nyeri/tidak nyaman <input type="checkbox"/> Tidak tertarik <input type="checkbox"/> Lain- lain.....	
Kebutuhan Penerjemah	<input type="checkbox"/> Ya, bahasa <input type="checkbox"/> Tidak	
Kemampuan Belajar		
<input type="checkbox"/> Mampu menguasai informasi yang disampaikan <input type="checkbox"/> Tidak mampu menguasai informasi yang disampaikan, berikan alasan.....		
Kesiapan Belajar		
<input type="checkbox"/> Siap <input type="checkbox"/> Tidak siap, berikan alasan :		
KEBUTUHAN EDUKASI		
BAGIAN ADMISI		
<input type="checkbox"/> Pemberian informasi berkaitan tentang BPJS <input type="checkbox"/> Pemberian informasi tentang Tata Tertib, Hak dan Kewajiban Pasien/Keluarga. <input type="checkbox"/> Pemberian Informasi tentang Permintaan Privasi. <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang rencana asuhan dan hasil yang diharapkan. <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang perkiraan biaya sesuai dengan tarif dan ketentuan yang telah ditetapkan.		
INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD)		
<input type="checkbox"/> Penjelasan tentang penyakit, penyebab, tanda dan gejala, prognosa. <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang hasil pemeriksaan dan tindakan medis. <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang perkiraan hari rawatan pasien. <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang komplikasi yang mungkin terjadi. <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang Penetapan DPJP untuk pasien rawat inap <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang Penitipan Barang Milik Pasien <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang Permintaan Pendapat Lain (Second Opinion) <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang Permintaan Penyelesaian Komplain, Keluhan, Konflik atau Perbedaan Pendapat <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang Asesmen Nyeri dan Resiko Jatuh <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang Etika Batuk <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang Diet Pasien dan Nutrisi <input type="checkbox"/> Penjelasan kepada pasien/keluarga apabila pasien menolak untuk dirawat inap atau pasien yang pulang atas permintaan sendiri dijelaskan tentang penyakit dan konsekuensi apabila tidak dirawat inap/PAPS.		

- Penjelasan kepada pasien/keluarga apabila pasien menolak untuk dirujuk.
- Penjelasan kepada pasien/keluarga apabila pasien ditahan di IGD untuk observasi..
Penjelasan kepada pasien/keluarga tentang Penundaan Tindakan Medis
- Penjelasan kepada pasien/keluarga apabila terjadi keterlambatan pelayanan rawat jalan atau pemeriksaan penunjang diagnostik .
- Penjelasan kepada pasien/keluarga apabila tidak tersedia tempat tidur pada unit pelayanan yang dituju.

RUANG RAWAT INAP

- Penjelasan tentang penyakit, penyebab, tanda dan gejala, prognosa dan tindakan medis.
- Penjelasan tentang hasil pemeriksaan.
- Penjelasan tentang komplikasi yang mungkin terjadi.
- Penjelasan tentang perkiraan hari rawatan pasien.
- Penjelasan tentang Pencegahan Infeksi (Hand Hygiene)
- Permintaan Pelayanan Kerohanian
- Penjelasan tentang Diet Pasien (Konsultasi Gizi) oleh Ahli Gizi.
- Penjelasan tentang Rehabilitasi Medik
- Penjelasan tentang Pemberian Obat dan Aturan Pemakaian serta Cara Penyimpanan
- Penjelasan tentang Perencanaan Pasien Pulang (Discharge Planning)
- Penjelasan kepada pasien/keluarga apabila pasien menolak rencana asuhan medis dan menghendaki penghentian pengobatan.
- Penjelasan kepada pasien/keluarga apabila pasien menolak untuk dirujuk.
- Penjelasan kepada pasien/keluarga tentang Penundaan Tindakan Medis.
- Penjelasan kepada pasien/keluarga apabila terjadi keterlambatan pemeriksaan penunjang diagnostik.
- Penjelasan kepada pasien/keluarga tentang Cuti Sementara untuk keperluan tertentu.

UNIT LUKA BAKAR

- Penjelasan dan edukasi tentang Perawatan Pasien Luka Bakar termasuk Gizi TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein).
- Penjelasan tentang Resiko Pasca Perawatan Luka Bakar.
- Penjelasan kepada keluarga pasien bahwa keluarga tidak dibenarkan masuk ke ruangan Unit Luka Bakar diluar Jam Berkunjung.

RUANG BEDAH

- Penjelasan tentang perawatan post operasi.

RUANG HD

- Penjelasan tentang kebutuhan cairan/minuman dan pantangan makan.

RUANG PERINATOLOGI

- Penjelasan dan edukasi tentang cara memandikan bayi, perawatan tali pusat, dan Kebersihan/ Hygiene Bayi.
- Penjelasan dan edukasi tentang Pemberian ASI/PASI
- Penjelasan dan edukasi tentang Perawatan Bayi dengan Metode Kangguru
- Penjelasan dan edukasi Perawatan Bayi Ikterik (Bayi Kuning) dan Stoma
- Penjelasan dan edukasi tentang Cara Pemberian Obat dan tentang tanda-tanda bayi sakit rumah.
- Penjelasan tentang Jadwal Imunisasi untuk Bayi BBLR, Prematur dan Bayi Besar

RUANG ICU/HCU

- Penjelasan dan edukasi tentang Obat High Alert (Maylon, KCl, NaCl 3%, MgSO₄ dll)
- Penjelasan dan edukasi tentang Tindakan RJP
- Penjelasan dan edukasi tentang Pemasangan Canul CPAP pada Bayi
- Penjelasan dan edukasi tentang Pencegahan Infeksi (Hand Hygiene)

RUANG NEONATI/ KEBIDANAN

- Penjelasan dan edukasi tentang cara memandikan bayi, perawatan tali pusat, dan Kebersihan/ Hygiene Bayi.
- Penjelasan dan edukasi tentang perawatan tali pusat

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

- Penjelasan dan edukasi tentang Pemberian ASI/PASI
- Penjelasan dan edukasi tentang Menjemur Bayi
- Penjelasan dan edukasi tentang IMD (Inisiasi Menyusui Dini) pada Bayi.
- Penjelasan tentang Jadwal Imunisasi untuk Bayi dan Tumbuh Kembang Bayi.
- Penjelasan dan edukasi tentang tanda-tanda bayi sakit dan tindakan pertama mengatasi bayi sakit.

RENCANA EDUKASI

Tanggal, _____ Pukul : _____ WIB
MPP,

(_____)

Tanda tangan & Nama Jelas

Tabel 10. Formulir Pemberian Informasi dan Edukasi

LOGO RS RSU Imelda Pekerja Indonesia		RM
		04
	No. R. Medis : _____ Nama : _____ Tgl. Lahir : _____	Revisi 02/2019
	FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI	

Tgl/ Waktu	MATERI EDUKASI	Tanda Tangan & Nama Jelas		Evaluasi	
		Pasien/ Keluarga	Edukator	Sudah Mengerti	Edukasi Ulang

Tabel 11. Persetujuan Kedokteran

LOGO RS RSU Imelda Pekanbaru, Indonesia		No. R. Medis : _____ Nama : _____ Tgl. Lahir : _____		RM 39 Revisi 03/2019
PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN				
PEMBERIAN INFORMASI				
Dokter/Kepala Ruangan				
Waktu Informasi				
Waktu Informasi / Waktu Keputusan				
NO	Isi/Informasi	in-teraksi	Check List	(*)
1	Diagnosis (W/O & DD)			
2	Uraian Diagnosis			
3	INDIKASI KEDOKTERAN			
4	INDIKASI KEDOKTERAN			
5	Lain-lain			
6	Keputusan			
7	Ketika			
8	Keputusan			
9	Prognosis			
10	Alternatif & Biaya			
11	Lain-lain			
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah memahami isi hasil data anamnesis, fisik dan PRA, dan memberikan persetujuan untuk biaya dan cara tindakan.		Tanda/Tanggal Dokter		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah memahami informasi dan telah memahami sebagaimana disebut diatas, dan telah saya beri check list (*) pada kolom di sebelahnya.		Tanda/Tanggal Pasien/Keluarga		
PEMBERIAN PERSETUJUAN				
Yang berkeinginan dibawah ini, nama _____ umur _____ tahun, jenis kelamin laki-laki/perempuan/lainnya _____ dengan ini menyatakan persetujuannya untuk dilaksanakan tindakan _____ terhadap saya/anggota keluarga/anak/tandem _____ saya, _____ bermula _____ umur _____ tahun, jenis kelamin : laki-laki/perempuan/ lainya _____				
Saya memahami polanya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut dilakukan. Saya bertanggungjawab atas semua tindakan				

Tabel 12. Persetujuan Pembiusan

LOGO RS RSU Imelda Pekerja Indonesia	_____ No. R. Medis :	RM
	_____ Nama :	40
	_____ Tgl. Lahir :	Revisi 01/2020

PERSETUJUAN TINDAKAN PEMBIUSAN		
<p>I. Consent</p> <p>Bersama ini saya :(dokter yang mengevaluasi pra anestesi) meminta persetujuan dan wewenang untuk melakukan pembiusan umum / regional. Tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan adalah..... Alternatif lain untuk pembiusan ini adalah :.....</p> <p>II. Resiko dan Metode Alternatif</p> <p>Alternative Methods / Risk</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saya menyadari bahwa pelayanan di rumah sakit ini merupakan suatu kerja tim (termasuk dokter dan perawat anestesi) dan bahwasanya anestesi untuk tindakan operasi ini akan dilakukan di bawah pengawasan : Dokter Ahli Anestesi, 2. Saya menyadari dan mengerti sepenuhnya penjelasan dokter spesialis anestesi bahwa jenis pembiusan apapun yang dilakukan selalu mengandung beberapa konsekuensi dan resiko. Resiko potensial yang mungkin terjadi termasuk perubahan tekanan darah, reaksi obat (alergi), henti jantung, kerusakan otak, kelumpuhan, kerusakan saraf bahkan kematian. Saya menyadari hal ini dan resiko serta komplikasi lain yang mungkin juga dapat terjadi. 3. Saya menyadari dan mengerti bahwa dalam praktek ilmu kedokteran, bukan merupakan ilmu pengetahuan yang pasti dan saya mengerti tidak seorangpun dapat menjanjikan atau menjamin sesuatu yang berhubungan dengan tindakan medis termasuk pembiusan. 4. Saya menyadari dan mengerti bahwa obat-obatan yang saya dapatkan sebelum prosedur pembedahan dan pembiusan dapat saja menimbulkan komplikasi bagi pembiusan dan pembedahan. Oleh karena itu menjadi kewajiban dan tanggung jawab saya untuk memberikan informasi kepada dokter tentang semua obat-obatan yang saya minum, termasuk aspirin, kontrasepsi, obat-obat flu, narkotik, marijuana, kokain dan lain-lain. 5. Saya telah membaca formulir ini secara teliti, mengerti dan menyetujui penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan termasuk kemungkinan komplikasi – 		

komplikasi yang mungkin terjadi. Oleh sebab itu saya mengatakan mengerti isinya dan menerima persyaratan yang tercantum. Dokter ahli anestesi telah berdiskusi dengan saya dan keluarga tentang rencana anestesia dan alternatif lain yang memungkinkan semua pertanyaan saya telah terjawab dengan baik.

III. Komplikasi, Kondisi Yang Tak Terduga & Hasil Yang Diperoleh

Saya menyadari sepenuhnya bahwa pada tindakan medis, berbagai resiko dan komplikasi yang tidak diduga sebelumnya mungkin dapat timbul. Saya juga menyadari bahwa selama berlangsungnya tindakan tersebut, ada kemungkinan timbulnya kondisi kondisi yang tidak terduga dimana hal tersebut memerlukan tindakan tindakan perluasan operasi yang berhubungan dengan operasi yang sedang dilakukan; untuk itu saya menyetujui dilakukannya tindakan tersebut apabila diperlukan. Selanjutnya, saya menyadari bahwa tidak ada jaminan atau janji-janji yang diberikan kepada saya sehubungan dengan hasil dari segala tindakan dan atau perawatan.

Medan, tanggal

Yang menyatakan

Pasien/keluarga

Keluarga,

Saksi 1 Pihak

Tanda Tangan dan Nama Jelas
Nama Jelas

Tanda Tangan dan

Dokter Anestesi,
Rumah Sakit,

Saksi 2 Pihak

Tanda Tangan dan Nama Jelas
Nama Jelas

Tanda Tangan dan

Apabila pasien berusia di bawah 21 tahun atau tidak dapat memberikan persetujuan karena alasan _____ sehingga tidak dapat menandatangani surat di atas, pihak rumah sakit mengambil kebijaksanaan dengan meminta tandatangan dari orang tua, pasangan, anggota keluarga terdekat atau wali dari

pasien.

Saya orang tua/pasangan/keluarga terdekat/wali pasien (lingkari yang sesuai) dari pasien a/n
:.....

membenarkan bahwa saya memiliki hak untuk menerima segala kondisi lanjutan atas nama
pasien diatas, saya telah membaca, memahami dan menerima semua informasi pada formulir
persetujuan ini.

Medan, tanggal

Yang menyatakan *)
Keluarga,

Tanda Tangan dan Nama Jelas
Nama Jelas

Dokter Anestesi,
Rumah Sakit,

Tanda Tangan dan Nama Jelas
Nama Jelas

Saksi 1 Pihak

Tanda Tangan dan

Saksi 2 Pihak

Tanda Tangan dan

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik., 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Revisi II, Jakarta
- Hatta, GR, 2013. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan ed. rev 2. Jakarta: Universitas Indonesia Press
- Kemenkes RI, 2011. Juknis Sistem Informasi Rumah Sakit, Dirjen Bina Upaya Kesehatan, Jakarta
- Kemenkes RI, Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
- Kepmenkes No. 377 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, ed 1.1, Jakarta
- Permenkes No 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan
- Permenkes No.11 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif di Rumah Sakit
- Permenkes No.47 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Jabatan Fungsional Perkam Medis dan angka kreditnya
- Permenkes RI No 1171 Tahun 2011 Tentang SIRS
- Permenkes RI No 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
- Permenkes RI No 82 Tahun 2013 Tentang SIMRS
- Permenkes RI No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis
- Permenkes RI No. 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien
- Permenkes RI No. 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis
- Undang-Undang RI No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- Undang-Undang RI No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan
- Undang-Undang RI No. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

BAB IV
PRAKTIKUM PENGISIAN FORMULIR RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT

KEGIATAN PRAKTIKUM 4
PRAKTIKUM PROSEDUR PENGISIAN FORMULIR RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT: KRITERIA MASUK DAN KELUAR HD, ICU, KEMOTERAPI, DAN NICU

Zulham Andi Ritonga, SKM.,MKM

I. Dasar Teori

A. Formulir Kriteria Masuk dan Keluar Ruang HD

Merupakan formulir yang digunakan untuk pengkajian pasien yang memenuhi kriteria atau indikasi masuk dirawat di ruang HD. Hal ini bertujuan agar pasien yang masuk mendapatkan penanganan di HD adalah benar-benar pasien yang sesuai indikasi penanganan.

B. Formulir Kriteria Masuk dan Keluar ICU

Merupakan formulir yang digunakan untuk pengkajian pasien yang memenuhi kriteria atau indikasi masuk dirawat di ruang ICU. Hal ini bertujuan agar pasien yang masuk mendapatkan penanganan di ICU adalah benar-benar pasien yang sesuai indikasi penanganan.

C. Formulir Kriteria Masuk Kemoterapi

Merupakan formulir yang digunakan untuk pengkajian pasien yang memenuhi kriteria atau indikasi masuk dirawat di ruang Kemoterapi. Hal ini bertujuan agar pasien yang masuk mendapatkan penanganan di Kemoterapi adalah benar-benar pasien yang sesuai indikasi penanganan.

D. Formulir Kriteria Masuk dan Keluar NICU

Merupakan formulir yang digunakan untuk pengkajian pasien yang memenuhi kriteria atau indikasi masuk dirawat di ruang NICU. Hal ini bertujuan agar pasien yang masuk mendapatkan penanganan di NICU adalah benar-benar pasien yang sesuai indikasi penanganan.

II. Tujuan Praktikum

Setelah mengikuti praktikum ini, peserta diharapkan mampu mempraktekan prosedur pengisian formulir rawat inap di rumah sakit: Kriteria masuk dan keluar HD, ICU, Kemoterapi dan NICU.

III. Persiapan

1. Modul perkuliahan dan buku catatan
2. Alat tulis
3. Formulir-formulir

Persiapan

Fasilitator diharapkan mengikuti petunjuk penggunaan modul praktikum pengisian formulir, sebagai berikut:

1. Mempelajari dan memahami SOP proses pelayanan pasien rawat jalan di rumah sakit.
2. Diperbolehkan memberikan pengayaan dari bahan tayangan standar yang ada dalam modul, sepanjang untuk menambah wawasan peserta dan mengikuti perkembangan peraturan, referensi, data/informasi yang relevan.
3. Sedapat mungkin untuk mengupload peraturan, buku-buku landasan teori yang dapat memudahkan peserta mempelajari materi yang akan disampaikan secara mandiri (e-Learning).

IV. Prosedur Praktikum

No	Prosedur	Keterangan
1	Petugas menerima pasien yang datang	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
2	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
3	Cek data pasien pada rekam medis dan menyerahkan nomor pada petugas filing	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
4	Cek status pasien (umum/asuransi kesehatan) dan kelengkapan surat terkait	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
5	Lengkapi berkas pendaftaran	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
6	Isi formulir	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
7	Entry data pasien ke dalam program SIRS	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
8	Menyerahkan berkas rekam medis ke tempat pelayanan yang dituju	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien

V. Hasil Praktikum

1. Video tutorial langkah tindakan dapat dilihat pada link: <https://youtu.be/ZfAQA1s9n8o>
2. Mengupload formulir rawat inap di rumah sakit: kriteria masuk dan keluar HD, ICU, Kemoterapi dan NICU yang telah diisi oleh mahasiswa ke SPADA
3. Mengupload Formulir penilaian perasat tindakan prosedur pengisian formulir rawat inap di rumah sakit: kriteria masuk dan keluar HD, ICU, Kemoterapi dan NICU yang telah dinilai dan diparaf oleh dosen ke SPADA

VI. Dokumentasi

1. Mengupload Foto Dokumentasi dan Redemonstrasi mahasiswa praktikum pengisian formulir rawat inap di rumah sakit: kriteria masuk dan keluar HD, ICU, Kemoterapi dan NICU ke SPADA

Rangkuman

Kebijakan yang mengatur regulasi ruang rawat inap meliputi: Permenkes RI No.290 tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. Penerimaan Pasien Baru Rawat Inap merupakan pendaftaran pasien yang baru pertama kali datang ke rumah sakit untuk mendapatkan pelayanan medis sebagai pasien rawat inap. Penerimaan Pasien Lama Rawat Inap merupakan Pendaftaran pasien yang telah pernah berobat sebelumnya di Rumah Sakit, datang kembali untuk mendapatkan pelayanan medis sebagai pasien rawat inap.

Latihan Test 1

1. Menjawab pre test
2. Demonstrasikan tindakan anamnesa dan pengisian data pada formulir rawat inap di rumah sakit bagian admisi: Kriteria masuk dan keluar HD, ICU, Kemoterapi dan NICU secara mandiri!
3. Menjawab post test

TEST 1

Gunakan format penilaian penampilan / checklist

SILAKAN ANDA MENGHUBUNGI FASILITATOR

Berikan tanda √ pada kolom ya jika melakukan dengan benar dan pada kolom tidak jika tidak melakukan/salah. Format penilaian sebagai berikut:

FORMAT PROSEDUR PRAKTIKUM
PENGISIAN FORMULIR KRITERIA MASUK DAN KELUAR HD /
KRITERIA MASUK DAN KELUAR ICU /KRITERIA MASUK
KEMOTERAPI / KRITERIA MASUK DAN KELUAR NICU

Nama Mahasiswa :

Jenis Tindakan : Pengisian Formulir Kriteria Masuk dan Keluar HD/
 Kriteria Masuk dan Keluar ICU/ Kriteria Masuk
 Kemoterapi/ Kriteria Masuk Keluar NICU

NIM :

Tingkat / Program :

Tanggal :

Fasilitator :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan dan buku catatan		
2	Alat tulis		
3	Formulir: kriteria masuk dan keluar HD / kriteria masuk dan keluar ICU / kriteria masuk kemoterapi / kriteria masuk dan		
B	Tahap-Tahap Prosedur Praktikum		
	Tahap Kerja		
1	Siapkan formulir yang dibutuhkan dan alat tulis		
2	Petugas menerima pasien yang datang		
3	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat		
4	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat		
5	Cek status pasien (umum/asuransi kesehatan) dan kelengkapan surat terkait		
6	Lengkapi berkas pendaftaran / lakukan asesmen		
7	Lakukan pemberian informasi dan edukasi		
8	Isi formulir		
9	Entry data pasien ke dalam program SIRS		
10	Menyerahkan berkas rekam medis ke tempat pelayanan yang		
	Komunikasi/Penampilan		
1	Penguasaan materi		
2	Komunikasi		
3	Ekspresi		

D. Hasil Praktikum

SCORE:

REKOMENDASI:

Medan, April 2021

FORMAT PENILAIAN

ASPEK/DIMENSI	SKALA PENILAIAN				
	Baik	Cukup	Kurang	Sangat Kurang	SKOR
	(≥81)	(61--80)	(41-60)	(≤40)	
Penguasaan Alat dan bahan					
Kesesuaian prosedur yang dilakukan					
Kemampuan komunikasi/Penampilan					
Kesesuaian Hasil praktikum					
total skor					

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Jumlah total skore}}{4} = \dots$$

Nilai ≥ 60 : lulus praktikum

Nilai < 60 : Ulangi materi dan latihan praktikum

Tanda Tangan Mahasiswa

Tanda Tangan Dosen pengampu

()

()

LAMPIRAN

Tabel 12. Kriteria HD

LOGO RSU RSU Imelda Pekerja Indonesia	_____ No. R. Medis :	RM 88
	_____ Nama :	
	_____ Tgl. Lahir :	
FORMULIR KRITERIA/ INDIKASI MASUK DAN KELUAR RUANG HEMODIALISA (HD)		
Kriteria Masuk	Check List (√)	Keterangan
1. Pasien yang memerlukan tindakan dyalisis segera seperti Uremic Encephalopaty, Hyperkalemia, Asidosis Berat, Hipertensi Emergency, Oedema Pulmonum, Oliguria Beratatau Anuria, Overload Cairan, dan Peningkatan Kreatinin> 7.		
2. Pasien rawat jalan yang memerlukan tindakan dialysis atas anjuran oleh Dokter Nefrologi.		
3. Pasien Traveling Dyalisis		

Medan,Tanggal : _____ Pukul : _____ WIB

Dokter yang memeriksa/merawat

(_____)

Kriteria Keluar	Check List (√)	Keterangan
1. Transfer Ruang Rawat Inap apabila kondisi pasien sudah stabil dengan keadaan sadar penuh, sesak berkurang dan tanda-tanda vital stabil.		
2. Transfer Ruang ICU apabila kondisi pasien memerlukan perawatan intensif.		
3. Bagi Pasien HD Reguler dapat pulang apabila setelah diobservasi selama 30 menitt idak ada masalah.		

Medan, Tanggal _____ Pukul ____ WIB
 DPJP,

 (Tanda Tangan dan Nama Jelas)

LOGO RSU

No. Rekam Medis	:
Nama	:
Tgl Lahir/Jenis Kelamin	:

**RSU IMELDA
PEKERJA INDONESIA**

TABEL 14. FORMULIR KRITERIA/ INDIKASI MASUK RUANG KEMOTERAPI

KRITERIA MASUK	CHECK LIST	KETERANGAN
1. Pasien dengan Carcinoma sesuai Hasil PA (Patologi Anatomi)		
2. Pasien rawat jalan yang memerlukan Tindakan Kemoterapi atas anjuran Dokter Hematologi Onkologi.		
3. Pasien dengan Tindakan Kemoterapi yang sudah ter jadwal		

Medan _____ Pukul : _____ WIB
Dokter yang memeriksa,

(_____)

KRITERIA KELUAR	CHECK LIST	KETERANGAN
1. Pasien Rawat Jalan : Setelah Tindakan Kemoterapi dilakukan, pasien di observasi selama 3 jam. Apabila kondisi pasien stabil, tidak ada mual dan muntah, pasien boleh pulang.		
2. Pasien Rawat Inap : Setelah Tindakan Kemoterapi dilakukan, pasien di observasi selama 1 x 24 jam. Apabila kondisi pasien stabil, tidak ada mual dan muntah, pasien boleh pulang.		

Medan _____ Pukul : _____ WIB
DPJP,

(_____)

Tabel 13. Kriteria ICU

<p>LOGO RSU</p> <p>RSU Imelda Pekerja Indonesia</p>	<p>_____</p> <p>No. R. Medis :</p> <p>_____</p> <p>Nama :</p> <p>_____</p> <p>Tgl. Lahir :</p> <p>_____</p>	<p>RM</p>
		<p>85 Revisi 03/2019</p>
<p>KRITERIA/INDIKASI MASUK DAN KELUAR INTENSIVE CARE UNIT (ICU)</p>		

Kriteria/Indikasi Masuk	Check list (√)	Keterangan
<p>1. Pasien yang membutuhkan Alat Bantu Nafas (Ventilator,CPAP). Termasuk dalam kriteria ini pasien dengan diagnosa TB Paru Aktif dengan pengobatan kategori I, atau dengan pengobatan kategori II dengan komplikasi yang mengancam nyawa dengan gangguan oksigenasi seperti Pneumothorax, Effusi Pleura Massif.</p>		
<p>2. Pasien kritis, tidak stabil yang membutuhkan terapi intensif dan tertitiasi seperti infus, obat-obat vasoaktif/inotropik, obat anti aritmi, serta pengobatan lain-lain secara kontinyu dan tertitiasi. Contoh pasien dengan sepsis berat, gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit yang mengancam nyawa, infarck miocard.</p>		
<p>3. Pasien yang memerlukan pelayanan pemantauan canggih di Ruang ICU, sangat beresiko jika tidak mendapatkan terapi intensif segera. Contoh : pasien yang menderita penyakit dasar jantung paru, gagal ginjal akut dan berat, pasien dengan pembedahan mayor.</p>		
<p>4. Pasien dengan sakit kritis, yang tidak stabil disebabkan oleh penyakit yang mendasarinya, atau penyakit akutnya secara sendirian atau kombinasi. Contoh pasien dengan keganasan metastatik disertai penyakit infeksi, pericardial tamponade, penyakit paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat.</p>		

Medan, Tanggal : _____ Pukul : ____ WIB
Dokter yang memeriksa/ merawat,

(Tanda Tangan dan Nama Jelas)

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

Kriteria/Indikasi Keluar	Check List (√)	Keterangan
1. Penyakit atau keadaan pasien telah membaik dan cukup stabil, sehingga tidak memerlukan terapi atau pemantauan yang intensif lebih lanjut.		
2. Pasien tidak menggunakan alat bantu mekanisme khusus (seperti ventilasi mekanis) contoh golongan pasien demikian, antara lain pasien yang menderita penyakit stadium akhir (misalnya ARDS sebelum akhir).		
3. Pasien dan keluarga menolak untuk dirawat lebih lanjut di ICU (Pasien Keluar Atas Permintaan Sendiri/APS).		
4. Pasien hanya memerlukan observasi secara intensif saja, sedangkan ada pasien lain yang lebih gawat yang memerlukan terapi dan observasi yang lebih intensif.		

Medan, Tanggal : _____ Pukul : ____ WIB
DPJP,

(Tanda Tangan dan Nama Jelas)

Tabel 15. Kriteria NICU

LOGO RSU RSU Imelda Pekerja Indonesia	_____ No. R. Medis :	RM
	_____ Nama :	86
_____ Tgl. Lahir :		
KRITERIA/ INDIKASI MASUK DAN KELUAR NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT (NICU)		
Kriteria/IndikasiMasuk	Check List (√)	Keterangan
1. Respiratory Distress Syndrome (RDS)		
2. Bronchopulmonary Dysplasia		
3. Infeksi yang dialami bayiprematur karena bayi ini masih kurang mampu untuk melawan kuman yang masuk ke tubuhnya.		
4. Patent Ductus Arteriosus		
5. Sepsis		
6. Jaundice		
7. Hemodinamik yang tidak stabil, seperti pada keadaan syok.		

Medan, Tanggal : _____ Pukul : ____ WIB

Dokter yang memeriksa/ merawat,

(Tanda Tangan dan Nama Jelas)

Kriteria/IndikasiKeluar	CheckList (√)	Keterangan
1. Parameter hemodinamik stabil.		
2. Status respirasi stabil (tanpa ETT, jalan nafas bebas, analisa gas darah normal).		
3. Kebutuhan suplementasi oksigen minimal.		
4. Tidak lagi diberikan obat-obatan inotropik,		

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

vasodilator, anti aritmia.		
5. Disaritmia jantung terkontrol.		
6. Neurologis stabil, kejang terkontrol.		
7. Pasien Keluar Atas Permintaan Sendiri/APS).		

Medan, Tanggal _____ Pukul ____ WIB
DPJP,

(Tanda Tangan dan Nama Jelas)

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik., 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Revisi II, Jakarta
- Hatta, GR, 2013. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan ed. rev 2. Jakarta: Universitas Indonesia Press
- Kemenkes RI, 2011. Juknis Sistem Informasi Rumah Sakit, Dirjen Bina Upaya Kesehatan, Jakarta
- Kemenkes RI, Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
- Kepmenkes No. 377 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, ed 1.1, Jakarta
- Permenkes No 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan
- Permenkes No.11 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif di Rumah Sakit
- Permenkes No.47 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Jabatan Fungsional Perkam Medis dan angka kreditnya
- Permenkes RI No 1171 Tahun 2011 Tentang SIRS
- Permenkes RI No 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
- Permenkes RI No 82 Tahun 2013 Tentang SIMRS
- Permenkes RI No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis
- Permenkes RI No. 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien
- Permenkes RI No. 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis
- Undang-Undang RI No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- Undang-Undang RI No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan
- Undang-Undang RI No. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

BAB V

PRAKTIKUM PENGISIAN FORMULIR RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PADA TAHAP TINDAK LANJUT

KEGIATAN PRAKTIKUM 5

PRAKTIKUM PROSEDUR PENGISIAN FORMULIR RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PADA TAHAP TINDAK LANJUT: ASESMEN PRA BEDAH, ASESMEN PRA ANASTESI, CEKLIS KESIAPAN ANASTESI, CEKLIS KESELAMATAN PASIEN DI KAMAR BEDAH

Zulham Andi Ritonga, SKM.,MKM

I. Dasar Teori

A. Formulir Asesmen Pra Bedah

Merupakan formulir yang digunakan untuk pengkajian pasien yang memenuhi sebelum dilakukan pembedahan. Hal ini bertujuan agar mendapatkan data dan memastikan pasien telah memenuhi persiapan bedah.

B. Formulir Asesmen Pra Anastesi

Merupakan formulir yang digunakan untuk pengkajian pasien yang memenuhi sebelum dilakukan anastesi/pembiusan sebelum pembedahan. Hal ini bertujuan agar mendapatkan data dan memastikan pasien telah memenuhi persiapan anastesi.

C. Formulir Ceklis Kesiapan Anastesi

Merupakan formulir yang digunakan untuk pengkajian pasien yang memenuhi sebelum dilakukan anastesi/pembiusan sebelum pembedahan. Hal ini bertujuan agar memastikan apakah pasien siap untuk diberikan anastesi.

D. Formulir Ceklis Keselamatan Pasien di Kamar Bedah

Merupakan formulir yang digunakan untuk pengkajian pasien yang memenuhi sebelum dilakukan pembedahan. Hal ini bertujuan agar memastikan apakah pasien memenuhi kriteria keselamatan selama di kamar bedah.

II. Tujuan Praktikum

Setelah mengikuti praktikum ini, peserta diharapkan mampu mempraktekan prosedur pengisian formulir rawat inap di rumah sakit pada tahap tindak lanjut.

III. Persiapan

1. Modul perkuliahan dan buku catatan
2. Alat tulis
3. Formulir-formulir

Persiapan

Fasilitator diharapkan mengikuti petunjuk penggunaan modul praktikum pengisian formulir, sebagai berikut:

1. Mempelajari dan memahami SOP proses pelayanan pasien rawat jalan di rumah sakit.
2. Diperbolehkan memberikan pengayaan dari bahan tayangan standar yang ada dalam modul, sepanjang untuk menambah wawasan peserta dan mengikuti perkembangan peraturan, referensi, data/informasi yang relevan.
3. Sedapat mungkin untuk mengupload peraturan, buku-buku landasan teori yang dapat memudahkan peserta mempelajari materi yang akan disampaikan secara mandiri (e-Learning).

IV. Prosedur Praktikum

No	Prosedur	Keterangan
1	Petugas menerima pasien yang datang	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
2	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
3	Cek data pasien pada rekam medis dan menyerahkan nomor pada petugas filing	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien

4	Cek status pasien (umum/asuransi kesehatan) dan kelengkapan surat terkait	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
5	Lengkapi berkas pasien	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
6	Isi formulir	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
7	<i>Entry</i> data pasien ke dalam program SIRS	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
8	Menyerahkan berkas rekam medis ke tempat pelayanan yang dituju	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien

V. Hasil Praktikum

1. Video tutorial langkah tindakan dapat dilihat pada link: <https://youtu.be/ZfAQA1s9n8o>
2. Mengupload formulir rawat inap di rumah sakit pada tahap tindak lanjut: asesmen pra bedah, asesmen pra anastesi, ceklis kesiapan anastesi, ceklis keselamatan pasien di kamar bedah yang telah diisi oleh mahasiswa ke SPADA (*formulir terlampir*)
3. Mengupload Formulir penilaian perasat tindakan prosedur pengisian formulir rawat inap di rumah sakit pada tahap tindak lanjut yang telah dinilai dan diparaf oleh dosen ke SPADA

VI. Dokumentasi

1. Mengupload Foto Dokumentasi dan Redemonstrasi mahasiswa praktikum pengisian formulir rawat inap di rumah sakit pada tahap tindak lanjut ke SPADA

Rangkuman

Kebijakan yang mengatur regulasi ruang rawat inap meliputi: Permenkes RI No.290 tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. Penerimaan Pasien Baru Rawat Inap merupakan pendaftaran pasien yang baru pertama kali datang ke rumah sakit untuk mendapatkan pelayanan medis sebagai pasien rawat inap. Penerimaan Pasien Lama Rawat Inap merupakan Pendaftaran pasien yang telah pernah berobat sebelumnya di Rumah Sakit, datang kembali untuk mendapatkan pelayanan medis sebagai pasien rawat inap.

Latihan Test 1

1. Menjawab pre test
2. Demonstrasikan tindakan anamnesa dan pengisian data pada formulir rawat inap di rumah sakit pada tahap tindak lanjut: asesmen pra bedah, asesmen pra anastesi, ceklis kesiapan anastesi, ceklis keselamatan pasien di kamar bedah secara mandiri!
3. Menjawab post test

TEST 1

Gunakan format penilaian penampilan / checklist

SILAKAN ANDA MENGHUBUNGI FASILITATOR

Berikan tanda √ pada kolom ya jika melakukan dengan benar dan pada kolom tidak jika tidak melakukan/salah. Format penilaian sebagai berikut:

FORMAT PROSEDUR PRAKTIKUM
PENGISIAN FORMULIR ASESMEN PRA BEDAH / ASESMEN PRA ANASTESI / CEKLIS KESIAPAN ANASTESI / CEKLIS KESELAMATAN PASIEN DI KAMAR BEDAH

Nama Mahasiswa :

Jenis Tindakan : Pengisian Formulir Asesmen Pra Bedah/ Asesmen Pra Anastesi/ Ceklis Kesiapan Anastesi/ Ceklis Keselamatan Pasien di Kamar Bedah

NIM :

Tingkat / Program :

Tanggal :

Fasilitator :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan dan buku catatan		
2	Alat tulis		
3	Formulir: Asesmen pra bedah / Asesmen pra anastesi / Ceklis kesiapan anastesi / Ceklis keselamatan pasien di kamar bedah		
B	Tahap-Tahap Prosedur Praktikum		
	Tahap Kerja		
1	Siapkan formulir yang dibutuhkan dan alat tulis		
2	Petugas menerima pasien yang datang		
3	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat		
4	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat		
5	Cek status pasien (umum/asuransi kesehatan) dan kelengkapan surat terkait		
6	Lengkapi berkas pendaftaran / lakukan asesmen		
7	Lakukan pemberian informasi dan edukasi		
8	Isi formulir		
9	Entry data pasien ke dalam program SIRS		
10	Menyerahkan berkas rekam medis ke tempat pelayanan yang		
	Komunikasi/Penampilan		
1	Penguasaan materi		
2	Komunikasi		
3	Ekspresi		
D.	Hasil Praktikum		

SCORE:

REKOMENDASI:

Medan, April 2021

FORMAT PENILAIAN

ASPEK/DIMENSI	SKALA PENILAIAN				
	Baik	Cukup	Kurang	Sangat Kurang	SKOR
	(≥81)	(61--80)	(41-60)	(≤40)	
Penguasaan Alat dan bahan					
Kesesuaian prosedur yang dilakukan					
Kemampuan komunikasi/Penampilan					
Kesesuaian Hasil praktikum					
total skor					

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Jumlah total skore}}{4} = \dots$$

Nilai ≥ 60 : lulus praktikum

Nilai < 60 : Ulangi materi dan latihan praktikum

Tanda Tangan Mahasiswa

Tanda Tangan Dosen pengampu

()

()

LAMPIRAN

Tabel 16. Asesmen Pra Bedah

LOGO RSU RSU Imelda Pekerja Indonesia	No. R. Medis : _____ Nama : _____ Tgl. Lahir : _____	RM
	11a Revisi 03/2020	
ASESMEN PRA BEDAH		

Hari/ Tanggal:..... Pukul : WIB

Ruangan :

PENGAJIAN PRA OPERASI

Data Subjektif (Anamnese)

.....

Data Objektif (Pemeriksaan Fisik)

.....

Hasil Pemeriksaan Laboratorium dan Radiologi

.....

Diagnosa Pra Operasi

.....

Indikasi Dilakukan Operasi(apabila operasiemergensi)

.....

Rencana Tindakan

Operasi.....

.....

Tanda Tangan Dokter

Operator,

(Tanda Tangan dan Nama Jelas.)

Tabel 17. Asesmen Pra Anestesi Sedasi

LOGO RSU RSU Imelda Pekerja Indonesia	No. R. Medis : _____ Nama : _____ Tgl. Lahir : _____	RM 11b Revisi 03/2019																		
ASESMEN PRA ANESTESI DAN PRA SEDASI																				
Ruangan/Kelas : _____ Hari/Tanggal : _____ Pukul : _____ WIB																				
<p>Diisi oleh pasien</p> Nama : _____ Tanggal Lahir : _____ Jenis Kelamin : L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Menikah : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Pekerjaan : _____																				
<p>KEBIASAAN</p> Merokok : Ya, sebanyak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Kopi/teh/soda : Ya, sebanyak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Alkohol : Ya, sebanyak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Olahraga rutin : Ya, sebanyak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>																				
<p>PENGOBATAN : Sebutkan dosis atau jumlah pil per hari</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><u>Obat Resep</u></td> <td style="width: 50%;"><u>Obat bebas (Vitamin, Herbal)</u></td> </tr> <tr> <td>Penggunaan Aspirin Rutin Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> <td>Dosis dan frekuensi : _____</td> </tr> <tr> <td>Obat Anti Sakit : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> <td>Dosis dan frekuensi : _____</td> </tr> </table>			<u>Obat Resep</u>	<u>Obat bebas (Vitamin, Herbal)</u>	Penggunaan Aspirin Rutin Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Dosis dan frekuensi : _____	Obat Anti Sakit : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Dosis dan frekuensi : _____												
<u>Obat Resep</u>	<u>Obat bebas (Vitamin, Herbal)</u>																			
Penggunaan Aspirin Rutin Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Dosis dan frekuensi : _____																			
Obat Anti Sakit : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Dosis dan frekuensi : _____																			
Injeksi steroid tahun terakhir Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tanggal dan lokasi injeksi : _____ Alergi obat : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Daftar obat dan tipe reaksi : _____ Alergi lateks : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Alergi plester Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Alergi makanan : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>																				
<p>RIWAYAT KELUARGA : Apakah keluarga mendapat permasalahan seperti di bawah ini :</p> <p>Jelaskan penyakit keluarga apabila dijawab "Ya"</p> <p>Komunikasi</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Bahasa Indonesia : Ya <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perdarahan yang tidak normal : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> <td>Serangan jantung : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pembekuan darah tidak normal : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> <td>Hipertensi : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Permasalahan dalam pembiusan : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> <td>Tuberkulosis : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Operasi jantung koroner : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> <td>Penyakit berat lainnya : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diabetes : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gangguan Penglihatan/Buta : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gangguan Pendengaran/Tuli : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gangguan Bicara : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>			Bahasa Indonesia : Ya <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/>		Perdarahan yang tidak normal : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Serangan jantung : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Pembekuan darah tidak normal : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Hipertensi : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Permasalahan dalam pembiusan : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Tuberkulosis : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Operasi jantung koroner : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Penyakit berat lainnya : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Diabetes : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		Gangguan Penglihatan/Buta : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		Gangguan Pendengaran/Tuli : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		Gangguan Bicara : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	
Bahasa Indonesia : Ya <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/>																				
Perdarahan yang tidak normal : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Serangan jantung : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>																			
Pembekuan darah tidak normal : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Hipertensi : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>																			
Permasalahan dalam pembiusan : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Tuberkulosis : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>																			
Operasi jantung koroner : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Penyakit berat lainnya : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>																			
Diabetes : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>																				
Gangguan Penglihatan/Buta : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>																				
Gangguan Pendengaran/Tuli : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>																				
Gangguan Bicara : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>																				
<p>RIWAYAT PENYAKIT PASIEN : Apakah pasien pernah menderita penyakit di bawah ini?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Perdarahan yang tidak normal : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> <td>Serangan jantung/Nyeri dada : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pembekuan darah tidak normal : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> <td>Hepatitis/sakit kuning: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sakit maag : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> <td>Hipertensi : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anemia : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> <td>Sumbatan jalan nafas saat Tidur/Mengorok : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sesak napas : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> <td>Penyakit berat lainnya: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Asma : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diabetes : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pingsan : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>			Perdarahan yang tidak normal : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Serangan jantung/Nyeri dada : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Pembekuan darah tidak normal : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Hepatitis/sakit kuning: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Sakit maag : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Hipertensi : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Anemia : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Sumbatan jalan nafas saat Tidur/Mengorok : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Sesak napas : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Penyakit berat lainnya: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Asma : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		Diabetes : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		Pingsan : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>			
Perdarahan yang tidak normal : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Serangan jantung/Nyeri dada : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>																			
Pembekuan darah tidak normal : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Hepatitis/sakit kuning: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>																			
Sakit maag : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Hipertensi : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>																			
Anemia : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Sumbatan jalan nafas saat Tidur/Mengorok : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>																			
Sesak napas : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Penyakit berat lainnya: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>																			
Asma : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>																				
Diabetes : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>																				
Pingsan : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>																				
<p>Jelaskan penyakit apabila dijawab "Ya"</p> Apakah pasien pernah mendapatkan tranfusi darah ? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Bila ya, tahun berapa? _____ Apakah pasien pernah diperiksa untuk diagnosis HIV? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Bila ya, tahun berapa? _____ Hasil pemeriksaan HIV : Positif <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Apakah pasien memakai : Lensa kontak : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Kacamata Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Alat bantu dengar Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Gigi palsu Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Riwayat operasi, tahun dan jenis operasi: _____																				

Jenis anestesi yang digunakan dan sebutkan komplikasi/reaksi yang dialami:

- Anestesia lokal - komplikasi/reaksi :
- Anestesia regional - komplikasi/reaksi :
- Anestesia umum - komplikasi/reaksi :

Tanggal terakhir kali periksa kesehatan ke dokter : _____

di _____ Untuk penyakit gangguan _____

KHUSUS PASIEN PEREMPUAN :

Jumlah kehamilan : Jumlah anak : Menstruasi terakhir :

Menyusui : Ya Tidak

Diisi oleh Dokter

Halaman 1/2

KAJIAN SISTEM

Hilangnya gigi :	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Sakit dada:	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
Masalah mobilisasi leher.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Denyut jantung tidak normal	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
Leher pendek:	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Muntah:	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
Batuk	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Susah kencing:	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
Sesak nafas	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Kejang:	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
Baru saja menderita infeksi saluran nafas atas	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Sedang hamil:	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
Periode menstruasi tidak normal :	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Pingsan	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
Stroke	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Obesitas	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>

Keterangan :

KEADAAN UMUM

Kesadaran: ___ Visus: ___ Faring: ___ Gigi palsu: ___

Keterangan :

PEMERIKSAAN FISIK

Tinggi : _____ Berat Badan : _____ TD : _____ Nadi : _____ Suhu : _____

Paru-paru :

Jantung :

Abdomen :

Ekstrimitas :

Neurologi (bila dapat diperiksa)

Keterangan :

LABORATORIUM (apabila tersedia)

Hb/Ht : _____

PT/APTT : _____

Tes kehamilan : _____

Kalium : _____

Ureum. : _____

Lain-lain : _____

Rontgen dada : _____

EKG : _____

Na/Cl : _____

CO2 : _____

Kreatinin : _____

Keterangan :

DIAGNOSIS:

Klasifikasi berdasarkan ASA

1. ASA 1 Pasien normal yang sehat
2. ASA 2 Pasien dengan penyakit sistemik ringan
3. ASA 3 Pasien dengan penyakit sistemik berat
4. ASA 4 Pasien dengan penyakit sistemik berat yang mengancam nyawa

REKOMENDASI TINDAKAN ANESTESI YANG DIPILIH

Anestesi Umum Intravena Sungkup Muka Laringeal Mask Airway Pipa Endotrakeal Tube

Regional Anestesi Spinal Anestesi Blok Epidural Kombinasi Spinal Epidural Peripheral Nerve Block

Anestesi Umum + Regional Anestesi

Puasa mulai : Pukul _____ Tanggal _____

Rencana tiba di OK : Pukul _____ Tanggal _____

Rencana operasi : Pukul _____ Tanggal _____

Dokter Anestesi,

(Tanda Tangan & Nama Jelas)

Tabel 18. Ceklist Kesiapan Anestesi

LOGO RSU RSU Imelda Pekerja Indonesia	No. R. Medis : _____ Nama : _____ _____ Ruangan : _____	RM
		56
CEK LIST KESIAPAN ANESTESI		
Diagnosa : _____	Jenis Operasi : _____	
Teknik Anestesi : _____	Tanggal Tindakan : _____	

Listrik

- Mesin anestesia terhubung dengan sumber listrik, indikator (+) menyala.
- Layar pemantauan terhubung dengan sumber listrik, indikator (+).
- Syringe pump terhubung dengan sumber listrik, indikator (+).
- Defibrilator terhubung dengan sumber listrik, indikator (+).

Gas Medis

- Selang oksigen terhubung antara sumber gas dengan mesin anestesia.
- Flow meter O₂ di mesin anestesia berfungsi, aliran gas keluar dari mesin dapat dirasakan.
- Compressed air* terhubung antara sumber gas dengan mesin anestesia.
- Flow meter* “Air” di mesin anestesia berfungsi, aliran gas keluar mesin dapat dirasakan.
- N₂O terhubung antara sumber gas dengan mesin anestesia.
- Flow meter* N₂O di mesin anestesia berfungsi, aliran gas keluar mesin dapat dirasakan.

Mesin Anestesi

- Power ON*
- Self calibration : DONE*
- Tidak ada kebocoran sirkuit nafas
- Zat volatil terisi
- Absorber CO₂ dalam kondisi baik

Manajemen Jalan Nafas

- Sungkup muka dalam ukuran yang benar.
- Oropharygeal airway* (Guedel) dalam ukuran yang benar.
- Batang laringoskop berisi baterai.
- Bilah laringoskop dalam ukuran yang benar
- Gagang dan bilah laringoskop berfungsi baik.
- ETT atau LMA dalam ukuran yang benar, tidak bocor.
- Stilet (introduser)
- Semprit untuk mengembangkan *cuff*.
- Forceps* Magill

Pemantauan

- Kabel EKG terhubung dengan layar pemantau.
- Elektroda EKG dalam jumlah dan ukuran sesuai.
- NIBP terhubung dengan layar pantau, ukuran manset sesuai.
- SpO₂ terhubung dengan layar pantau, berfungsi baik.
- Kapnografi terhubung dengan layar pantau, berfungsi baik.
- Pemantau suhu terhubung dengan layar pantau.

Lain-lain

- Stetoskop tersedia.
- Suction* berfungsi baik.
- Selang *suction* terhubung, kateter *suction* dalam ukuran yang benar.
- Plester untuk fiksasi.
- Blanket roll/ hemotherm/ radiant heater* terhubung sumber listrik, berfungsi baik.
- Blanket roll* dilapisi alas.
- Lidocaine spray/ jelly*.
- Defibrillator jelly*.

Obat-obat

- Epinefrin
- Atropin
- Sedatif (midazolam/ propofol/ etomidat/ ketamin/ tiopental)
- Opiat/ opioid
- Pelumpuh otot
- Antibiotika
- Lain-lain

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

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

Pemeriksa

Perawat Anestesi : Tanda Tangan.....

Dokter Anestesi :Tanda Tangan.....

Tabel 19. Ceklist Keselamatan Pasien di Kamar Bedah

<p>LOGO RSU</p> <p style="text-align: center;">CEK LIST KESELAMATAN PASIEN DI KAMAR BEDAH</p> <p>RSU Imelda Pekerja Indonesia</p> <p>Tanggal masuk :</p>	<p>No. R. Medis : _____</p> <p>Nama : _____</p> <p>Tgl. Lahir : _____</p>	RM
		54
		Revisi 02/2020



Dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi	Dilakukan oleh perawat, dokter bedah dan dokter anestesi	Dilakukan oleh perawat, dokter bedah, dan dokter anestesi
Apakah pasien sudah di pastikan : <input type="checkbox"/> Identitas Pasien <input type="checkbox"/> Sisi Operasi <input type="checkbox"/> Posedur Operasi <input type="checkbox"/> Kelengkapan Informed Consent	<input type="checkbox"/> Pastikan semua tim memperkenalkan nama dan perannya Operator : Anestesi : Asisten : Instrumen : Perawat anestesi : Bidan : Sirkuler :	Perawat melakukan konfirmasi verbal dengan tim: 1. Nama prosedur operasi yang dilakukan (.....) 2. Kebenaran jumlah kasa dan nald, doek steril (kasa.....), (nald.....), doek steril.....) 3. Apakah pasien telah diberi label <input type="checkbox"/> Ya, <input type="checkbox"/> Tidak ada spesimen
Apakah sisi telah diberi tanda (jika diperlukan) Ada <input type="checkbox"/> , Tidak ada <input type="checkbox"/> , Tidak diperlukan <input type="checkbox"/>	Dokter bedah, anestesi dan perawat konfirmasi secara verbal mengenai : Nama pasien <input type="checkbox"/> Sisi <input type="checkbox"/> Prosedur <input type="checkbox"/>	
Apakah mesin anestesi sudah berfungsi dengan baik : Ya <input type="checkbox"/> , Tidak <input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;"><i>ANTISIPASI KEADAAN KRITIS</i></p> <p><u>Dr. Bedah</u></p> 1. Apakah ada langkah prosedur diluar kebiasaan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak 2. Berapa lama kemungkinan operasi akan berlangsung .....jam/menit	Konfirmasi keruangan pasca bedah Sudah <input type="checkbox"/> Belum <input type="checkbox"/>
Apakah obat-obatan telah siap dan cukup : Ya <input type="checkbox"/> , Tidak <input type="checkbox"/>		

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

<p>Apakah oximetri telah dipasang pada pasien dan berfungsi dengan baik ? Ya (), Tidak () Adakah alergi pada pasien: Ya (), Tidak () Adakah masalah pernafasan atau resiko terjadinya aspirasi : Ya (), Tidak () Apakah sudah dipersiapkan darah untuk transfusi jika terjadi pendarahan: Ya (), Tidak ()</p>	<p>3. Berapa banyak kemungkinan kehilangan darah .....cc Tim Anestesi Apakah ada keadaan pasien yang perlu diperhatikan secara khusus Ada () , Tidak () Tim Perawat: 1. Apakah instrumen telah dipersiapkan dan steril ()Ya () Tidak () 2. Apakah implan yang diperlukan sudah disterilkan () Sudah () Tdak memakai implan 3. Apakah masalah yang perlu diperhatikan dalam penyediaan instrumen ? () Ya, () Tidak 4. Penyediaan jumlah kasa , nald, doek steril (kasa.....), (nald.....), (doek steril.....) Apakah antibiotik profilaksis sudah diberikan: () Ya () Tidak Apakah hasil imaging sudah terpasang ? () Ya () Tidak Waktu mulai operasi : Yang memeriksa, Pukul : (.....)</p>	<p>ICU () Ruangan () Perinatologi () Waktu Verifikasi : Pukul : Ahli bedah Ahli anestesi Perawat (dr.....) (dr.....) (.....) Keterangan : Kendala dalam pelaksanaan</p>
<p>Apakah implan sudah tersedia dan lengkap (jika diperlukan) Ada (), Tidak ada (), Tidak memakai () Pukul : Ahli Anestesi Yang memeriksa (dr.....) (.....)</p>	<p>Proses dilaksanakan () Dengan Tepat () Kurang Tepat</p>	

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik., 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Revisi II, Jakarta
- Hatta, GR, 2013. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan ed. rev 2. Jakarta: Universitas Indonesia Press
- Kemenkes RI, 2011. Juknis Sistem Informasi Rumah Sakit, Dirjen Bina Upaya Kesehatan, Jakarta
- Kemenkes RI, Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
- Kepmenkes No. 377 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, ed 1.1, Jakarta
- Permenkes No 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan
- Permenkes No.11 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif di Rumah Sakit
- Permenkes No.47 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Jabatan Fungsional Perkam Medis dan angka kreditnya
- Permenkes RI No 1171 Tahun 2011 Tentang SIRS
- Permenkes RI No 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
- Permenkes RI No 82 Tahun 2013 Tentang SIMRS
- Permenkes RI No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis
- Permenkes RI No. 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien
- Permenkes RI No. 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis
- Undang-Undang RI No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- Undang-Undang RI No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan
- Undang-Undang RI No. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

BAB VI
PRAKTIKUM PENGISIAN FORMULIR DI EMERGENCY RUMAH
SAKIT PADA BAGIAN ADMISI

KEGIATAN PRAKTIKUM 6
PRAKTIKUM PROSEDUR PENGISIAN FORMULIR DI EMERGENCY
RUMAH SAKIT PADA BAGIAN ADMISI: PENDAFTARAN, ASESMEN
IGD ANAK

Zulham Andi Ritonga, SKM.,MKM

I. Dasar Teori

A. Pendaftaran Pasien Emergency

Merupakan formulir yang digunakan untuk mendata pasien yang masuk emergency. Hal ini bertujuan agar pasien yang masuk mendapatkan data dan keluhan pasien untuk mendapat penanganan di ruang emergency rumah sakit.

B. Formulir Asesmen IGD Anak

Merupakan formulir yang digunakan untuk mendata pasien yang masuk ruang IGD anak. Hal ini bertujuan agar pasien yang masuk mendapatkan data dan keluhan pasien untuk mendapat penanganan di ruang ruang IGD anak rumah sakit.

II. Tujuan Praktikum

Setelah mengikuti praktikum ini, peserta diharapkan mampu mempraktekan prosedur pengisian formulir rawat inap di rumah sakit pada bagian admisi.

III. Persiapan

1. Modul perkuliahan dan buku catatan
2. Alat tulis
3. Formulir-formulir

Persiapan Fasilitator

Fasilitator diharapkan mengikuti petunjuk penggunaan modul praktikum pengisian formulir, sebagai berikut:

1. Mempelajari dan memahami SOP proses pelayanan pasien rawat jalan di rumah sakit.
2. Diperbolehkan memberikan pengayaan dari bahan tayangan standar yang ada dalam modul, sepanjang untuk menambah wawasan peserta dan mengikuti perkembangan peraturan, referensi, data/informasi yang relevan.
3. Sedapat mungkin untuk mengupload peraturan, buku-buku landasan teori yang dapat memudahkan peserta mempelajari materi yang akan disampaikan secara mandiri (e-Learning).

IV. Prosedur Praktikum

No	Prosedur	Keterangan
1	Petugas menerima pasien yang datang	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
2	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
3	Cek data pasien pada rekam medis dan menyerahkan nomor pada petugas filing	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
4	Cek status pasien (umum/asurani kesehatan) dan kelengkapan surat terkait	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
5	Lengkapi berkas pendaftaran	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
6	Isi formulir	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
7	<i>Entry</i> data pasien ke dalam program SIRS	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
8	Menyerahkan berkas rekam medis ke tempat pelayanan yang dituju	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien

V. Hasil Praktikum

1. Video tutorial langkah tindakan dapat dilihat pada link: <https://youtu.be/ZfAQA1s9n8o>
2. Mengupload formulir di emergency rumah sakit pada bagian admisi: pendaftaran, asesmen IGD anak yang telah diisi oleh mahasiswa ke SPADA (*formulir terlampir*)
3. Mengupload Formulir penilaian perasat tindakan prosedur pengisian setiap formulir di emergency rumah sakit pada bagian admisi yang telah dinilai dan diparaf oleh dosen ke SPADA

VI. Dokumentasi

1. Mengupload Foto Dokumentasi dan Redemonstrasi mahasiswa praktikum pengisian formulir di emergency rumah sakit pada bagian admisi ke SPADA

Rangkuman

SOP yang perlu diperhatikan pada perawatan pasien di IGD dimulai dari formulir skrining, assesmen dewasa/anak, pemeriksaan diagnostik, dan pemberian edukasi. Setiap formulir terdiri dari bagian *heading* dan isi formulir. Tindak lanjut pasien dapat dilakukan transfer internal atau rujukan.

Latihan Test 1

1. Menjawab pre test
2. Demonstrasikan tindakan anamnesa dan pengisian data pada formulir di emergency rumah sakit pada bagian admisi: pendaftaran dan asesmen IGD anak secara mandiri!
3. Menjawab post test

TEST 1

Gunakan format penilaian penampilan / checklist

SILAKAN ANDA MENGHUBUNGI FASILITATOR

Berikan tanda ✓ pada kolom ya jika melakukan dengan benar dan pada kolom tidak jika tidak melakukan/salah. Format penilaian sebagai berikut:

**FORMAT PROSEDUR PRAKTIKUM
PENGISIAN REGISTRASI PASIEN EMERGENCY / PENDAFTARAN
PASIEN EMERGENCY/ ASESMEN IGD ANAK**

Nama Mahasiswa :

Jenis Tindakan : Pengisian Registrasi Pasien Emergency/ Pendaftaran
Pasien Emergency/ Asesmen IGD Anak

NIM :

Tingkat / Program :

Tanggal :

Fasilitator :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan dan buku catatan		
2	Alat tulis		
3	Formulir: registrasi pasien emergency / pendaftaran pasien emergency / asesmen IGD anak		
B	Tahap-Tahap Prosedur Praktikum		
	Tahap Kerja		
1	Siapkan formulir yang dibutuhkan dan alat tulis		
2	Petugas menerima pasien yang datang		
3	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat		
4	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat		
5	Cek status pasien (umum/asuransi kesehatan) dan kelengkapan surat terkait		
6	Lengkapi berkas pendaftaran / lakukan asesmen		
7	Lakukan pemberian informasi dan edukasi		
8	Isi formulir		
9	Entry data pasien ke dalam program SIRS		
10	Menyerahkan berkas rekam medis ke tempat pelayanan yang		
C	Komunikasi/Penampilan		
1	Penguasaan materi		
2	Komunikasi		
3	Ekspresi		
D.	Hasil Praktikum		

SCORE:

REKOMENDASI:

Medan, April 2021

FORMAT PENILAIAN

ASPEK/DIMENSI	SKALA PENILAIAN				
	Baik	Cukup	Kurang	Sangat Kurang	SKOR
	(≥81)	(61--80)	(41-60)	(≤40)	
Penguasaan Alat dan bahan					
Kesesuaian prosedur yang dilakukan					
Kemampuan komunikasi/Penampilan					
Kesesuaian Hasil praktikum					
total skor					

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Jumlah total skor}}{4} = \dots$$

Nilai ≥ 60 : lulus praktikum

Nilai < 60 : Ulangi materi dan latihan praktikum

Tanda Tangan Mahasiswa

Tanda Tangan Dosen pengampu

()

()

LAMPIRAN

Tabel 20. Pendaftaran Pasien *Emergency*

RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA	PENERIMAAN PASIEN EMERGENCY		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
LOGO RSU	.....SPO.ARK.2019	01	1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal Terbit Tgl/bln/tahun	Ditetapkan oleh, Direktur RSU Imelda Pekerja Indonesia Stempel, Nama dan TTD Direktur	
PENGERTIAN	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien emergency adalah pasien yang mengalami sakit dan cedera yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya dan harus mendapat penanganan sesegera mungkin. - Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) dimulai saat pasien tiba di IGD hingga pasien pulang rawat jalan, dirawat inap (transfer internal) atau dirujuk ke rumah sakit lain (transfer eksternal) 		
TUJUAN	Sebagai acuan dalam menerima pasien baru maupun pasien lama yang memerlukan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat.		
KEBIJAKAN	SK Direktur No:...../SK-DIR/RSU-IPI/ARK/III/2019 tentang Kebijakan TRIASE di RSU Imelda Pekerja Indonesia;		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diterima oleh petugas IGD dan segera melakukan proses triase sesuai SPO Triase. 2. Keluarga pasien mendaftarkan pasien di Bagian Pendaftaran. 3. Petugas pendaftaran mempersiapkan berkas rekam medis pasien emergency antara lain formulir : Triase, Asesmen IGD, Pemeriksaan Diagnostik, SPO, Formulir Transfer Pasien (Internal), Formulir Persetujuan Tindakan dan Formulir Informasi dan Edukasi. 4. Dokter IGD melengkapi rekam medis pasien berdasarkan pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan di IGD seperti pengukuran tanda-tanda vital, pemasangan infus dan tindakan emergensi lainnya, pemberian obat-obatan termasuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan diagnostik yang dilakukan. 5. Dokter IGD menghubungi Dokter Spesialis apabila diperlukan. Komunikasi lewat telepon didokumentasikan dalam Komunikasi Lewat Telepon pada Formulir CPPT. 6. Apabila kondisi pasien membaik setelah penanganan di IGD dan tidak memerlukan perawatan lanjutan, Dokter mengizinkan pasien pulang. 7. Apabila pasien diharuskan untuk rawat inap (opname), Perawat IGD segera menghubungi perawat ruangan untuk konfirmasi ruangan (kamar) sesuai dengan dengan type kelas dan ruangan yang telah ditentukan. 8. Setelah berkas rekam medis lengkap dan hasil pemeriksaan diagnostik ada, perawat IGD mengantar pasien ke ruangan rawat inap. Perawat IGD melakukan serah terima pasien (<i>hand over</i>) 		

	<p>kepada perawat ruangan sesuai dengan SPO Transfer Pasien Internal.</p> <p>9. Apabila pasien memerlukan penanganan lebih lanjut tetapi SDM dan Fasilitas yang dibutuhkan tidak tersedia, pasien dianjurkan untuk dirujuk ke rumah sakit lain.</p> <p>10. Penjelasan yang diberikan Dokter tentang kondisi pasien dan rencana tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien didokumentasikan dalam Formulir Informasi dan Edukasi.</p>
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagian Pendaftaran 2. Instalasi Gawat Darurat (IGD) 3. Ruang Rawat Inap

Tabel 21. SPO Pendaftaran Pasien *Emergency*

RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA	PENERIMAAN PASIEN EMERGENCY		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
LOGO RSU	.....SPO.ARK.2019	01	1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal Terbit Tgl/bln/tahun	Ditetapkan oleh, Direktur RSU Imelda Pekerja Indonesia Stempel, Nama dan TTD Direktur	
PENGERTIAN	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien emergency adalah pasien yang mengalami sakit dan cedera yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya dan harus mendapat penanganan sesegera mungkin. - Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) dimulai saat pasien tiba di IGD hingga pasien pulang rawat jalan, dirawat inap (transfer internal) atau dirujuk ke rumah sakit lain (transfer eksternal) 		
TUJUAN	Sebagai acuan dalam menerima pasien baru maupun pasien lama yang memerlukan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat.		
KEBIJAKAN	SK Direktur No:...../SK-DIR/RSU-IPI/ARK/III/2019 tentang Kebijakan TRIASE di RSU Imelda Pekerja Indonesia;		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diterima oleh petugas IGD dan segera melakukan proses triase sesuai SPO Triase. 2. Keluarga pasien mendaftarkan pasien di Bagian Pendaftaran. 3. Petugas pendaftaran mempersiapkan berkas rekam medis pasien emergency antara lain formulir : Triase, Asesmen IGD, Pemeriksaan Diagnostik, SPO, Formulir Transfer Pasien (Internal), Formulir Persetujuan Tindakan dan Formulir Informasi dan Edukasi. 4. Dokter IGD melengkapi rekam medis pasien berdasarkan pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan di IGD seperti pengukuran tanda-tanda vital, pemasangan infus dan tindakan emergensi lainnya, pemberian obat-obatan termasuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan diagnostik yang dilakukan. 5. Dokter IGD menghubungi Dokter Spesialis apabila diperlukan. 		

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

	<p>Komunikasi lewat telepon didokumentasikan dalam Komunikasi Lewat Telepon pada Formulir CPPT.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Apabila kondisi pasien membaik setelah penanganan di IGD dan tidak memerlukan perawatan lanjutan, Dokter mengizinkan pasien pulang. 7. Apabila pasien diharuskan untuk rawat inap (opname), Perawat IGD segera menghubungi perawat ruangan untuk konfirmasi ruangan (kamar) sesuai dengan dengan type kelas dan ruangan yang telah ditentukan. 8. Setelah berkas rekam medis lengkap dan hasil pemeriksaan diagnostik ada, perawat IGD mengantar pasien ke ruangan rawat inap. Perawat IGD melakukan serah terima pasien (<i>hand over</i>) kepada perawat ruangan sesuai dengan SPO Transfer Pasien Internal. 9. Apabila pasien memerlukan penanganan lebih lanjut tetapi SDM dan Fasilitas yang dibutuhkan tidak tersedia, pasien dianjurkan untuk dirujuk ke rumah sakit lain. 10. Penjelasan yang diberikan Dokter tentang kondisi pasien dan rencana tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien didokumentasikan dalam Formulir Informasi dan Edukasi.
<p>UNIT TERKAIT</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Bagian Pendaftaran 5. Instalasi Gawat Darurat (IGD) 6. Ruang Rawat Inap

Tabel 22. Asesmen IGD Anak

LOGO RSU RSU Imelda Pekerja Indonesia	_____ No. R. Medis :	RM
	_____ Nama :	
	_____ Tgl. Lahir :	06-c Revisi 05/2020
ASESMEN IGD ANAK		

<ul style="list-style-type: none"> • Bahasa sehari-hari yang diinginkan : <input type="checkbox"/> Bahasa Indonesia <input type="checkbox"/> Dialek lain/ bahasa lainnya • Agama : <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Katolik <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Kong Hu Cu • Suku :
--

ASESMEN KEPERAWATAN

Mulai Asesmen Hari/Tanggal : _____ Pukul : _____ WIB

<p>A. Keluhan</p>
<p>Alergi : Obat : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, sebutkan..... Bukan Obat : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, sebutkan.....</p>
<p>B. Riwayat Pasien Apakah ada riwayat penyakit dalam keluarga ? (ayah/ibu/saudara kandung/kakek/nenek), seperti: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Kanker <input type="checkbox"/> Thalasemia <input type="checkbox"/> Tidak ada riwayat penyakit keluarga <input type="checkbox"/> Lain-lain.....</p>
<p>C. Riwayat Psikososial Status Psikologi : <input type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Takut <input type="checkbox"/> Marah <input type="checkbox"/> Sedih <input type="checkbox"/> Kecenderungan bunuh diri <input type="checkbox"/> Lain-lain, sebutkan..... Status Mental : <input type="checkbox"/> Sadar dan orientasi baik <input type="checkbox"/> Ada masalah perilaku, sebutkan <input type="checkbox"/> Perilaku kekerasan yang dialami pasien sebelumnya Status Sosial : a. Hubungan pasien dengan anggota keluarga <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Tidak Baik b. Tempat tinggal: Rumah / Apartemen / Panti / Lainnya Status Ekonomi : <input type="checkbox"/> Tidak bekerja <input type="checkbox"/> PNS/BUMN <input type="checkbox"/> Pegawai swasta <input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> IRT <input type="checkbox"/> Mahasiswa <input type="checkbox"/> Lainnya..... Status Spiritual yang perlu diperhatikan dalam keluarga : a. Agama : b. Kebiasaan menjalankan ibadah : <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak teratur Status nilai budaya yang perlu diketahui tenaga kesehatan :</p>

D. Pemeriksaan Fisik

Tanda Vital

Tekanan Darah : mmHg Pernapasan : x/menit Nadi : x/menit.
 Suhu : °C Kesadaran terganggu : Ya Tidak

Kepala

- a. Pendengaran Normal Tidak normal, Sebutkan
- b. Penglihatan Normal Tidak normal, Tidak normal, Sebutkan
- c. Hidung Normal Tidak normal
- d. Gigi palsu Ya, gigi atas/gigi bawah Tidak

Gastrointestinal

- a. Keluhan perubahan nafsu makan Tidak ada Ada, Sebutkan
- b. Pembatasan makanan, sebutkan
- c. Penurunan berat badan dalam waktu 3 bulan terakhir Ya Tidak
- d. Mual Ya Tidak
- e. Muntah Ya Tidak

Eliminasi

- a. Defekasi Normal Tidak Normal, sebutkan
- b. Miksi Normal Tidak Normal, sebutkan

Anus

Hemoroid Tidak ada Ada

Genitalia

- Perdarahan Tidak ada Ada, sebutkan
- a. Pengeluaran Lochea Rubra Sanguilenta Serosa
- b. Luka Episiotomi Kemerahan Edema Bernanah Bernanah

Integumen

- a. Warna kulit : Normal Pucat Kuning Lain-lain
- b. Luka : Tidak ada Ada

Muskuloskeletal

Kelainan tulang Tidak ada Ada, sebutkan.....

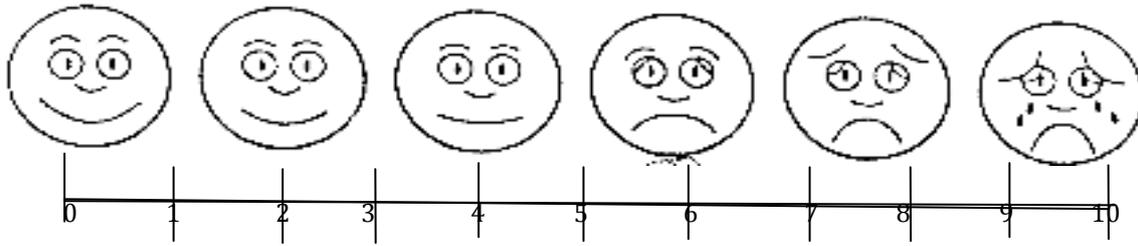
E. Skrining Nyeri

Apakah pasien mengalami nyeri ? Ya Tidak

⇒ Usia 0 – 6 bulan menggunakan Skala Nyeri Menangis (Cries Pain Scale)

(Instruksi : Perawat menilai intensitas nyeri dengan mengobservasi neonatus terhadap reaksi menangis, kebutuhan O2, peningkatan tanda vital, ekspresi wajah dan tidur)

KATEGORI	SKOR
Menangis 0 : Tidak menangis atau menangis dengan nada tinggi (melengking) 1 : Menangis dengan nada tinggi namun bayi mudah ditenangkan 2 : Menangis dengan nada tinggi tetapi bayi tidak dapat ditenangkan	
Kebutuhan O2 untuk SaO2 < 95% 0 : Tidak memerlukan oksigen 1 : Oksigen yang diperlukan < 30% 2 : Oksigen yang diperlukan > 30%	
Peningkatan tanda-tanda vital (TD dan HR) 0 : Nadi atau tekanan darah tidak berubah atau dibawah nilai normal 1 : Nadi atau tekanan darah meningkat tetapi masih dibawah < 20% nilai dasar 2 : Nadi atau tekanan darah meningkat diatas > 20% nilai dasar	
Ekspresi Wajah 0 : Tidak ada ekspresi wajah meringis 1 : Wajah meringis 2 : Wajah meringis, menangis tanpa bersuara	



Keterangan :

0 : Tidak nyeri

1 - 3 : Nyeri Ringan

4 - 6 : Nyeri Sedang

7 - 10 : Nyeri Berat

F. Skrining Resiko Jatuh Pediatri (Anak) (Penilaian Skala Resiko Jatuh Humpty Dumpty)

PARAMETER	KRITERIA	SKOR	
	< 3	4	
	3 - 7 tahun	3	
	8 - 13 tahun	2	
	>13 tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki-laki	2	
	Perempuan	1	
Diagnosis	Gangguan Neurologis	4	
	Perubahan dalam oksigenasi (masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop, sakit kepala, dll)	3	
	Kelainan Psikis/Perilaku	2	
	Diagnosis Lain	1	
Gangguan Kognitif	Tidak sadar terhadap keterbatasan	3	
	Lupa keterbatasan	2	
	Mengetahui kemampuan diri	1	
Faktor Lingkungan	Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi/anak	4	
	Pasien menggunakan alat bantu atau box /perabotan rumah	3	
	Pasien berada di tempat tidur	2	
	Pasien berada diluar ruang rawat	1	
Respon terhadap tindakan pembedahan/obat penenang/ Anestesi	Dalam 24 jam	3	
	Dalam 48 jam	2	
	> 48 jam	1	
Penggunaan Obat	Penggunaan obat : Sedatif (kecuali pasien ICU, yang menggunakan sedasi dan paralisis), Hipnotik, Barbiturate, Fenotialin, Anti Depresan, Laksatif, Diuretika, Narkotik)	3	
	Penggunaan salah satu obat diatas	2	
	Penggunaan obat lain	1	
	TOTAL		

Catatan : Skor 7-11 : Resiko Jatuh Rendah, Skor \geq 12 Resiko Jatuh Tinggi

G. Skrining Resiko Nutrisional

Langkah 1	Apakah IMT anak berada di bawah nilai cut-off tabel IMT rujukan yang terdapat dibawa ?	Tidak	0		
		Ya	2		
Langkah 2	Apakah anak mengalami penurunan BB akhir-akhir ini?	Tidak	0		
		Ya 1. Penurunan BB tidak disengaja 2. Baju menjadi lebih longgar 3. Kenaikan BB tidak signifikan (jika < 2 tahun)	1		
Langkah 3	Apakah anak mengalami penurunan intake makanan (termasuk ASI dan susu formula) setidaknya 1 minggu terakhir?	Tidak, intake seperti biasa	0		
		Ya, terjadi penurunan intake setidaknya selama 1 minggu terakhir	1		
		Ya, tidak ada intake (atau hanya beberapa sendok/hisapan ASI / susu formula) setidaknya selama 1 minggu terakhir	2		
Langkah 4	Apakah status gizi anak akan dipengaruhi oleh penyakit/kondisi kesehatan setidaknya untuk 1 minggu ke depan?	Tidak	0		
		Ya: 1. Penurunan intake, dan atau 2. Peningkatan kebutuhan, dan atau 3. Peningkatan kehilangan	1		
		Ya, tidak ada intake (atau hanya beberapa sendok / hisapan ASI / susu formula)	2		
Langkah 5	Hitung skor total (total langkah 1-4)	Total Skor PYMS			
Kesimpulan:					
1. Skor < 2 : tidak berisiko malnutrisi ⇒ Lakukan Skrining ulang sebulan kemudian ○					
2. Skor ≥ 2 : berisiko malnutrisi ⇒ Konsultasi Gizi (Ahli Gizi) ○					

H. Asesmen Kebutuhan Fungsional

a. Neurosensorik

- Pendengaran Normal Kurang pendengaran (ka/ki) Gangguan pendengaran
- Lainnya.....
- Penglihatan Normal Kacamata Lensa kontak Lain-lain.....
- Bicara Normal Pelo Aphasia Kelainan bicara Tidak komunikatif

i. Pola toleransi koping stres

- Koping terhadap sakitnya Takut/kuatir Cemas Menerima
- Penyelesaian bila ada masalah Sendiri Minta bantuan orang terdekat
- Orang yang dekat dengan pasien : Istri/ suami Ayah Ibu Anak Lain-lain, sebutkan.....

j. Pola hubungan dan peran

- Hubungan dengan orang lain selama dirawat Terganggu Tidak terganggu
- Peran di dalam keluarga sebagai Ayah Ibu Anak Lain-lain
- Perannya selama sakit Tidak dapat dilakukan Minimal Digantikan orang lain

k. Pola nilai dan kepercayaan yang perlu diperhatikan dalam keluarga

- Kebiasaan menjalankan ibadah : Teratur Tidak teratur
- Nilai/ kepercayaan/ budaya yang perlu diketahui tenaga kesehatan :.....
- Pantangan makanan/minuman berkaitan dengan kepercayaan.....

Antropometri :

BB :.....kg TB :.....cm IMT :.....

Tanda-tanda klinis Pucat Kulit kering Membran mukosa kering Conjunctiva anemia

Riwayat nutrisi Anoreksia Mual Muntah

Porsi makan Cukup Kurang

Diet Nasi Bubur kasar Bubur saring Sonde Puasa

Jenis diet DM DH RGRP Lain-

lain.....Kalori..... Jumlah minumml/ hari. Makanan yang disukai

f. Pola Eliminasi

1	Apakah pasien memerlukan tindakan beresiko (HD, Kemo, Transfusi)		
2	Apakah pasien mengidap penyakit menular?		
3	Apakah pasien memiliki resiko mengalami kekerasan fisik sebelum masuk RS (kekerasan rumah tangga, kekerasan pada anak, pemerkosaan dan ditelantarkan)		
4	Apakah pasien memiliki ketergantungan pada alat bantu hidup?		
5	Apakah pasien kurang orientasi ?		
6	Apakah pasien tidak ada penjaga atau pendamping?		

J. Proses Keperawatan

No	Tanggal	Masalah Keperawatan	Evaluasi
			Teratasi (T) Teratasi sebahagian (TS), Tidak teratasi (TT)
1		Bersihan jalan nafas tidak efektif	
2		Risiko / aktual gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit	
3		Risiko / aktual perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	
4		Risiko / aktual infeksi	
5		Risiko gangguan perfusi jaringan	
6		Gangguan rasa nyaman : nyeri	
7		Risiko / aktual gangguan integritas kulit	
8		Kurang pengetahuan orangtua	
9		Cemas	
10		Risiko / aktual gangguan eliminasi : BAK / BAB	

K. Rencana Keperawatan

.....

L. Observasi Khusus

	Observasi							
Waktu								
Tekanan Darah (TD)								
Nadi (N)								
Respiratory Rate (RR)								
Temperatur								
Intake Cairan/ Infus								
NGT/Minum								
Muntah								
BAK								
BAB								
Catatan Penting								

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

Selesai Asesmen Hari/Tanggal : _____ Pukul : _____ WIB

(Tanda Tangan & Nama Jelas)

ASESMEN MEDIS

Mulai Asesmen Hari/Tanggal Tanggal : _____ Pukul: _____ WIB

A. Anamnesa (Auto-Anamnesa / Allo-Anamnesa)

Riwayat Penyakit : <input type="checkbox"/> Diabetes Melitus <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Hipotiroid <input type="checkbox"/> Lain Lain :	Penggunaan obat sebelum admisi : <input type="checkbox"/> Ya,..... <input type="checkbox"/> Tidak ada Riwayat Perawatan / Pengobatan sebelumnya :	Reaksi Alergi : <input type="checkbox"/> Tidak ada alergi <input type="checkbox"/> Alergi Obat : Alergi Makanan : <input type="checkbox"/> Tidak Diketahui
--	--	--

REKONSILIASI OBAT

Obat yang sedang dimakan pasien saat ini :

NO	NAMA OBAT	Dosis	Frekuensi	Cara Pemberian	Tindak lanjut oleh DPJP	Perubahan Aturan Pakai
1					<input type="checkbox"/> Lanjut aturan pakai sama <input type="checkbox"/> Lanjut aturan pakai berubah <input type="checkbox"/> Stop	
2					<input type="checkbox"/> Lanjut aturan pakai sama <input type="checkbox"/> Lanjut aturan pakai berubah <input type="checkbox"/> Stop	
3					<input type="checkbox"/> Lanjut aturan pakai sama <input type="checkbox"/> Lanjut aturan pakai berubah <input type="checkbox"/> Stop	
4					<input type="checkbox"/> Lanjut aturan pakai sama <input type="checkbox"/> Lanjut aturan pakai berubah <input type="checkbox"/> Stop	

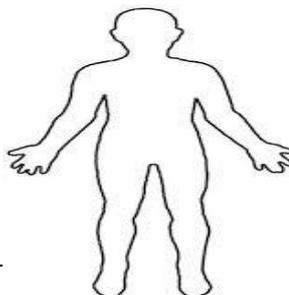
B. Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Umum

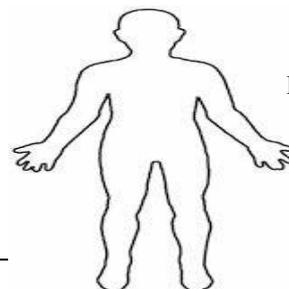
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sensorium :
<input type="checkbox"/> Tekanan Darah : mmHg
<input type="checkbox"/> Nadi : x/i
<input type="checkbox"/> Nafas : x/i
<input type="checkbox"/> Suhu : °C | <input type="checkbox"/> Anemis : +/-
<input type="checkbox"/> Ikterik : +/-
<input type="checkbox"/> Dyspnoe : +/-
<input type="checkbox"/> Oedem : +/- | <input type="checkbox"/> Berat Badan : kg
<input type="checkbox"/> Tinggi Badan : cm |
|--|---|---|

2. Pemeriksaan Khusus

DEPAN



BELAKANG



G. Edukasi Pasien

.....
.....

Selesai Asesmen Hari/Tanggal : _____ Pukul : _____ WIB

(Tanda Tangan & Nama Jelas)

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik., 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Revisi II, Jakarta
- Hatta, GR, 2013. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan ed. rev 2. Jakarta: Universitas Indonesia Press
- Kemenkes RI, 2011. Juknis Sistem Informasi Rumah Sakit, Dirjen Bina Upaya Kesehatan, Jakarta
- Kemenkes RI, Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
- Kepmenkes No. 377 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, ed 1.1, Jakarta
- Permenkes No 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan
- Permenkes No.11 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif di Rumah Sakit
- Permenkes No.47 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Jabatan Fungsional Perkam Medis dan angka kreditnya
- Permenkes RI No 1171 Tahun 2011 Tentang SIRS
- Permenkes RI No 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
- Permenkes RI No 82 Tahun 2013 Tentang SIMRS
- Permenkes RI No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis
- Permenkes RI No. 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien
- Permenkes RI No. 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis
- Undang-Undang RI No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- Undang-Undang RI No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan
- Undang-Undang RI No. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

BAB VII
PRAKTIKUM PENGISIAN FORMULIR DI EMERGENCY RUMAH
SAKIT PADA BAGIAN INSTALASI GAWAT DARURAT DAN
TAHAP TINDAK LANJUT

KEGIATAN PRAKTIKUM 7
PRAKTIKUM PROSEDUR PENGISIAN FORMULIR DI EMERGENCY
RUMAH SAKIT PADA BAGIAN INSTALASI GAWAT DARURAT DAN
TAHAP TINDAK LANJUT: ASESMEN IGD KEBIDANAN, TRIASE
PASIEN, CEK LIST KELENGKAPAN TRANSPORTASI

Zulham Andi Ritonga, SKM.,MKM

I. Dasar Teori

A. Formulir Asesmen IGD Kebidanan

Merupakan formulir yang digunakan untuk mendata pasien yang masuk IGD kebidanan. Hal ini bertujuan agar pasien yang masuk mendapatkan data dan keluhan pasien untuk mendapat penanganan di ruang IGD kebidanan rumah sakit. Formulir ini berisi asesmen medis dan asesmen kebidanan.

B. Formulir Triase Pasien

Merupakan formulir yang digunakan untuk mendata pasien yang masuk IGD. Hal ini bertujuan menentukan tingkat kegawatan dari pasien yang masuk IGD.

C. Formulir Ceklist Kelengkapan Transportasi dan Kuesioner Penggunaan Ambulans

Merupakan formulir yang digunakan untuk mendata kelengkapan transportasi dan kuesioner penggunaan ambulans. Hal ini bertujuan agar pasien yang masuk mendapatkan data apakah ambulans dalam kondisi siap digunakan dan apakah dalam keadaan baik setelah digunakan serta kepuasan pasien dalam menggunakan ambulans.

II. Tujuan Praktikum

Setelah mengikuti praktikum ini, peserta diharapkan mampu mempraktekan prosedur pengisian formulir rawat inap di rumah sakit pada bagian instalasi gawat darurat dan tahap tindak lanjut.

III. Persiapan

1. Modul perkuliahan dan buku catatan
2. Alat tulis
3. Formulir-formulir

Persiapan Fasilitator

Fasilitator diharapkan mengikuti petunjuk penggunaan modul praktikum pengisian formulir, sebagai berikut:

1. Mempelajari dan memahami SOP proses pelayanan pasien rawat jalan di rumah sakit.
2. Diperbolehkan memberikan pengayaan dari bahan tayangan standar yang ada dalam modul, sepanjang untuk menambah wawasan peserta dan mengikuti perkembangan peraturan, referensi, data/informasi yang relevan.
3. Sedapat mungkin untuk mengupload peraturan, buku-buku landasan teori yang dapat memudahkan peserta mempelajari materi yang akan disampaikan secara mandiri (e-Learning).

IV. Prosedur Praktikum

No	Prosedur	Keterangan
1	Petugas menerima pasien yang datang	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
2	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
3	Cek data pasien pada rekam medis dan menyerahkan nomor pada petugas filing	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien

4	Cek status pasien (umum/asurani kesehatan) dan kelengkapan surat terkait	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
5	Lengkapi berkas pendaftaran	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
6	Isi formulir	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
7	Entry data pasien ke dalam program SIRS	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
8	Menyerahkan berkas rekam medis ke tempat pelayanan yang dituju	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien

V. Hasil Praktikum

1. Video tutorial langkah tindakan dapat dilihat pada link: <https://youtu.be/ZfAQA1s9n8o>
2. Mengupload formulir asesmen IGD, triase, ceklist kelengkapan transportasi yang telah diisi oleh mahasiswa ke SPADA (*formulir terlampir*)
3. Mengupload Formulir penilaian perasat tindakan prosedur pengisian formulir di emergency rumah sakit pada ruang instalasi gawat darurat dan tahap tindak lanjut yang telah dinilai dan diparaf oleh dosen ke SPADA

VI. Dokumentasi

1. Mengupload Foto Dokumentasi dan Redemonstrasi mahasiswa praktikum pengisian formulir di emergency rumah sakit pada ruang instalasi gawat darurat dan tahap tindak lanjut ke SPADA

Rangkuman

SOP yang perlu diperhatikan pada perawatan pasien di IGD dimulai dari formulir skrining, assesmen dewasa/anak/kasus kebidanan, pemeriksaan diagnostik, dan pemberian edukasi. Setiap formulir terdiri dari bagian *heading* dan isi formulir. Tindak lanjut pasien dapat dilakukan transfer internal atau rujukan.

Latihan Test 1

1. Menjawab pre test
2. Demonstrasikan tindakan anamnesa dan pengisian formulir di emergency rumah sakit pada ruang instalasi gawat darurat dan tahap tindak lanjut: : assesmen IGD kebidanan, triase, ceklist kelengkapan transportasi!
3. Menjawab post test

TEST 1

Gunakan format penilaian penampilan / checklist

SILAKAN ANDA MENGHUBUNGI FASILITATOR

Berikan tanda √ pada kolom ya jika melakukan dengan benar dan pada kolom tidak jika tidak melakukan/salah. Format penilaian sebagai berikut:

**FORMAT PROSEDUR PRAKTIKUM
PENGISIAN FORMULIR ASESMEN IGD KEBIDANAN / TRIASE
PASIEEN / CHECKLIST KELENGKAPAN TRANSPORTASI**

Nama Mahasiswa :

Jenis Tindakan : Pengisian Formulir Asesmen IGD Kebidanan/ Triase
Pasien/ Checklist Kelengkapan Transportasi

NIM :

Tingkat / Program :

Tanggal :

Fasilitator :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan dan buku catatan		
2	Alat tulis		
3	Formulir: asesmen IGD kebidanan / triase pasien / checklist kelengkapan transportasi		
B	Tahap-Tahap Prosedur Praktikum		
	Tahap Kerja		
1	Siapkan formulir yang dibutuhkan dan alat tulis		
2	Petugas menerima pasien yang datang		
3	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat		
4	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat		
5	Cek status pasien (umum/asuransi kesehatan) dan kelengkapan surat terkait		
6	Lengkapi berkas pendaftaran / lakukan asesmen		
7	Lakukan pemberian informasi dan edukasi		
8	Isi formulir		
9	Entry data pasien ke dalam program SIRS		
10	Menyerahkan berkas rekam medis ke tempat pelayanan yang		
	Komunikasi/Penampilan		
1	Penguasaan materi		
2	Komunikasi		
3	Ekspresi		
	D. Hasil Praktikum		

SCORE:

REKOMENDASI:

Medan, April 2021

.....

FORMAT PENILAIAN

ASPEK/DIMENSI	SKALA PENILAIAN				
	Baik	Cukup	Kurang	Sangat Kurang	SKOR
	(≥81)	(61--80)	(41-60)	(≤40)	
Penguasaan Alat dan bahan					
Kesesuaian prosedur yang dilakukan					
Kemampuan komunikasi/Penampilan					
Kesesuaian Hasil praktikum					
total skor					

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Jumlah total skor}}{4} = \dots$$

Nilai ≥ 60 : lulus praktikum

Nilai < 60 : Ulangi materi dan latihan praktikum

Tanda Tangan Mahasiswa

Tanda Tangan Dosen pengampu

()

()

LAMPIRAN

Tabel 24. Asesmen IGD Kebidanan

 RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA ASESMEN IGD KEBIDANAN	No. Rekam Medis : _____ Nama Lengkap : _____ _____ (Nama Keluarga) Tgl.lahir/Umur : _____/_____. J.Kelamin
• Bahasa sehari-hari yang diinginkan : <input type="checkbox"/> Bahasa Indonesia <input type="checkbox"/> Jawa <input type="checkbox"/> Dialek lain/ bahasa lainnya • Agama : <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Katolik <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Kong Hu Cu	

ASESMEN MEDIS

Hari/ Tanggal Masuk : _____ Pukul : _____ WIB

A. ANAMNESIS :

.....

B. PEMERIKSAAN FISIK

.....

C. PEMERIKSAAN PENUNJANG/DIAGNOSTIK

Pemeriksaan Penunjang yang dilakukan

Laboratorium :
 Waktu pengiriman Pukul : _____ WIB
 : _____ WIB

Pemeriksaan lain :
 Waktu pengiriman Pukul

- | | |
|----|----|
| 1. | 1. |
| 2. | 2. |
| 3. | 3. |

Hasil Pemeriksaan Laboratorium yang perlu diobservasi (Waktu penerimaan hasil Pukul : _____ WIB)

- : Kesan
- : Kesan
- : Kesan

Hasil Pemeriksaan lain yang perlu diobservasi (Waktu penerimaan hasil Pukul: _____ WIB)

- : Kesan.....
- : Kesan.....

D. DIAGNOSIS KERJA

.....

E. RENCANA PENATALAKSANAAN

(Rencana tindakan dalam bentuk sasaran terukur)

.....

G. EDUKASI PASIEN

.....

Waktu Selesai Pemeriksaan Tanggal _____ Pukul : _____ WIB

Nama Dokter : _____

TandaTangan : _____

Reaksi Alergi :

- Tidak ada alergi
- Alergi Obat :

 Alergi Makanan :

- Tidak Diketahui

REKONSILIASI OBAT SAAT ADMISI

Penggunaan obat sebelum admisi : Ada, sebutkan :

Tidak ada

NO	NAMA OBAT	Dosis	Frekuensi	Cara Pemberian	Tindak lanjut oleh DPJP	Perubahan Aturan Pakai
1					<input type="radio"/> Lanjut <input type="radio"/> Berhenti	
2						
3						
4						
5						

Pasien membutuhkan Pelayanan Farmasi (Konsultasi ke Apoteker) Ya

Tidak

Tgl: _____ Pukul : _____ WIB

()

Apoteker

ASESMEN KEBIDANAN

Hari/ Tanggal Masuk : _____ Pukul : _____ WIB

A. KELUHAN

.....

B. RIWAYAT KESEHATAN IBU

- Riwayat Penyakit Terdahulu
 :.....
- Riwayat Pembedahan
 :.....
- Riwayat Menstruasi :

- Riwayat Keluarga Berencana
 :.....
- Riwayat Ginekologi
 :.....
- Riwayat Obstetri
 :.....

No	Tahun	Usia Kehamilan	Jenis Tindakan	Penolong	Tempat	Penyulit	Indikasi	JK Bayi	BB Lahir	Hidup/Mati

- Riwayat Kehamilan Sekarang G.... P.... A.... HPHT:/...../..... TTP :
/...../.....KDR :.....

C. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

- **Status Psikologi** : Cemas Takut Marah Sedih Kecenderungan bunuh diri
- **Status Mental** :
 Sadar dan orientasi baik Ada masalah perilaku, sebutkan

 Perilaku kekerasan yang dialami pasien sebelumnya.....
- **Status Sosial** :

✎ ■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

- a. Hubungan pasien dengan anggota keluarga baik tidak baik
- b. Tempat tinggal : Rumah / Apartemen / Panti / Lainnya
- **Pola Nilai dan Kepercayaan :**
 - c. Kebiasaan menjalankan ibadah : Teratur Tidak teratur
 - d. Nilai/ kepercayaan/ budaya yang perlu diketahui tenaga kesehatan
:.....

D. PEMERIKSAAN FISIK

.....

.....

.....

.....

.....

E. PEMERIKSAAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

.....

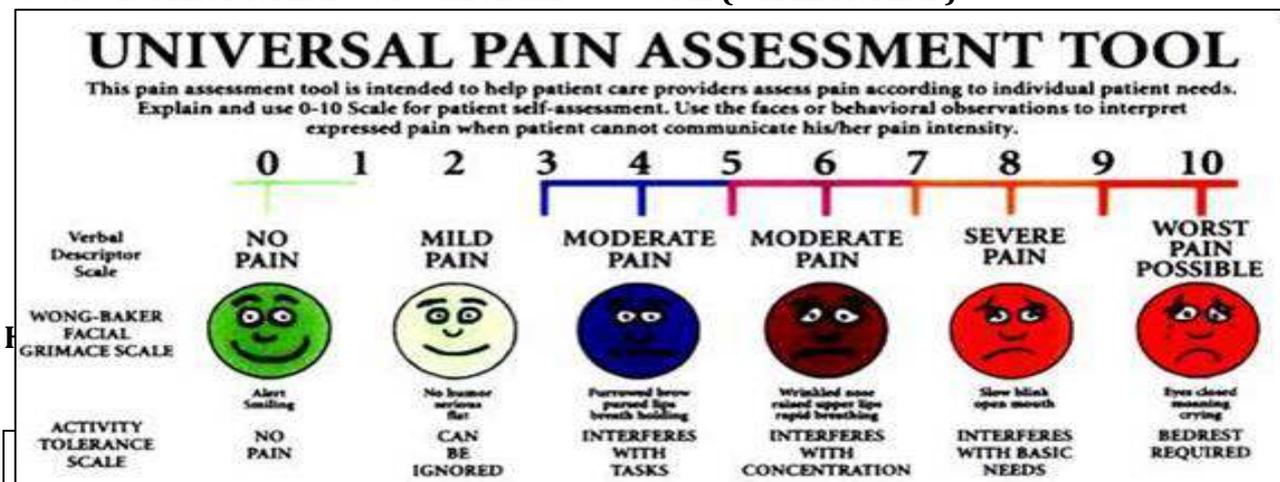
.....

.....

F. ASESMEN RESIKO NUTRISIONAL

Asesmen Gizi Pasien Obstetri			
No.	Pertanyaan	Jawaban	
1	Apakah asupan makan berkurang karena tidak nafsu makan?	Ya (1)	Tidak (0)
2	Ada gangguan metabolisme? (DM, gangguan fungsi thyroid, infeksi kronis seperti TB, HIV / AIDS, Lupus, Lain - lain sebutkan	Ya (1)	Tidak (0)
3	Apakah ada penambahan berat badan yang tidak sesuai selama trimester kehamilan?	Ya (1)	Tidak (0)
4	Nilai Hb <10 g/ dl atau Hct <30%	Ya (1)	Tidak (0)
TOTAL SKOR :			
Bila Skor \geq 0-3 wajib lapor DPJP. Dietisien melakukan asuhan gizi Jika Skor \geq 4 - 5 wajib lapor DPJP & disarankan untuk dirujuk ke Dietisien melakukan asuhan gizi			

G. ASSESMENT NYERI - VISUAL ANALOG SCORE (SKALA NYERI)



■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

1	Riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	<input type="radio"/> Tidak ada <input type="radio"/> Ada	0 25	
2	Alat bantu jalan	<input type="radio"/> Bed Rest/Kursi Roda/Tidak ada <input type="radio"/> Penopang Tongkat/Walker <input type="radio"/> Furniture	0 15 30	
3	Terapi Intra Vena (IV)	<input type="radio"/> Tidak ada <input type="radio"/> Ada	0 25	
4	Cara berjalan/berpindah	<input type="radio"/> Normal/Bedrest/Imobilisasi <input type="radio"/> Lemah <input type="radio"/> Terganggu	0 15 30	
5	Status mental	<input type="radio"/> Orientasi sesuai kemampuan <input type="radio"/> Lupa keterbatasan diri TOTAL	0 15	
Catatan : Bila Nilai Total : 0-24 ⇒ Resiko Rendah, 25-50 ⇒ Resiko Sedang > 50 ⇒ Resiko Tinggi				

I. OBSERVASI KHUSUS

Observasi Khusus (Waktu)						
JENIS OBSERVASI	Tgl:	Pukul:	Tgl:	Pukul:	Tgl:	Pukul:

Waktu Selesai Pemeriksaan Tanggal _____ Pukul : _____ WIB
 Nama Dokter :
 Tanda Tangan :

(.....)

Tabel 25. Triase

Pemeriksaan	Merah	Kuning	Hijau	Tanda Vital	
Jalan Nafas	Sumbatan Rebas	<input type="checkbox"/>	Bebas <input type="checkbox"/>	Bebas <input type="checkbox"/>	TD : HR : Tensi : Respirasi (l/menit)
Pernafasan	Harat, tidak Sesak RR 20/menit RR 40/menit (anak)	<input type="checkbox"/>	Sesak RR 20-24/menit RR 20-24/menit (anak) RR 40/menit (anak)	<input type="checkbox"/>	RR 20-24/menit RR 20-24/menit (anak) RR 40/menit (anak)
Perfusi	Muka tidak sianosis CRT < 2 detik	<input type="checkbox"/>	Muka tidak sianosis CRT < 2 detik Tidak ada	<input type="checkbox"/>	Indikator Perfusi
Keadaan	Tersenyum/bawakan tanggapan dengan suka atau tidak kembali ke kamar < 24 jam GCS 4-12	<input type="checkbox"/>	Tersenyum/bawakan tanggapan dengan suka atau tidak kembali ke kamar < 24 jam GCS 4-12	<input type="checkbox"/>	Baru dan Tanda Bahaya

Tabel 26. Checklist kelengkapan transportasi



**FORMULIR MONITORING RUJUKAN
PASIEH DI AMBULANCE & CHECK LIST
KELENGKAPAN TRANSPORTASI**

RSU Imelda Pekerja Indonesia

Nama pasien : _____
: _____

Nama Perawat

Umur : ____ thn/bln (Lk / Pr)
: _____

Dokter pendamping

Kamar: _____
: _____

Nama pengemudi

Diagnosa : _____
wib. Jam Berangkat : _____

Nama DPJP : _____ Jam tiba di RS tujuan : _____ wib.

Rumah Sakit yang dituju
: _____

Pemeriksaan Penunjang : _____

Tindakan Medis : _____

Konsultasi : _____

Keadaan Umum Pasien Baik Stabil Buruk

Kesadaran Pasien : CM Apatis Somnolen Soporeus Coma

Pernafasan : Spontan
 : Denganbantuan O₂ :Liter/Menit
 : ETT
 : Tracheostomi
 : Ambubag

Pasienmenggunakan : NGT
 Drain
 Kateter
 Infus
 Lain-
 lain.....

CHECK LIST KELENGKAPAN TRANSPORTASI

RM - 47

Halaman 1/2

NO.	Kelengkapan	Cheklis (v)	Keterangan
1	Oksigen		
2	Oxymetri		
3	Ambubag		
4	Infuse set dancairan		
5	Transfuse set dan darah		
6	Obat-obat emergency		
7	Bedah minor dan hecting		

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik., 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Revisi II, Jakarta
- Hatta, GR, 2013. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan ed. rev 2. Jakarta: Universitas Indonesia Press
- Kemenkes RI, 2011. Juknis Sistem Informasi Rumah Sakit, Dirjen Bina Upaya Kesehatan, Jakarta
- Kemenkes RI, Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
- Kepmenkes No. 377 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, ed 1.1, Jakarta
- Permenkes No 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan
- Permenkes No.11 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif di Rumah Sakit
- Permenkes No.47 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Jabatan Fungsional Perkam Medis dan angka kreditnya
- Permenkes RI No 1171 Tahun 2011 Tentang SIRS
- Permenkes RI No 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
- Permenkes RI No 82 Tahun 2013 Tentang SIMRS
- Permenkes RI No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis
- Permenkes RI No. 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien
- Permenkes RI No. 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis
- Undang-Undang RI No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- Undang-Undang RI No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan
- Undang-Undang RI No. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

BAB VIII

PRAKTIKUM MENERJAKAN PELAPORAN DATA RUMAH SAKIT

KEGIATAN PRAKTIKUM 8

PRAKTIKUM PROSEDUR MENERJAKAN PELAPORAN DATA

ENTRY PADA SAAT PENDAFTARAN

dr. John Barker Liem, MKM

I. Dasar Teori

Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) adalah suatu proses pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh seluruh rumah sakit. RS Online dan SIRS Online merupakan aplikasi sistem pelaporan rumah sakit kepada Kementerian Kesehatan yang meliputi :

1. Data Identitas Rumah Sakit
 2. Data Ketenagaan yang bekerja di rumah sakit
 3. Data Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan
 4. Data kompilasi Penyakit/ Morbiditas Pasien Rawat Inap
 5. Data kompilasi Penyakit/ Morbiditas Pasien Rawat Jalan
- ❖ Pelaporan sewaktu-waktu (*Update*) yaitu : RL 1.1 (Data Dasar RS)
- Pelaporan yang bersifat periodik yaitu :
1. RL 1.2 (Laporan Tahunan Indikator Pelayanan RS)
 2. RL 1.3 (Laporan Tahunan Fasilitas Tempat Tidur Rawat Inap)
 3. RL 2 (Laporan Tahunan Ketenagaan)
 4. RL 3 (Laporan Tahunan Pelayanan)
 5. RL 4 (Laporan Tahunan Data Morbiditas/ Mortalitas)
 6. RL 5 (Laporan Bulanan Pengunjung RS).

Data yang diperlukan untuk di *entry* pada saat pendaftaran meliputi:

1. Nomor rekam medis
2. Identitas pasien: tempat dan tanggal lahir, alamat dan nomor HP, pekerjaan, status pasien
3. Tanggal kunjungan
4. Pelayanan yang dibutuhkan
5. Status pasien (lama atau baru)

II. Tujuan Praktikum

Setelah mengikuti praktikum ini, peserta diharapkan mampu mempraktekan prosedur mengerjakan pelaporan data *entry* pada saat pendaftaran.

III. Persiapan

1. Modul perkuliahan dan buku catatan
2. Alat tulis
3. Formulir
4. Komputer dan Menu SIRS

Persiapan Fasilitator

Fasilitator diharapkan mengikuti petunjuk penggunaan modul praktikum pengisian formulir, sebagai berikut:

1. Mempelajari dan memahami SOP proses pelayanan pasien rawat jalan di rumah sakit.
2. Diperbolehkan memberikan pengayaan dari bahan tayangan standar yang ada dalam modul, sepanjang untuk menambah wawasan peserta dan mengikuti perkembangan peraturan, referensi, data/informasi yang relevan.
3. Sedapat mungkin untuk mengupload peraturan, buku-buku landasan teori yang dapat memudahkan peserta mempelajari materi yang akan disampaikan secara mandiri (e-Learning).

IV. Prosedur Praktikum

No	Prosedur	Keterangan
1	Petugas menerima pasien yang datang	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
2	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien

3	Cek data pasien pada rekam medis dan menyerahkan nomor pada petugas filing	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
4	Cek status pasien (umum/asuransi kesehatan) dan kelengkapan surat terkait	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
5	Cek dan lengkapi berkas pendaftaran meliputi: nomor rekam medis, identitas pasien (nama, tempat dan tanggal lahir, alamat dan nomor HP pasien), tanggal kunjungan, pelayanan yang dibutuhkan, status pasien (lama/bau)	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
6	Isi formulir	Lakukan dengan sopan, cermat
7	<i>Entry</i> data pasien ke dalam program SIRS	Lakukan dengan sopan, cermat
8	Menyerahkan berkas rekam medis ke tempat pelayanan yang dituju	Lakukan dengan sopan, cermat

V. Hasil Praktikum

1. Video tutorial langkah tindakan dapat dilihat pada link: <https://youtu.be/ZfAQA1s9n8o>
2. Mengupload pelaporan data *Entry* saat pendaftaran yang telah dikerjakan oleh mahasiswa ke SPADA
3. Mengupload Formulir penilaian perasat tindakan prosedur mengerjakan pelaporan data *Entry* saat pendaftaran yang telah dinilai dan diparaf oleh dosen ke SPADA

VI. Dokumentasi

1. Mengupload Foto Dokumentasi dan Redemonstrasi mahasiswa praktikum mengerjakan pelaporan data *Entry* saat pendaftaran ke SPADA

Rangkuman

Pelaporan merupakan suatu kegiatan yang dilakukan bawahan untuk menyampaikan hal-hal yang berhubungan dengan hasil pekerjaan yang telah dilakukan selama satu periode tertentu. Pelaporan Rumah Sakit yaitu suatu alat organisasi yang bertujuan untuk dapat menghasilkan laporan secara cepat, tepat dan akurat yang secara garis besar jenis pelaporan rumah sakit dapat dibedakan

menjadi 2 kelompok, yaitu: (1) Laporan intern Rumah Sakit dan (2) Laporan ekstern Rumah Sakit.

Latihan Test 1

1. Menjawab pre test
2. Demonstrasikan tindakan anamnesa dan pengisian data pasien yang diperlukan untuk *Entry* saat pendaftaran!
3. Menjawab post test

TEST 1

Gunakan format penilaian penampilan / checklist

SILAKAN ANDA MENGHUBUNGI FASILITATOR

Berikan tanda √ pada kolom ya jika melakukan dengan benar dan pada kolom tidak jika tidak melakukan/salah. Format penilaian sebagai berikut:

FORMAT PROSEDUR PRAKTIKUM

PELAPORAN DATA YANG DIPERLUKAN UNTUK ENTRY PADA SAAT PENDAFTARAN

Nama Mahasiswa :

Jenis Tindakan : Pelaporan Data yang Diperlukan untuk *Entry* Data pada Saat Pendaftaran

NIM :

Tingkat / Program :

Tanggal :

Fasilitator :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan dan buku catatan		
2	Alat tulis		
3	Formulir pendaftaran		
4	Komputer + Menu SIRS		
B	Tahap-Tahap Prosedur Praktikum		
	Tahap Kerja		
1	Siapkan formulir yang dibutuhkan dan alat tulis		

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

2	Petugas menerima pasien yang datang		
3	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat		
4	Melengkapi berkas melalui verifikasi data kartu identitas dan wawancara untuk pasien baru. Sedangkan untuk pasien lama, tanyakan identitas, tanggal terakhir berobat		
5	Cek status pasien (umum/asuransi kesehatan) dan kelengkapan surat terkait		
6	Lengkapi berkas pendaftaran / lakukan asesmen		
7	Lakukan pemberian informasi dan edukasi		
8	Isi formulir		
9	Entry data pasien ke dalam program SIRS		
10	Menyerahkan berkas rekam medis ke tempat pelayanan yang		
	Komunikasi/Penampilan		
1	Penguasaan materi		
2	Komunikasi		
3	Ekspresi		
D. Hasil Praktikum			

SCORE:

REKOMENDASI:

Medan, April 2021

.....

FORMAT PENILAIAN

ASPEK/DIMENSI	SKALA PENILAIAN				
	Baik	Cukup	Kurang	Sangat Kurang	SKOR
	(≥81)	(61--80)	(41-60)	(≤40)	
Penguasaan Alat dan bahan					
Kesesuaian prosedur yang dilakukan					
Kemampuan komunikasi/Penampilan					
Kesesuaian Hasil praktikum					
total skor					

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Jumlah total skor}}{4} = \dots$$

Nilai ≥ 60 : lulus praktikum

Nilai < 60 : Ulangi materi dan latihan praktikum

Tanda Tangan Mahasiswa

Tanda Tangan Dosen pengampu

()

()

LAMPIRAN

Manajemen		Manajemen
Keperawatan		Keperawatan
Keperawatan Komunitas		Keperawatan Komunitas
Keperawatan Anak		Keperawatan Anak
Keperawatan Gerontik		Keperawatan Gerontik
Keperawatan Gawat Darurat		Keperawatan Gawat Darurat
Keperawatan Kulit		Keperawatan Kulit
Keperawatan Nefrologi		Keperawatan Nefrologi
Keperawatan Onkologi		Keperawatan Onkologi
Keperawatan Obstetri dan Ginekologi		Keperawatan Obstetri dan Ginekologi
Keperawatan Ortopedi		Keperawatan Ortopedi
Keperawatan Psikiatri		Keperawatan Psikiatri
Keperawatan Radiasi		Keperawatan Radiasi
Keperawatan Saraf		Keperawatan Saraf
Keperawatan Transplantasi		Keperawatan Transplantasi
Keperawatan Trauma		Keperawatan Trauma
Keperawatan Urologi		Keperawatan Urologi
Keperawatan Vascular Medicine		Keperawatan Vascular Medicine
Keperawatan Wound, Ostomi, dan Mucosa		Keperawatan Wound, Ostomi, dan Mucosa

Keperawatan	1
Keperawatan Anak	1
Keperawatan Komunitas	1
Keperawatan Kulit	1
Keperawatan Nefrologi	1
Keperawatan Onkologi	1
Keperawatan Obstetri dan Ginekologi	1
Keperawatan Ortopedi	1
Keperawatan Psikiatri	1
Keperawatan Radiasi	1
Keperawatan Saraf	1
Keperawatan Transplantasi	1
Keperawatan Trauma	1
Keperawatan Urologi	1
Keperawatan Vascular Medicine	1
Keperawatan Wound, Ostomi, dan Mucosa	1

Karya Dosen
2020

KEGIATAN PRAKTIKUM 9
PRAKTIKUM PROSEDUR PELAPORAN DATA KUNJUNGAN PASIEN
MENURUT PERIODE BULANAN

dr. John Barker Liem, MKM

I. Dasar Teori

Pelaporan data kunjungan pasien menurut periode (bulanan) termuat dalam formulir RL 5. RL 5 merupakan Data Bulanan yang dilaporkan secara periodik setiap bulan, berisikan data kunjungan dan data 10 (sepuluh) besar penyakit.

a. Formulir Pengunjung Rumah Sakit (RL 5.1)

Pengunjung Baru adalah pengunjung yang baru pertama kali datang ke Rumah Sakit dan mendapatkan nomor rekam medis baru. Pengunjung Lama adalah pengunjung yang datang untuk kedua kali dan seterusnya, yang datang ke poliklinik yang sama atau berbeda sebagai kunjungan lama atau kunjungan baru dengan kasus lama dan kasus baru. Pengunjung lama tidak mendapat Nomor Rekam Medis lagi.

b. Formulir Kunjungan Rawat Jalan (RL 5.2)

Pengunjung Baru adalah pengunjung yang baru pertama kali datang ke Rumah Sakit dan mendapatkan nomor rekam medis baru. Pengunjung Lama adalah pengunjung yang datang untuk kedua kali dan seterusnya, yang datang ke poliklinik yang sama atau berbeda sebagai kunjungan lama atau kunjungan baru dengan kasus lama dan kasus baru. Pengunjung lama tidak mendapat Nomor Rekam Medis lagi.

c. Formulir Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap (RL 5.3)

Formulir RL 5.3 adalah formulir untuk data 10 besar penyakit rawat inap rekapitulasi dari jumlah pasien keluar Rumah Sakit (hidup dan mati) untuk satu tahun.

d. Formulir Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan (RL 5.4)

Formulir RL 5.4 adalah formulir untuk data 10 besar penyakit rawat jalan rekapitulasi dari jumlah banyaknya kasus baru pada unit rawat jalan untuk satu tahun.

II. Tujuan Praktikum

Setelah mengikuti praktikum ini, peserta diharapkan mampu mempraktekan prosedur pelaporan data kunjungan pasien menurut periode bulanan.

III. Persiapan

1. Modul perkuliahan dan buku catatan
2. Alat tulis
3. Formulir-formulir

Persiapan Fasilitator

Fasilitator diharapkan mengikuti petunjuk penggunaan modul praktikum pengisian formulir, sebagai berikut:

1. Mempelajari dan memahami SOP proses pelayanan pasien rawat jalan di rumah sakit.
2. Diperbolehkan memberikan pengayaan dari bahan tayangan standar yang ada dalam modul, sepanjang untuk menambah wawasan peserta dan mengikuti perkembangan peraturan, referensi, data/informasi yang relevan.
3. Sedapat mungkin untuk mengupload peraturan, buku-buku landasan teori yang dapat memudahkan peserta mempelajari materi yang akan disampaikan secara mandiri (e-Learning).

IV. Prosedur Praktikum

No	Prosedur	Keterangan
1	Petugas mengisi formulir yang disediakan	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
2	Isi formulir RL 5.1 yang meliputi: a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, bulan dan tahun periode laporan b. Jumlah pengunjung baru c. Jumlah pengunjung lama	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
3	Isi formulir RL 5.2 yang meliputi: a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode	Lakukan dengan sopan, cermat dan

	<p>rumah sakit, nama rumah sakit, bulan dan tahun periode laporan</p> <p>b. Jumlah kunjungan rawat jalan untuk setiap jenis kegiatan</p> <p>c. Jumlah kunjungan baru untuk setiap jenis kegiatan</p> <p>d. Jumlah kunjungan lama untuk setiap jenis kegiatan</p>	memperhatikan hak pasien
4	<p>Isi formulir RL 5.3 yang meliputi:</p> <p>a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan</p> <p>b. Rekapitulasi jumlah pasien keluar Rumah Sakit (hidup dan mati) untuk 1 tahun dari daftar 10 besar penyakit rawat inap, meliputi: kode ICD 10 besar penyakit rawat inap, deskripsi, pasien keluar hidup menurut jenis kelamin, pasien keluar mati menurut jenis kelamin, dan total pasien (hidup dan mati)</p>	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
5	<p>Isi formulir RL 5.4 yang meliputi:</p> <p>a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, bulan dan tahun periode laporan</p> <p>b. Rekapitulasi jumlah banyaknya kasus baru pada unit rawat jalan untuk 1 tahun dari daftar 10 besar penyakit rawat jalan, meliputi: kode ICD 10 besar penyakit rawat jalan, deskripsi, kasus baru menurut jenis kelamin, jumlah kasus baru, dan jumlah kunjungan</p>	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
6	Cek kelengkapan pengisian formulir	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien
7	<i>Entry</i> data ke dalam program SIRS	Lakukan dengan sopan, cermat dan memperhatikan hak pasien

V. Hasil Praktikum

1. Video tutorial langkah tindakan dapat dilihat pada link: <https://youtu.be/ZfAQA1s9n8o>
2. Mengupload laporan data kunjungan pasien menurut periode bulanan yang telah dikerjakan oleh mahasiswa ke SPADA

3. Mengupload Formulir penilaian perasat tindakan prosedur mengerjakan pelaporan data kunjungan pasien menurut periode bulanan yang telah dinilai dan diparaf oleh dosen ke SPADA

VI. Dokumentasi

1. Mengupload Foto Dokumentasi dan Redemonstrasi mahasiswa praktikum pelaporan data kunjungan pasien menurut periode bulanan ke SPADA

Rangkuman

Pelaporan data kunjungan pasien menurut periode (bulanan) termuat dalam formulir RL 5. RL 5 merupakan Data Bulanan yang dilaporkan secara periodik setiap bulan, berisikan data kunjungan dan data 10 (sepuluh) besar penyakit. Terdapat empat (4) jenis formulir dalam RL 5 yaitu: a) Formulir Pengunjung Rumah Sakit (RL 5.1), b) Formulir Kunjungan Rawat Jalan (RL 5.2), c) Formulir Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap (RL 5.3) dan d) Formulir Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan (RL 5.4).

Latihan Test 1

1. Menjawab pre test
2. Demonstrasikan tindakan pelaporan data kunjungan pasien menurut periode bulanan!
3. Menjawab post test

TEST 1

Gunakan format penilaian penampilan / checklist

SILAKAN ANDA MENGHUBUNGI FASILITATOR

Berikan tanda √ pada kolom ya jika melakukan dengan benar dan pada kolom tidak jika tidak melakukan/salah. Format penilaian sebagai berikut:

**FORMAT PROSEDUR PRAKTIKUM
PELAPORAN DATA KUNJUNGAN PASIEN MENURUT PERIODE
BULANAN**

Nama Mahasiswa :

Jenis Tindakan : Pelaporan Data Kunjungan Pasien Menurut Periode
(Kunjungan) Bulanan

NIM :

Tingkat / Program :

Tanggal :

Fasilitator :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan dan buku catatan		
2	Alat tulis		
3	Formulir RL 5		
B	Tahap-Tahap Prosedur Praktikum		
	Tahap Kerja		
1	Siapkan formulir yang dibutuhkan dan alat tulis		
2	Petugas mengisi formulir yang disediakan		
3	Isi formulir RL 5.1 yang meliputi: a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, bulan dan tahun periode laporan b. Jumlah pengunjung baru c. Jumlah pengunjung lama		
4	Isi formulir RL 5.2 yang meliputi: a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, bulan dan tahun periode laporan b. Jumlah kunjungan rawat jalan untuk setiap jenis kegiatan c. Jumlah kunjungan baru untuk setiap jenis kegiatan d. Jumlah kunjungan lama untuk setiap jenis kegiatan		
5	Isi formulir RL 5.3 yang meliputi: a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan b. Rekapitulasi jumlah pasien keluar Rumah Sakit (hidup dan mati) untuk 1 tahun dari daftar 10 besar penyakit rawat inap, meliputi: kode ICD 10 besar penyakit rawat inap, deskripsi, pasien keluar hidup menurut jenis kelamin, pasien keluar mati menurut jenis kelamin, dan		

	total pasien (hidup dan mati)		
6	Isi formulir RL 5.4 yang meliputi: a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, bulan dan tahun periode laporan b. Rekapitulasi jumlah banyaknya kasus baru pada unit rawat jalan untuk 1 tahun dari daftar 10 besar penyakit rawat jalan, meliputi: kode ICD 10 besar penyakit rawat jalan, deskripsi, kasus baru menurut jenis kelamin, jumlah kasus baru dan jumlah kunjungan		
7	Cek kelengkapan pengisian formulir		
8	Entry data ke dalam program SIRS		
	Komunikasi/Penampilan		
1	Penguasaan materi		
2	Komunikasi		
3	Ekspresi		
D. Hasil Praktikum			

SCORE:

REKOMENDASI:

Medan, April 2021

.....

FORMAT PENILAIAN

ASPEK/DIMENSI	SKALA PENILAIAN				
	Baik	Cukup	Kurang	Sangat Kurang	SKOR
	(≥81)	(61--80)	(41-60)	(≤40)	
Penguasaan Alat dan bahan					
Kesesuaian prosedur yang dilakukan					
Kemampuan komunikasi/Penampilan					
Kesesuaian Hasil praktikum					
total skor					

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Jumlah total skore}}{4} = \dots$$

Nilai ≥ 60 : lulus praktikum

Nilai < 60 : Ulangi materi dan latihan praktikum

Tanda Tangan Mahasiswa

Tanda Tangan Dosen pengampu

()

()

LAMPIRAN



Formulir RL 5.1
PENGUNJUNG RUMAH SAKIT

Kode RS : 1275622
Nama RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
Bulan : OKTOBER
Tahun : 2018

NO	JENIS KEGIATAN	JUMLAH
1	2	3
1	Pengunjung Baru	1,668
2	Pengunjung Lama	805

KEGIATAN PRAKTIKUM 10
PRAKTIKUM PROSEDUR PEMBUATAN LAPORAN RL 1 DAN RL 2
RUMAH SAKIT

dr. John Barker Liem, MKM

I. Dasar Teori

Laporan RL 1

- a. RL1 berisikan Data Dasar Rumah Sakit yang dilaporkan setiap waktu apabila terdapat perubahan data dasar dari rumah sakit sehingga data ini dapat dikatakan data yang bersifat terbaru setiap saat (*updated*).
- b. RL2 berisikan Data Ketenagaan yang dilaporkan periodik setiap tahun.

Pengisian Formulir RL1

A. Formulir Data Dasar Rumah Sakit (RL 1.1)

Adalah formulir untuk data dasar rumah sakit yang dilaporkan setiap waktu apabila ada perubahan data rumah sakit. Pengisian dapat dilakukan di aplikasi RS Online. Untuk data yang tidak ada tetap diisi dengan angka 0 (nol).

1. Pengisian poin 1 (Nomor Kode Rumah Sakit)
2. Pengisian Poin 2 (Tanggal Registrasi)
3. Pengisian poin 3 (Nama Rumah Sakit)
4. Pengisian poin 4 (Jenis Rumah Sakit)
5. Pengisian poin 5 (Kelas Rumah Sakit)
6. Pengisian poin 5 (Kelas Rumah Sakit)
7. Pengisian poin 7 (Penyelenggar Rumah Sakit)
8. Pengisian poin 8 (Alamat/Lokasi RS)
9. Pengisian poin 8 (Alamat/Lokasi RS)
10. Pengisian poin 10 (Surat Izin Operasional/Penetapan)
11. Pengisian poin 11 (Status Penyelenggara Swasta)
12. Pengisian poin 11 (Status Penyelenggara Swasta)
13. Pengisian poin 13 (Tempat Tidur)
14. Pengisian poin 13 (Tempat Tidur)
15. Pengisian poin 13 (Tempat Tidur)

B. Formulir Indikator Pelayanan Rumah Sakit (RL 1.2)

Pada formulir RL 1.2, yang harus diisi adalah **BOR, LOS, BTO, TOI, NDR, GDR** dan Rata-rata kunjungan perhari selama 1 (satu) tahun serta rata-rata tiap indikator

C. Formulir Fasilitas Tempat Tidur Rawat Inap (RL 1.3)

Laporan RL 2

- Formulir RL 2 merupakan data rekapitulasi semua tenaga yang ditetapkan resmi bekerja di suatu rumah sakit (*full time*) berdasarkan jenis kelamin sesuai dengan keadaan, kebutuhan dan kekurangan dalam rumah sakit tersebut, dan dilaporkan satu kali dalam setahun paling lambat tanggal 15 bulan Januari tahun setelah tahun periode pelaporan.
- Yang dimaksud dengan tenaga rumah sakit adalah semua jenis tenaga yang bekerja di rumah sakit baik tenaga kesehatan seperti : tenaga medis, kefarmasian, kesehatan masyarakat, gizi, keterampilan fisik, keteknisian medis maupun tenaga non Kesehatan

Berikut adalah petunjuk teknis dalam pengisian formulir RL 2:

1. Isi dengan lengkap dan jelas setiap pengisian Nama Rumah Sakit, Kode Rumah Sakit, Tahun Pelaporan serta penulisan angka-angka jumlah tenaga berdasarkan dengan jenis kelamin serta keadaan, kebutuhan dan kekurangan
2. Isi jumlah tenaga tersebut berdasarkan kualifikasi pendidikan jenis dan kelamin. Apabila kategori tenaga tertentu tidak ada di rumah sakit maka kolom yang tersedia agar diisi dengan nol
3. Khusus bagi Rumah Sakit Pendidikan, untuk bagian pertama (tenaga medis) termasuk tenaga medis yang mengikuti PPDS di rumah sakit tersebut.

II. Tujuan Praktikum

Setelah mengikuti praktikum ini, peserta diharapkan mampu mempraktekan prosedur pembuatan laporan RL 1 dan RL 2 rumah sakit.

III. Persiapan

1. Modul perkuliahan dan buku catatan
2. Alat tulis
3. Formulir-formulir

Persiapan Fasilitator

Fasilitator diharapkan mengikuti petunjuk penggunaan modul praktikum pengisian formulir, sebagai berikut:

1. Mempelajari dan memahami SOP proses pelayanan pasien rawat jalan di rumah sakit.
2. Diperbolehkan memberikan pengayaan dari bahan tayangan standar yang ada dalam modul, sepanjang untuk menambah wawasan peserta dan mengikuti perkembangan peraturan, referensi, data/informasi yang relevan.
3. Sedapat mungkin untuk mengupload peraturan, buku-buku landasan teori yang dapat memudahkan peserta mempelajari materi yang akan disampaikan secara mandiri (e-Learning).

IV. Prosedur Praktikum

No	Prosedur	Keterangan
1	Petugas mengisi formulir yang disediakan	Lakukan dengan cermat
2	Isi formulir RL 1.1 yang meliputi: a. Nomor kode Rumah Sakit b. Tanggal registrasi c. Nama Rumah Sakit d. Jenis Rumah Sakit e. Kelas Rumah Sakit f. Nama Direktur Rumah Sakit g. Penyelenggara Rumah Sakit h. Alamat/Lokasi Rumah Sakit, meliputi: kabupaten/kota, kode pos, telepon, fax, email, nomor telepon bagian umum/humas Rumah Sakit, dan website i. Luas Rumah Sakit j. Surat izin operasional/penetapan, meliputi: nomor, tanggal, oleh (diisi sesuai dengan jabatan dari kantor/instansi yang mengeluarkan surat izin rumah sakit), sifat,	Lakukan dengan cermat

	<p>masa berlaku s/d tahun, status penyelenggaraan</p> <p>k. Status penyelenggara swasta</p> <p>l. Akreditasi Rumah Sakit, meliputi: pentahapan, status, tanggal akreditasi</p> <p>m. Tempat tidur</p> <p>n. Tenaga medis</p> <p>o. Tenaga non kesehatan</p>	
3	<p>Isi formulir RL 1.2 yang meliputi:</p> <p>a. BOR, LOS, BTO, TOI, NDR, GDR</p> <p>b. Rata-rata kunjungan perhari selama 1 tahun</p> <p>c. Rata-rata tiap indicator</p>	Lakukan dengan cermat
4	<p>Isi formulir RL 1.3 yang meliputi:</p> <p>a. Kode Rumah Sakit</p> <p>b. Nama Rumah Sakit</p> <p>c. Tahun</p> <p>d. Fasilitas tempat tidur rawat inap meliputi: jenis pelayanan, jumlah tempat tidur, dan perincian tempat tidur per kelas</p>	Lakukan dengan cermat
5	<p>Isi formulir RL 2 yang meliputi:</p> <p>a. Nama Rumah Sakit</p> <p>b. Kode Rumah sakit</p> <p>c. Tahun pelaporan</p> <p>d. Penulisan angka-angka jumlah tenaga berdasarkan jenis kelamin, keadaan, kebutuhan dan kekurangan</p> <p>e. Jumlah tenaga berdasarkan kualifikasi pendidikan dan jenis kelamin</p>	Lakukan dengan cermat
6	Cek kelengkapan pengisian formulir	Lakukan dengan cermat
7	<i>Entry</i> data ke dalam program SIRS	Lakukan dengan cermat

V. Hasil Praktikum

1. Video tutorial langkah tindakan dapat dilihat pada link: <https://youtu.be/ZfAQA1s9n8o>
2. Mengupload laporan RL 1 dan RL 2 yang dibuat oleh mahasiswa ke SPADA
3. Mengupload Formulir penilaian perasat tindakan prosedur pembuatan laporan RL 1 dan RL 2 yang telah dinilai dan diparaf oleh dosen ke SPADA

VI. Dokumentasi

1. Mengupload Foto Dokumentasi dan Redemonstrasi mahasiswa praktikum pembuatan laporan RL 1 dan RL 2 ke SPADA

Rangkuman

RL1 berisikan Data Dasar Rumah Sakit yang dilaporkan setiap waktu apabila terdapat perubahan data dasar dari rumah sakit sehingga data ini dapat dikatakan data yang bersifat terbaru setiap saat (*updated*). Formulir RL 2 merupakan data rekapitulasi semua tenaga yang ditetapkan resmi bekerja di suatu rumah sakit (*full time*) berdasarkan jenis kelamin sesuai dengan keadaan, kebutuhan dan kekurangan dalam rumah sakit tersebut, dan dilaporkan satu kali dalam setahun paling lambat tanggal 15 bulan Januari tahun setelah tahun periode pelaporan.

Latihan Test 1

1. Menjawab pre test
2. Demonstrasikan tindakan pembuatan laporan RL 1 dan RL 2!
3. Menjawab post test

TEST 1

Gunakan format penilaian penampilan / checklist

SILAKAN ANDA MENGHUBUNGI FASILITATOR

Berikan tanda \surd pada kolom ya jika melakukan dengan benar dan pada kolom tidak jika tidak melakukan/salah. Format penilaian sebagai berikut:

**FORMAT PROSEDUR PRAKTIKUM
PEMBUATAN LAPORAN RL 1 DAN RL 2 RUMAH SAKIT**

Nama Mahasiswa :

Jenis Tindakan : Pelaporan RL 1 dan RL 2

NIM :

Tingkat / Program :

Tanggal :

Fasilitator :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan dan buku catatan		
2	Alat tulis		
3	Formulir RL1 dan RL 2		
B	Tahap-Tahap Prosedur Praktikum		
	Tahap Kerja		
1	Siapkan formulir yang dibutuhkan dan alat tulis		
2	Petugas mengisi formulir yang disediakan		
3	Isi formulir RL 1.1 yang meliputi: a. Nomor kode Rumah Sakit b. Tanggal registrasi c. Nama Rumah Sakit d. Jenis Rumah Sakit e. Kelas Rumah Sakit f. Nama Direktur Rumah Sakit g. Penyelenggara Rumah Sakit h. Alamat/Lokasi Rumah Sakit, meliputi: kabupaten/kota, kode pos, telepon, fax, email, nomor telepon bagian umum/humas Rumah Sakit, dan website i. Luas Rumah Sakit j. Surat izin operasional/penetapan, meliputi: nomor, tanggal, oleh (diisi sesuai dengan jabatan dari kantor/instansi yang mengeluarkan surat izin rumah sakit), sifat, masa berlaku s/d tahun, status penyelenggaraan k. Status penyelenggara swasta l. Akreditasi Rumah Sakit, meliputi: pentahapan, status, tanggal akreditasi m. Tempat tidur		

	n. Tenaga medis o. Tenaga non kesehatan		
4	Isi formulir RL 1.2 yang meliputi: a. BOR, LOS, BTO, TOI, NDR, GDR b. Rata-rata kunjungan perhari selama 1 tahun c. Rata-rata tiap indikator		
5	Isi formulir RL 1.3 yang meliputi: a. Kode Rumah Sakit b. Nama Rumah Sakit c. Tahun d. Fasilitas tempat tidur rawat inap meliputi: jenis pelayanan, jumlah tempat tidur, dan perincian tempat tidur per kelas		
6	Isi formulir RL 2 yang meliputi: a. Nama Rumah Sakit b. Kode Rumah sakit c. Tahun pelaporan d. Penulisan angka-angka jumlah tenaga berdasarkan jenis kelamin, keadaan, kebutuhan dan kekurangan e. Jumlah tenaga berdasarkan kualifikasi pendidikan dan		
7	Cek kelengkapan pengisian formulir		
8	Entry data ke dalam program SIRS		
C	Komunikasi/Penampilan		
1	Penguasaan materi		
2	Komunikasi		
3	Ekspresi		
D. Hasil Praktikum			

SCORE:

REKOMENDASI:

Medan, April 2021

.....

FORMAT PENILAIAN

ASPEK/DIMENSI	SKALA PENILAIAN				
	Baik	Cukup	Kurang	Sangat Kurang	SKOR
	(≥81)	(61--80)	(41-60)	(≤40)	
Penguasaan Alat dan bahan					
Kesesuaian prosedur yang dilakukan					
Kemampuan komunikasi/Penampilan					
Kesesuaian Hasil praktikum					
total skor					

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Jumlah total skore}}{4} = \dots$$

Nilai ≥ 60 : lulus praktikum

Nilai < 60 : Ulangi materi dan latihan praktikum

Tanda Tangan Mahasiswa

Tanda Tangan Dosen pengampu

()

()

LAMPIRAN

RL 1.2. DATA INDIKATOR RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA

KODE RS : 1275622

NAMA RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA

TAHUN : 2018

1	Nomor Kode RS	:	1275622
2	Tanggal Registrasi	:	28/12/2017
3	Nama Rumah Sakit (Huruf Kapital)	:	RSU Imelda Pekerja Indonesia
4	Jenis Rumah Sakit *	:	RSU
5	Kelas Rumah Sakit *	:	B
6	Nama Direktur RS	:	dr. Hedy Tan, MOG, MARS
7	Nama Penyelenggara RS	:	PT. RSU Imelda Pekerja Indonesia
8	Alamat/ Lokasi RS	:	Jl.Bilal No. 24, Pulo Brayon Darat I
	8.1 Kab/ Kota	:	Medan
	8.2 Kode Pos	:	20239
	8.3 Telepon	:	061 6610072
	8.4 Fax	:	061 6618457
	8.5 Email	:	ritonga.imelda@gmail.com
	8.6 Nomor Telp. Bag. Umum	:	081375009887
	8.7 Website	:	www.rsuimelda.com
9	Luas Rumah Sakit	:	
	9.1 Tanah	:	10643 m ²
	9.2 Bangunan	:	9363 m ²
10	Surat Izin/ Penetapan	:	
	10.1 Nomor	:	445/654/DIS PM PPTSP/6/VI.3/VIII/2017
	10.2 Tanggal	:	23 Agustus 2011
	10.3 Oleh	:	Gubernur Sumatera Utara
	10.4 Sifat	:	Pemberian Perpanjangan Izin Operasional
	10.5 Masa Berlaku s/d Tahun	:	28 Desember 2017 s/d 28 Desember
11	Status Penyelenggara Swasta *	:	PERUSAHAAN
12	Akreditasi RS *	:	SUDAH
	12.1 Pentahapan *	:	16 Standar Versi KARS 2012
	12.2 Status *	:	Madya
	12.3 Masa Berlaku	:	20 Februari 2020
13	Jumlah Tempat Tidur	:	320
	13.1 Perinatologi	:	9
	13.2 VVIP	:	5
	13.3 VIP	:	13
	13.4 Kelas I	:	53
	13.5 Kelas II	:	71
	13.6 Kelas III	:	127
	13.7 ICU	:	11
	13.8 PICU	:	2
	13.9 NICU	:	6
	13.10 HCU	:	16
	13.11 PICU	:	2
	13.12 Ruang Isolasi	:	7

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

13.13	Ruang UGD	:	11
13.14	Ruang Bersalin	:	3
13.15	Ruang Operasi	:	5
14	Jumlah Tenaga Medis	:	444
14.1	Dokter Umum	:	21
14.2	Dokter Gigi	:	3
14.3	Dokter SP.Bedah	:	4
14.4	Dokter SP.Dalam	:	4
14.5	Dokter SP.Anak	:	4
14.6	Dokter SP.Obst.Gin.	:	5
14.7	Dokter SP.Patologi Klinik	:	1
14.8	Dokter SP.Patologi Aatomi	:	1
14.9	Dokter SP.Radiologi	:	1
14.10	Dokter SP.Anastesi	:	2
14.11	Dokter Spesialis lain	:	16
14.12	Apoteker	:	5
14.13	Perawat Ners	:	8
14.14	D3 Perawat	:	231
14.15	Radiografer	:	8
14.16	Analisis Laboratorium	:	9
14.17	Asisten Apoteker	:	15
14.18	Fisioterapis	:	2
15	Jumlah Tenaga Non Kesehatan	:	104

RL 1.2. DATA INDIKATOR RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA

KODE RS : 1275622
NAMA RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
TAHUN : 2018

TAHUN	BOR (%)	LOS (hari)	TOI (hari)	BTO (kali)	NDR (‰)	GDR (‰)
2018	52.05	5.45	34.91	5.18	31.35	51.41

RL 1.3. FASILITAS TEMPAT TIDUR RAWAT INAP

KODE RS : 1275622
NAMA RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
TAHUN : 2018

Jenis Pelayanan	Jumlah TT	VVIP	VIP	I	II	III	KELAS KHUSUS
Penyakit Dalam	46	0	10	7	19	10	0
Kesehatan Anak	21	0	0	0	0	21	0
Obstetri	42	5	3	2	13	19	0
Genekologi	15	0	0	5	5	5	0
Bedah	23	0	0	0	6	17	0
Bedah Orthopedi	0	0	0	0	0	0	0
Bedah Saraf	0	0	0	0	0	0	0
Luka Bakar	7	0	0	0	0	0	7
S a r a f	0	0	0	0	0	0	0
J i w a	0	0	0	0	0	0	0
Psikologi	0	0	0	0	0	0	0
Penatalaksana Pnyguna. NAPZA	0	0	0	0	0	0	0
T H T	0	0	0	0	0	0	0
M a t a	0	0	0	0	0	0	0
Kulit & Kelamin	0	0	0	0	0	0	0
Kardiologi	0	0	0	0	0	0	0
Paru-paru	32	0	0	4	5	23	0
Geriatrici	0	0	0	0	0	0	0
Radioterapi	0	0	0	0	0	0	0
Kedokteran Nuklir	0	0	0	0	0	0	0
K u s t a	0	0	0	0	0	0	0
Rehabilitasi Medik	0	0	0	0	0	0	0
Isolasi	0	0	0	0	0	0	0
I C U	27	0	0	0	0	0	27
I C C U	0	0	0	0	0	0	0
NICU / PICU	8	0	0	0	0	0	8
Umum	23	0	0	7	6	10	0
Gigi & Mulut	0	0	0	0	0	0	0
Pelayanan Rawat Darurat	0	0	0	0	0	0	0
Perinatologi/Bayi	24	0	0	0	0	0	24

MEDAN, 10 JANUARI 2019

DIKETAHUI OLEH :

dr.Hedy Tan, Sp.Og, MOG, MARS
Direktur RSU IPI

RL 2. KETENAGAAN

KODE RS : 1275622
NAMA RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
TAHUN : 2018

NO KODE	KUALIFIKASI PENDIDIKAN	KEADAAN LAKI-LAKI	KEADAAN PEREMPUAN	KEBUTUHAN LAKI-LAKI	KEBUTUHAN PEREMPUAN	KEKURANGAN LAKI-LAKI	KEKURANGAN PEREMPUAN
1	TENAGA MEDIS	0	0	0	0	0	0
11	Dokter Umum	4	17	0	0	0	0
12	Dokter PPDS *)	0	0	0	0	0	0
13	Dokter Spes Bedah	4	0	0	0	0	0
14	Dokter Spes Penyakit Dalam	4	0	0	0	0	0
15	Dokter Spes Kes. Anak	1	3	0	0	0	0
16	Dokter Spes Obgin	4	1	0	0	0	0
17	Dokter Spes Radiologi	1	0	0	0	0	0
18	Dokter Spes Onkologi Radiasi	0	0	0	0	0	0
19	Dokter Spes Kedokteran Nuklir	0	0	0	0	0	0
110	Dokter Spes Anestesi	2	0	0	0	0	0
111	Dokter Spes Patologi Klinik	1	0	0	0	0	0
112	Dokter Spes Jiwa	0	1	0	0	0	0
113	Dokter Spes Mata	0	1	0	0	0	0
114	Dokter Spes THT	1	1	0	0	0	0
115	Dokter Spes Kulit & Kelamin	0	1	0		0	0

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

116	Dokter Spes Kardiologi	1	0	0	0	0	0
117	Dokter Spes Paru	1	1	0	0	0	0
118	Dokter Spes Saraf	1	1	0	0	0	0
119	Dokter Spes Bedah Saraf	2	0	0	0	0	0
120	Dokter Spes Bedah Orthopedi	1	1	0	0	0	0
121	Dokter Spes Urologi	1	0	0	0	0	0
122	Dokter Spes Patologi Anatomi	1	0	0	0	0	0
123	Dokter Spes Patologi Forensik	0	0	0	0	0	0
124	Dokter Spes Rehabilitasi Medik	0	1	0	0	0	0
125	Dokter Spes Bedah Plastik	1	0	0	0	0	0
126	Dokter Spes Ked. Olah Raga	0	0	0	0	0	0
127	Dokter Spes Mikrobiologi Klinik	0	0	0	0	0	0
128	Dokter Spes Parasitologi Klinik	0	0	0	0	0	0
129	Dokter Spes Gizi Medik	0	0	0	0	0	0
130	Dokter Spes Farma Klinik	0	0	0	0	0	0
131	Dokter Spes Lainnya	6	0	0	0	0	0
132	Dokter Sub Spesialis Lainnya	0	0	0	0	0	0
133	Dokter Gigi	1	2	0	0	0	0
134	Dokter Gigi Spesialis	0	1	0	0	0	0
166	Dokter/Dokter Gigi MHA/MARS **)	0	0	0	0	0	0
177	Dokter/Dokter Gigi S2/S3 Kes Masy **)	0	1	0	0	0	0
188	S3 (Dokter Konsultan) ***)	0	0	0	0	0	0
2	TENAGA KEPERAWATAN	0	0	0	0	0	0
21	S3 Keperawatan	0	0	0	0	0	0
22	S2 Keperawatan	0	1	0	0	0	0

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

23	S1 Keperawatan	4	15	0	0	0	0
24	D4 Keperawatan	0	0	0	0	0	0
25	Perawat Vokasional	54	86	0	0	0	0
26	Perawat Spesialis	0	0	0	0	0	0
27	Pembantu Keperawatan	0	0	0	0	0	0
28	S3 Kebidanan	0	0	0	0	0	0
29	S2 Kebidanan	0	0	0	0	0	0
210	S1 Kebidanan	0	0	0	0	0	0
211	D3 Kebidanan	0	91	0	0	0	0
288	Tenaga Keperawatan Lainnya	1	0	0	0	0	0
3	KEFARMASIAN	0	0	0	0	0	0
31	S3 Farmasi / Apoteker	0	0	0	0	0	0
32	S2 Farmasi / Apoteker	0	0	0	0	0	0
33	Apoteker	0	5	0	0	0	0
34	S1 Farmasi / Farmakologi Kimia	0	4	0	0	0	0
35	AKAFARMA *)	0	15	0	0	0	0
36	AKFAR **)	0	0	0	0	0	0
37	Analisis Farmasi	0	0	0	0	0	0
38	Asisten Apoteker / SMF	0	15	0	0	0	0
39	ST Lab Kimia Farmasi	0	0	0	0	0	0
388	Tenaga Kefarmasian Lainnya	0	0	0	0	0	0
4	KESEHATAN MASYARAKAT	0	0	0	0	0	0
41	S3 - Kesehatan Masyarakat	0	0	0	0	0	0
42	S3 – Epidemiologi	0	0	0	0	0	0
43	S3 – Psikologi	0	0	0	0	0	0

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

44	S2 - Kesehatan Masyarakat	0	0	0	0	0	0
45	S2 – Epidemiologi	0	0	0	0	0	0
46	S2 – Biomedik	0	0	0	0	0	0
47	S2 – Psikologi	0	0	0	0	0	0
48	S1 - Kesehatan Masyarakat	1	6	0	0	0	0
49	S1 – Psikologi	0	1	0	0	0	0
410	D3 - Kesehatan Masyarakat	0	0	0	0	0	0
411	D3 – Sanitarian	0	0	0	0	0	0
412	D1 – Sanitarian	0	0	0	0	0	0
488	Tenaga Kesehatan Masy. Lainnya	0	0	0	0	0	0
5	GIZI	0	0	0	0	0	0
51	S3 - Gizi / Dietisien	0	0	0	0	0	0
52	S2 - Gizi / Dietisien	0	0	0	0	0	0
53	S1 - Gizi / Dietisien	0	0	0	0	0	0
54	D4 - Gizi / Dietisien	2	0	0	0	0	0
55	Akademi / D3 - Gizi / Dietisien	0	5	0	0	0	0
56	D1 - Gizi / Dietisien	0	0	0	0	0	0
588	Tenaga Gizi Lainnya	0	0	0	0	0	0
6	KETERAPIAN FISIK	0	0	0	0	0	0
61	S1 Fisio Terapis	0	0	0	0	0	0
62	D3 Fisio Terapis	1	1	0	0	0	0
63	D3 Okupasi Terapis	0	0	0	0	0	0
64	D3 Terapi wicara	0	1	0	0	0	0
65	D3 Orthopedi	0	0	0	0	0	0
66	D3 Akupuntur	0	0	0	0	0	0

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

688	Tenaga Keterampilan Fisik Lainnya	0	0	0	0	0	0
7	KETEKNISIAN MEDIS	0	0	0	0	0	0
71	S3 Opto Elektronika & Apl Laser	0	0	0	0	0	0
72	S2 Opto Elektronika & Apl Laser	0	0	0	0	0	0
73	Radiografer	2	6	0	0	0	0
74	Radioterapis (Non Dokter)	0	0	0	0	0	0
75	D4 Fisika Medik	0	0	0	0	0	0
76	D3 Teknik Gigi	0	0	0	0	0	0
77	D3 Teknik Radiologi & Radioterapi	0	0	0	0	0	0
78	D3 Refraksionis Optisien	0	0	0	0	0	0
79	D3 Perekam Medis	5	4	0	0	0	0
710	D3 Teknik Elektromedik	0	0	0	0	0	0
711	D3 Analisis Kesehatan	0	3	0	0	0	0
712	D3 Informasi Kesehatan	0	0	0	0	0	0
713	D3 Kardiovaskular	0	0	0	0	0	0
714	D3 Orthotik Prostetik	0	0	0	0	0	0
715	D1 Teknik Tranfusi	0	0	0	0	0	0
716	Teknisi Gigi	0	0	0	0	0	0
717	Tenaga IT dengan Teknologi Nano	0	0	0	0	0	0
718	Teknisi Patologi Anatomi	0	0	0	0	0	0
719	Teknisi Kardiovaskuler	0	0	0	0	0	0
720	Teknisi Elektromedis	0	0	0	0	0	0
721	Akupunktur Terapi	0	0	0	0	0	0
722	Analisis Kesehatan	0	0	0	0	0	0
788	Tenaga Keterampilan fisik Lainnya	0	0	0	0	0	0

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

II	TENAGA NON KESEHATAN	0	0	0	0	0	0
8	DOKTORAL	0	0	0	0	0	0
81	S3 Biologi	0	0	0	0	0	0
82	S3 Kimia	0	0	0	0	0	0
83	S3 Ekonomi / Akuntansi	0	0	0	0	0	0
84	S3 Administrasi	0	0	0	0	0	0
85	S3 Hukum	0	0	0	0	0	0
86	S3 Teknik	0	0	0	0	0	0
87	S3 Kes. Sosial	0	0	0	0	0	0
88	S3 Fisika	0	0	0	0	0	0
89	S3 Komputer	0	0	0	0	0	0
810	S3 Statistik	0	0	0	0	0	0
888	Doktoral Lainnya (S3)	0	0	0	0	0	0
899	Total (8.00 - 8.88)	0	0	0	0	0	0
9	PASCA SARJANA	0	0	0	0	0	0
91	S2 Biologi	0	0	0	0	0	0
92	S2 Kimia	0	0	0	0	0	0
93	S2 Ekonomi / Akuntansi	0	0	0	0	0	0
94	S2 Administrasi	0	0	0	0	0	0
95	S2 Hukum	0	0	0	0	0	0
96	S2 Teknik	0	0	0	0	0	0
97	S2 Kesejahteraan Sosial	0	0	0	0	0	0
98	S2 Fisika	0	0	0	0	0	0
99	S2 Komputer	0	0	0	0	0	0
910	S2 Statistik	0	0	0	0	0	0

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

911	S2 Administrasi Kes. Masy	0	0	0	0	0	0
988	Pasca Sarjana Lainnya (S2)	0	0	0	0	0	0
999	Total (9.00 - 9.99)	0	0	0	0	0	0
10	SARJANA	0	0	0	0	0	0
101	Sarjana Biologi	0	0	0	0	0	0
102	Sarjana Kimia	0	1	0	0	0	0
103	Sarjana Ekonomi / Akuntansi	1	1	0	0	0	0
104	Sarjana Administrasi	0	0	0	0	0	0
105	Sarjana Hukum	0	0	0	0	0	0
106	Sarjana Teknik	0	0	0	0	0	0
107	Sarjana Kes. Sosial	0	0	0	0	0	0
108	Sarjana Fisika	0	0	0	0	0	0
109	Sarjana Komputer	3	2	0	0	0	0
1010	Sarjana Statistik	0	0	0	0	0	0
1088	Sarjana Lainnya (S1)	0	8	0	0	0	0
11	SARJANA MUDA	0	0	0	0	0	0
111	Sarjana Muda Biologi	0	0	0	0	0	0
112	Sarjana Muda Kimia	0	0	0	0	0	0
113	Sarjana Muda Ekonomi / Akuntansi	0	0	0	0	0	0
114	Sarjana Muda Administrasi	0	0	0	0	0	0
115	Sarjana Muda Hukum	0	0	0	0	0	0
116	Sarjana Muda Teknik	0	0	0	0	0	0
117	Sarjana Muda Kes. Sosial	0	0	0	0	0	0
118	Sarjana Muda Statistik	0	0	0	0	0	0
119	Sarjana Muda Komputer	7	8	0	0	0	0

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

1110	Sarjana Muda Sekretaris	0	0	0	0	0	0
1188	Sarjana Muda / D3 Lainnya	1	4	0	0	0	0
12	SMU SEDERAJAT DAN DIBAWAHNYA	0	0	0	0	0	0
121	SMA / SMU	0	0	0	0	0	0
122	SMEA	0	0	0	0	0	0
123	STM	0	0	0	0	0	0
124	SMKK	0	0	0	0	0	0
125	SPSA	0	0	0	0	0	0
126	SMTP	0	0	0	0	0	0
127	SD kebawah	0	0	0	0	0	0
1288	SMTA Lainnya	14	54	0	0	0	0

MEDAN, 10 JANUARI 2019
DIKETAHUI OLEH :

dr.Hedy Tan, Sp.Og, MOG, MARS
Direktur RSU IPI

KEGIATAN PRAKTIKUM 11

PRAKTIKUM PROSEDUR PEMBUATAN LAPORAN RL 3.1 SAMPAI 3.7

dr. John Barker Liem, MKM

I. Dasar Teori

Laporan RL 3.1 Kegiatan Pelayanan Rawat Inap

Formulir RL3 adalah formulir yang berisikan data kegiatan pelayanan rumah sakit, yang dilaporkan satu kali dalam setahun, paling lambat tanggal 15 bulan Januari tahun setelah tahun periode pelaporan.

Laporan RL 3.2 Kunjungan Rawat Darurat

- a. Kasus-kasus Instalasi Rawat Darurat terdiri dari Kasus Bedah, Kasus Non Bedah dan kasus kebidanan, kasus Psikiatrik, kasus Anak
- b. Total pasien untuk masing-masing kasus dibedakan, apakah pasien tersebut pasien rujukan atau non rujukan

Laporan RL 3.3 Kegiatan Kesehatan Gigi dan Mulut

Istilah-istilah yang dipakai untuk masing-masing kegiatan sebagai berikut :

1. Jenis kegiatan
2. Tumpatan (Isian poin 1 dan 2)
3. Pengobatan pulpa (Isian poin 3)
4. Pencabutan (Isian poin 4 dan 5)
5. Pengobatan periodontal (Isian poin 6)
6. Pengobatan abses (Isian poin 7)
7. Pembersihan karang gigi (Isian poin 8)
8. Prothese lengkap (Isian poin 9)
9. Prothesa sebagian (Isian poin 10)
10. Prothesa cekat (Isian poin 11)
11. Orthodonti
12. Jacket/Bridge
13. Bedah mulut.

Laporan RL 3.4 Kegiatan Kebidanan

1. Persalinan

Diisi sesuai dengan jumlah banyaknya orang yang melahirkan di rumah sakit selama satu tahun. Jumlah persalinan harus sama dengan Jumlah Persalinan Normal ditambah dengan Persalinan Komplikasi ditambah dengan Sectio Cesarea.

2. Persalinan dengan komplikasi

Jumlah persalinan dengan komplikasi harus sama dengan penjumlahan dari perdarahan sebelum persalinan sampai dengan lain-lain.

3. Abortus

Diisi sesuai dengan jumlah banyaknya orang yang mengalami keguguran di rumah sakit selama 1 tahun.

4. Immunisasi terdiri dari TT1 dan TT2

Diisi sesuai dengan jumlah banyaknya kegiatan immunisasi yang dilakukan selama 1 tahun yang dirinci menurut jenis imunisasi yaitu TT1 dan TT2 baik yang berasal dari rujukan maupun non rujukan.

Laporan RL 3.5 Kegiatan Perinatologi

1. Bayi Lahir Hidup, diisi sesuai dengan jumlah banyaknya bayi lahir hidup di rumah sakit selama 1 tahun dengan kelahiran bayi :

- a. < 2500 gr, diisi sesuai dengan jumlah banyaknya bayi lahir hidup dengan berat badan kurang dari 2500 gr yang berasal dari rujukan medis dan non medis, maupun non rujukan serta jumlah yang mati
- b. ≥ 2500 gr, diisi sesuai dengan jumlah banyaknya bayi lahir hidup dengan berat badan sama atau lebih dari 2500 gr yang berasal dari rujukan medis dan non medis, maupun non rujukan serta jumlah yang mati

2. Kematian Perinatal

Diisi dengan jumlah banyaknya kematian perinatal di rumah sakit selama satu tahun yang terdiri dari:

- a. Kelahiran mati, diisi sesuai dengan jumlah banyaknya bayi lahir mati yang berasal dari rujukan maupun non rujukan

- b. Mati Neonatal <7 hari, diisi sesuai dengan jumlah banyaknya bayi lahir mati neonatal < 7 hari yang berasal dari rujukan maupun non rujukan

3. Sebab Kematian Perinatal

Diisi sesuai dengan jumlah banyaknya kematian perinatal yang berasal dari rujukan maupun non rujukan dengan jumlah sebab kematian.

Laporan RL 3.6 Kegiatan Pembedahan

Yang dimaksud dengan Kegiatan Radiologi adalah semua kegiatan Radiodiagnostik, Radiotherapi, Kedokteran Nuklir dan Imaging/Pencitraan yang dilakukan oleh Rumah Sakit, tidak terbatas pada kegiatan yang dilakukan pada Bagian Radiologi saja tapi juga termasuk kegiatan seperti tersebut diatas yang dilakukan di bagian lain dilingkungan Rumah Sakit yang bersangkutan.

Laporan RL 3.7 Kegiatan Radiologi

Yang dimaksud dengan Kegiatan Radiologi adalah semua kegiatan Radiodiagnostik, Radiotherapi, Kedokteran Nuklir dan Imaging/Pencitraan yang dilakukan oleh Rumah Sakit, tidak terbatas pada kegiatan yang dilakukan pada Bagian Radiologi saja tapi juga termasuk kegiatan seperti tersebut diatas yang dilakukan di bagian lain dilingkungan Rumah Sakit yang bersangkutan.

II. Tujuan Praktikum

Setelah mengikuti praktikum ini, peserta diharapkan mampu mempraktekan prosedur pembuatan laporan RL 3.1 sampai RL 3.7.

III. Persiapan

1. Modul perkuliahan dan buku catatan
2. Alat tulis
3. Formulir-formulir

Persiapan Fasilitator

Fasilitator diharapkan mengikuti petunjuk penggunaan modul praktikum pengisian formulir, sebagai berikut:

1. Mempelajari dan memahami SOP proses pelayanan pasien rawat jalan di rumah sakit.
2. Diperbolehkan memberikan pengayaan dari bahan tayangan standar yang ada dalam modul, sepanjang untuk menambah wawasan peserta dan mengikuti perkembangan peraturan, referensi, data/informasi yang relevan.
3. Sedapat mungkin untuk mengupload peraturan, buku-buku landasan teori yang dapat memudahkan peserta mempelajari materi yang akan disampaikan secara mandiri (e-Learning).

IV. Prosedur Praktikum

No	Prosedur	Keterangan
1	Petugas mengisi formulir yang disediakan	Lakukan dengan cermat
2	Isi formulir RL 3.1 yang meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan b. Jumlah pasien awal tahun c. Jumlah pasien masuk selama 1 tahun d. Jumlah pasien keluar hidup selama 1 tahun e. Jumlah pasien keluar mati <48 jam selama 1 tahun f. Jumlah pasien keluar mati \geq 48 jam selama 1 tahun g. Jumlah lama dirawat (hidup maupun mati) selama 1 tahun h. Jumlah pasien pada hari terakhir satu tahun i. Jumlah hari perawatan dari semua pasien yang dirawat selama satu tahun j. Jumlah hari perawatan VVIP selama satu tahun k. Jumlah hari perawatan VIP selama satu tahun l. Jumlah hari perawatan kelas I selama satu tahun m. Jumlah hari perawatan kelas II selama satu tahun 	Lakukan dengan cermat

	<p>n. Jumlah hari perawatan kelas III selama satu tahun</p> <p>o. Jumlah hari perawatan kelas khusus selama satu tahun</p> <p>p. Catatan penentuan jenis pelayanan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang berpindah tempat berkali-kali dalam 1 (satu) hari menggunakan diagnosa terakhir 2. Pasien pasien rawat inap di satu tempat dalam waktu ≤ 1 (satu) hari, berupa jenis pelayanan di tempat tersebut. 	
3	<p>Isi formulir RL 3.2 yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan b. Kasus-kasus Instalasi Rawat Darurat, meliputi: kasus bedah, kasus non bedah dan kasus kebidanan, kasus psikiatrik, kasus anak c. Total pasien, meliputi: pasien rujukan atau pasien non rujukan d. Tindak lanjut pelayanan, meliputi: dirawat, dirujuk atau pulang e. Jumlah pasien mati di IGD f. DOA, yaitu jumlah penderita yang mati sewaktu masih dalam perjalanan ke Rumah sakit g. Total pasien untuk setiap kolom. 	Lakukan dengan cermat
4	<p>Isi formulir RL 3.3 yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode Rumah Sakit, nama Rumah Sakit dan tahun pelaporan b. Jenis kegiatan, meliputi: jumlah tindakan yang dikerjakan untuk tiap kunjungan Tumpatan Gigi Tetap, Tumpatan Gigi Sulung, Pengobatan Pulpa, Pencabutan Gigi Tetap, Pencabutan Gigi Sulung, Pengobatan Periodontal, Pengobatan Abses, Pembersihan Karang Gigi, Prothese Lengkap, Prothese Sebagian, Prothese Cekat, Orthodonti, Jacket/Bridge, dan Bedah Mulut. 	Lakukan dengan cermat
5	<p>Isi formulir RL 3.4 yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode Rumah Sakit, nama Rumah Sakit dan tahun pelaporan b. Jenis kegiatan, meliputi: jumlah tindakan yang dikerjakan untuk tiap kunjungan Persalinan Normal, Sectio Caesaria, 	Lakukan dengan cermat

	<p>Persalinan dengan komplikasi, Perdarahan sebelum Persalinan, Perdarahan sesudah Persalinan, Pre Eklamsi, Eklamsi, Infeksi dan lain-lain, serta Abortus, Imunisasi TT1 dan TT2.</p> <p>c. Jumlah rujukan, meliputi: 1) Medis (Rumah Sakit, Bidan, Puskesmas dan faskes lainnya, jumlah pasien hidup, jumlah pasien mati dan jumlah totalnya) dan 2) Non medis (jumlah pasien hidup, jumlah pasien mati dan jumlah totalnya)</p> <p>d. Jumlah non rujukan, meliputi jumlah pasien hidup, jumlah pasien mati dan jumlah totalnya</p> <p>e. Jumlah dirujuk.</p>	
6	<p>Isi formulir RL 3.5 yang meliputi:</p> <p>a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode Rumah Sakit, nama Rumah Sakit dan tahun pelaporan</p> <p>b. Jenis kegiatan, meliputi: jumlah bayi lahir hidup, jumlah kematian perinatal dan sebab kematian perinatal.</p> <p>c. Jumlah rujukan, meliputi: 1) Medis (Rumah Sakit, Bidan, Puskesmas dan faskes lainnya, jumlah pasien mati dan jumlah totalnya) dan 2) Non medis (jumlah pasien mati dan jumlah totalnya)</p> <p>d. Jumlah non rujukan, meliputi jumlah pasien mati dan jumlah totalnya</p> <p>e. Jumlah dirujuk.</p>	Lakukan dengan cermat
7	<p>Isi formulir RL 3.6 yang meliputi:</p> <p>a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode Rumah Sakit, nama Rumah Sakit dan tahun pelaporan</p> <p>b. Tindakan operasi menurut spesialisasi meliputi: Bedah, Obstetrik dan Ginekologi, Bedah Saraf, THT, Mata, Kulit dan Kelamin, Gigi dan Mulut, Bedah Anak, Kardiovaskuler, Bedah Orthopedi, Thorak, Digestive, Urologi, dan lain-lain</p> <p>c. Tindakan operasi menurut golongan meliputi: banyaknya jumlah operasi khusus, operasi besar, operasi sedang dan operasi kecil untuk setiap tindakan operasi menurut spesialisasi.</p>	Lakukan dengan cermat
8	<p>Isi formulir RL 3.7 yang meliputi:</p> <p>a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode Rumah Sakit, nama Rumah Sakit dan tahun</p>	Lakukan dengan cermat

	<p>pelaporan</p> <p>b. Jumlah kegiatan foto menurut jenis foto selama satu tahun sesuai dengan jenis-jenis pemeriksaan yang dilakukan pada kegiatan Radiodiagnostik</p> <p>c. Jumlah banyaknya pasien dengan kegiatan penyinaran yang dilakukan selama satu tahun pada kegiatan Radioterapi</p> <p>d. Jumlah banyaknya pasien dengan kegiatan pemeriksaan Kedokteran Nuklir selama satu tahun</p> <p>e. Jumlah banyaknya pasien dengan kegiatan pemeriksaan Imaging/Pencitraan yang dilakukan selama satu tahun</p>	
9	Cek kelengkapan pengisian formulir	Lakukan dengan cermat
10	<i>Entry</i> data ke dalam program SIRS	Lakukan dengan cermat

V. Hasil Praktikum

1. Video tutorial langkah tindakan dapat dilihat pada link: <https://youtu.be/ZfAQA1s9n8o>
2. Mengupload laporan RL 3.1 sampai RL 3.7 rumah sakit yang telah dibuat oleh mahasiswa ke SPADA
3. Mengupload Formulir penilaian perasat tindakan prosedur pembuatan laporan RL 3.1 sampai RL 3.7 rumah sakit yang telah dinilai dan diparaf oleh dosen ke SPADA

VI. Dokumentasi

1. Mengupload Foto Dokumentasi dan Redemonstrasi mahasiswa praktikum pembuatan laporan RL 3.1 sampai RL 3.7 rumah sakit ke SPADA

Rangkuman

Formulir RL3 adalah formulir yang berisikan data kegiatan pelayanan rumah sakit, yang dilaporkan satu kali dalam setahun, paling lambat tanggal 15 bulan Januari tahun setelah tahun periode pelaporan. Terdapat 6 jenis laporan formulir RL3 yaitu: 1) Laporan RL3 3.1 kegiatan pelayanan rawat inap, 2) Laporan RL3 3.2 kegiatan pelayanan rawat darurat, 3) Laporan RL3 3.3 kegiatan kesehatan gigi dan mulut, 4) Laporan RL3 3.4 kegiatan kebidanan, 5) Laporan RL3 3.5 kegiatan

perinatology, 6) Laporan RL3 3.6 kegiatan pembedahan, dan 7) Laporan RL3 3.67 kegiatan radiologi.

Latihan Test 1

1. Menjawab pre test
2. Demonstrasikan tindakan pembuatan laporan RL 3.1 sampai RL 3.7 rumah sakit!
3. Menjawab post test

TEST 1

Gunakan format penilaian penampilan / checklist

SILAKAN ANDA MENGHUBUNGI FASILITATOR

Berikan tanda √ pada kolom ya jika melakukan dengan benar dan pada kolom tidak jika tidak melakukan/salah. Format penilaian sebagai berikut:

**FORMAT PROSEDUR PRAKTIKUM
PELAPORAN RL 3.1 SAMPAI 3.7 RUMAH SAKIT**

Nama Mahasiswa :

Jenis Tindakan : Pelaporan RL 3.1 sampai 3.7 Rumah Sakit

NIM :

Tingkat / Program :

Tanggal :

Fasilitator :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan dan buku catatan		
2	Alat tulis		
3	Formulir RL 3.1 sampai dengan RL 3.7		
B	Tahap-Tahap Prosedur Praktikum		
	Tahap Kerja		
1	Siapkan formulir yang dibutuhkan dan alat tulis		
2	Petugas mengisi formulir yang disediakan		
3	Isi formulir RL 3.1 yang meliputi: a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan		

	<ul style="list-style-type: none"> b. Jumlah pasien awal tahun c. Jumlah pasien masuk selama 1 tahun d. Jumlah pasien keluar hidup selama 1 tahun e. Jumlah pasien keluar mati <48 jam selama 1 tahun f. Jumlah pasien keluar mati \geq 48 jam selama 1 tahun g. Jumlah lama dirawat (hidup maupun mati) selama 1 tahun h. Jumlah pasien pada hari terakhir satu tahun i. Jumlah hari perawatan dari semua pasien yang dirawat selama satu tahun j. Jumlah hari perawatan VVIP selama satu tahun k. Jumlah hari perawatan VIP selama satu tahun l. Jumlah hari perawatan kelas I selama satu tahun m. Jumlah hari perawatan kelas II selama satu tahun n. Jumlah hari perawatan kelas III selama satu tahun o. Jumlah hari perawatan kelas khusus selama satu tahun p. Catatan penentuan jenis pelayanan: <ul style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang berpindah tempat berkali-kali dalam 1 (satu) hari menggunakan diagnosa terakhir 2. Pasien pasien rawat inap di satu tempat dalam waktu \leq 1 (satu) hari, berupa jenis pelayanan di tempat tersebut. 		
4	<p>Isi formulir RL 3.2 yang meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan b. Kasus-kasus Instalasi Rawat Darurat, meliputi: kasus bedah, kasus non bedah dan kasus kebidanan, kasus psikiatrik, kasus anak c. Total pasien, meliputi: pasien rujukan atau pasien non rujukan d. Tindak lanjut pelayanan, meliputi: dirawat, dirujuk atau pulang e. Jumlah pasien mati di IGD f. DOA, yaitu jumlah penderita yang mati sewaktu masih dalam perjalanan ke Rumah sakit g. Total pasien untuk setiap kolom 		
5	<p>Isi formulir RL 3.3 yang meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode Rumah Sakit, nama Rumah Sakit dan tahun pelaporan b. Jenis kegiatan, meliputi: jumlah tindakan yang dikerjakan untuk tiap kunjungan Tumpatan Gigi Tetap, Tumpatan Gigi Sulung, Pengobatan Pulpa, Pencabutan 		

	Gigi Tetap, Pencabutan Gigi Sulung, Pengobatan Periodontal, Pengobatan Abses, Pembersihan Karang Gigi, Prothese Lengkap, Prothese Sebagian, Prothese Cekat, Orthodonti, Jacket/Bridge, dan Bedah Mulut.		
6	<p>Isi formulir RL 3.4 yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identitas laporan, meliputi: nomor kode Rumah Sakit, nama Rumah Sakit dan tahun pelaporan Jenis kegiatan, meliputi: jumlah tindakan yang dikerjakan untuk tiap kunjungan Persalinan Normal, Sectio Caesaria, Persalinan dengan komplikasi, Perdarahan sebelum Persalinan, Perdarahan sesudah Persalinan, Pre Eclampsia, Eclampsia, Infeksi dan lain-lain, serta Abortus, Imunisasi TT1 dan TT2. Jumlah rujukan, meliputi: 1) Medis (Rumah Sakit, Bidan, Puskesmas dan faskes lainnya, jumlah pasien hidup, jumlah pasien mati dan jumlah totalnya) dan 2) Non medis (jumlah pasien hidup, jumlah pasien mati dan jumlah totalnya) Jumlah non rujukan, meliputi jumlah pasien hidup, 		
7	<p>Isi formulir RL 3.5 yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identitas laporan, meliputi: nomor kode Rumah Sakit, nama Rumah Sakit dan tahun pelaporan Jenis kegiatan, meliputi: jumlah bayi lahir hidup, jumlah kematian perinatal dan sebab kematian perinatal. Jumlah rujukan, meliputi: 1) Medis (Rumah Sakit, Bidan, Puskesmas dan faskes lainnya, jumlah pasien mati dan jumlah totalnya) dan 2) Non medis (jumlah pasien mati dan jumlah totalnya) Jumlah non rujukan, meliputi jumlah pasien mati dan jumlah totalnya 		
8	<p>Isi formulir RL 3.6 yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identitas laporan, meliputi: nomor kode Rumah Sakit, nama Rumah Sakit dan tahun pelaporan Tindakan operasi menurut spesialisasi meliputi: Bedah, Obstetrik dan Ginekologi, Bedah Saraf, THT, Mata, Kulit dan Kelamin, Gigi dan Mulut, Bedah Anak, Kardiovaskuler, Bedah Orthopedi, Thorak, Digestive, Urologi, dan lain-lain Tindakan operasi menurut golongan meliputi: banyaknya jumlah operasi khusus, operasi besar, operasi sedang dan 		

9	Isi formulir RL 3.7 yang meliputi: a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode Rumah Sakit, nama Rumah Sakit dan tahun pelaporan b. Jumlah kegiatan foto menurut jenis foto selama satu tahun sesuai dengan jenis-jenis pemeriksaan yang dilakukan pada kegiatan Radiodiagnostik c. Jumlah banyaknya pasien dengan kegiatan penyinaran yang dilakukan selama satu tahun pada kegiatan Radioterapi d. Jumlah banyaknya pasien dengan kegiatan pemeriksaan Kedokteran Nuklir selama satu tahun e. Jumlah banyaknya pasien dengan kegiatan pemeriksaan		
10	Cek kelengkapan pengisian formulir		
11	Entry data ke dalam program SIRS		
C	Komunikasi/Penampilan		
1	Penguasaan materi		
2	Komunikasi		
3	Ekspresi		
D. Hasil Praktikum			

SCORE:

REKOMENDASI:

Medan, April 2021

.....

FORMAT PENILAIAN

ASPEK/DIMENSI	SKALA PENILAIAN				
	Baik	Cukup	Kurang	Sangat Kurang	SKOR
	(≥81)	(61--80)	(41-60)	(≤40)	
Penguasaan Alat dan bahan					
Kesesuaian prosedur yang dilakukan					
Kemampuan komunikasi/Penampilan					
Kesesuaian Hasil praktikum					
total skor					

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Jumlah total skore}}{4} = \dots$$

Nilai ≥ 60 : lulus praktikum

Nilai < 60 : Ulangi materi dan latihan praktikum

Tanda Tangan Mahasiswa

Tanda Tangan Dosen pengampu

()

()

LAMPIRAN

RL 3.1. KEGITAN PELAYANAN RAWAT INAP

KODE RS : 1275622
 NAMA RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
 TAHUN : 2018

NO	JENIS PELAYANAN	PASIEN AWAL TAHUN	PASIEN MASUK	PASIEN KELUAR HIDUP	< 48 jam	>= 48 jam	JUMLAH LAMA DIRAWAT	PASIEN AKHIR TAHUN	JUMLAH HARI PERAWATAN	VVIP	VIP	I	II	III	KELAS KHUSUS	
1	Penyakit Dalam	44	2394	2291	85	25	13463	37	15864	0	246	1789	384	3	9986	0
2	Kesehatan Anak	14	1764	1757	10	0	6769	11	8536	0	87	671	367	2	4106	0
3	Obstetri	20	4180	4185	1	0	11898	14	16084	207	506	765	594	1	8665	0
4	Ginekologi	5	0	0	2	0	6	2	8	0	0	8	0	0	0	0
5	Bedah	12	1128	1115	5	0	5546	20	6666	0	0	318	899	5449	0	0
6	Bedah Orthopedi	0	301	294	0	0	1076	7	1370	0	0	213	633	524	0	0
7	Bedah Saraf	0	251	246	5	0	1382	0	1633	0	0	267	666	700	0	0
8	Luka Bakar	2	52	48	0	6	654	0	708	0	0	0	0	0	0	708
9	S a r a f	5	367	288	58	25	1388	1	1759	0	89	1670	0	0	0	0
10	J i w a	0	4	4	0	0	13	0	17	0	0	17	0	0	0	0

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

11	Psikologi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Penatalaksana Pnyguna. NAPZA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	T H T	0	48	48	0	0	167	0	215	0	0	115	100	0	0
14	M a t a	0	1	1	0	0	2	0	3	0	0	3	0	0	0
15	Kulit & Kelamin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	Kardiologi	1	305	305	0	0	1162	1	1467	0	0	1467	0	0	0
17	Paru-paru	16	565	454	90	20	2332	17	2896	0	0	655	0	2241	0
18	Geriatri	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	Radioterapi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	Kedokteran Nuklir	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	K u s t a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	Rehabilitasi Medik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	Isolasi	0	106	32	60	0	375	14	467	0	0	0	0	0	467
24	I C U	12	594	57	269	269	2053	11	2648	0	0	0	0	0	2648
25	I C C U	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	NICU / PICU	4	5	0	6	0	30	3	36	0	0	0	0	0	36
27	Umum	6	168	174	0	0	314	0	488	0	80	408	0	0	0
28	Gigi & Mulut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
29	Pelayanan Rawat Darurat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
88	Perinatologi	5	298	267	36	0	1680	0	1983	0	0	0	0	0	1983

MEDAN, 10 JANUARI 2019

DIKETAHUI OLEH :

RL 3.2. KUNJUNGAN RAWAT DARURAT

KODE RS : 1275622
 NAMA RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
 TAHUN : 2018

NO	JENIS PELAYANAN	TOTAL PASIEN RUJUKAN	TOTAL PASIEN_NON RUJUKAN	TINDAK LANJUT PELAYANAN_DIRAWAT	TINDAK LANJUT PELAYANAN_DIRUJUK	TINDAK LANJUT PELAYANAN_PULANG	MATI DI UGD	DOA
1	Bedah	163	1115	1261	2	0	0	0
2	Non Bedah	300	9799	3832	24	8114	43	62
3	Kebidanan	1880	1406	2980	2	453	0	0
4	Psikiatrik	3	3	6	0	0	0	0
5	Anak	329	1507	1818	0	0	14	12

MEDAN, 10 JANUARI 2019

DIKETAHUI OLEH :

RL 3.3. KEGIATAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT

KODE RS : 1275622
NAMA RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
TAHUN : 2018

NO	JENIS KEGIATAN	JUMLAH
1	Tumpatan Gigi Tetap	
2	Tumpatan Gigi Sulung	
3	Pengobatan Pulpa	43
4	Pencabutan Gigi Tetap	
5	Pencabutan Gigi Sulung	
6	Pengobatan Periodontal	1
7	Pengobatan Abses	28
8	Pembersihan Karang Gigi	7
9	Prothese Lengkap	
10	Prothese Sebagian	
11	Prothese Cekat	
12	Orthodonti	6
13	Jacket/Bridge	
14	Bedah Mulut	

MEDAN, 10 JANUARI 2019
DIKETAHUI OLEH :

dr.Hedy Tan, Sp.Og, MOG, MARS
Direktur RSU IPI

RL 3.4. KEGIATAN KEBIDANAN

KODE RS : 1275622
 NAMA RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
 TAHUN : 2018

NO	JENIS KEGIATAN	RM RUMAH SAKIT	RM BIDA N	RM PUSKES MAS	RM FASKE S LAINN YA	RM HIDUP	RM MATI	RM TOT AL	RNM HIDU P	RNM MATI	RNM TOTAL	NR HIDUP	NR MATI	NR TOTAL	DIRUJU K
1	Persalinan Normal	110	372	25	39	546	0	546	54	0	44	110	0	110	0
2	Sectio caesaria	165	505	120	99	889	0	889	101	0	101	99	2	101	0
3	Pers dg komplikasi	15	27	8	13	63	0	63	0	0	0	0	0	0	0
3.1	Perd sbl Persalinan	10	14	0	6	30	0	30	0	0	0	3	0	3	0
3.2	Perd sdh Persalinan	5	30	2	8	45	0	44	7	0	7	8	0	8	0
3.3	Pre Eclampsia	9	20	1	2	32	0	32	0	0	0	0	0	0	0
3.4	Eclampsia	4	11	0	4	19	0	19	2	0	2	2	0	2	0
3.5	Infeksi	0	3	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0
3.6	Lain - Lain	62	23	17	33	135	0	135	1	1	3	6	0	6	0
4	Abortus	34	134	25	29	222	0	212	23	1	24	40	1	41	0
5.1	Imunisasi - TT1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5.2	Imunisasi - TT2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

MEDAN, 10 JANUARI 2019
 DIKETAHUI OLEH :

RL 3.5. KEGIATAN PERINATOLOGI

KODE RS : 1275622
 NAMA RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
 TAHUN : 2018

NO	JENIS KEGIATAN	RM RUMAH SAKIT	RM BIDAN	RM PUSKESM AS	RM FASKES LAINNYA	RM MATI	RM TOTAL	RNM MATI	RNM TOTAL	NR MATI	NR TOTAL	DIRUJUK
1	Bayi Lahir Hidup	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.1	>= 2500 gram	68	69	0	0	0	137	0	0	0	0	0
1.2	< 2500 gram	95	71	0	0	0	166	0	0	0	0	0
2	Kematian Perinatal	1	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0
2.1	Kelahiran Mati	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.2	Mati Neonatal < 7 Hari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Sebab Kematian	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.1	Asphyxia	1	3	0	0	0	4	0	0	0	0	0
3.2	Trauma Kelahiran	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.3	BBLR	9	4	0	0	0	13	0	0	0	0	0
3.4	Tetanus Neonatorum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.5	Kelainan Congenital	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0
3.6	ISPA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.7	Diare	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
3.8	Lain - Lain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

MEDAN, 10 JANUARI 2019
 DIKETAHUI OLEH :

RL 3.6. KEGIATAN PEMBEDAHAN

KODE RS : 1275622
NAMA RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
TAHUN : 2018

NO	SPEKIALISASI	TOTAL	KHUSUS	BESAR	SEDANG	KECIL
1	Bedah	0	0	202	0	0
2	Obstetrik & Ginekologi	0	294	1470	0	30
3	Bedah Saraf	0	75	0	0	0
4	T H T	0	54	0	0	0
5	Mata	0	70	0	0	0
6	Kulit & Kelamin	0	0	0	0	0
7	Gigi & Mulut	0	50	0	0	0
8	Bedah Anak	0	111	0	0	0
9	Kardiovaskuler	0	91	0	0	0
10	Bedah Orthopedi	0	266	0	0	0
11	Thorak	0	0	0	0	28
12	Digestive	0	0	0	190	0
13	Urologi	0	240	0	0	0
14	Lain-Lain	0	155	0	0	0

MEDAN, 10 JANUARI 2019
DIKETAHUI OLEH :

dr.Hedy Tan, Sp.Og, MOG, MARS
Direktur RSU IPI

RL 3.7. KEGIATAN RADIOLOGI

KODE RS : 1275622
NAMA RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
TAHUN : 2018

NO	JENIS KEGIATAN	JUMLAH
1	Foto tanpa bahan kontras	9201
2	Foto dengan bahan kontras	34
3	Foto dengan rol film	0
4	Flouroskopi	0
5	Foto Gigi :	45
6	C.T. Scan :	1246
7	Lymphografi	0
8	Angiograpi	0
9	Lain-Lain	0
1.1	Jumlah Kegiatan Radiotherapi	0
1.2	Lain-Lain	0
2.1	Jumlah Kegiatan Diagnostik	0
2.2	Jumlah Kegiatan Therapi	0
2.3	Lain-Lain	0
3.1	USG	2635
3.2	MRI	0
3.3	Lain-lain	0

MEDAN, 10 JANUARI 2019
DIKETAHUI OLEH :

dr.Hedy Tan, Sp.Og, MOG, MARS
Direktur RSU IPI

KEGIATAN PRAKTIKUM 12

PRAKTIKUM PROSEDUR PEMBUATAN LAPORAN RL 3.8 SAMPAI

3.15

dr. John Barker Liem, MKM

I. Dasar Teori

Laporan RL 3.8

Kegiatan pemeriksaan Patologi Klinik terdiri dari:

- a. Pemeriksaan Hematologi
- b. Pemeriksaan Kimia Klinik

Untuk pemeriksaan laboratorium Patologi Klinik meliputi semua kegiatan pemeriksaan laboratorium Patologi Klinik di Rumah Sakit yang total kegiatannya akan terlihat pada lajur 99. Pengisian Formulir Pemeriksaan Laboratorium harus sesuai antara jumlah di setiap point dengan jumlah sub point dan jumlah sub sub point.

Laporan RL 3.9

Pelayanan Rehabilitasi Medik biasanya dilakukan pada Rumah Sakit Umum, Rumah Sakit Orthopedi dan Prothese serta Rumah Sakit Jiwa dan Rumah Sakit Kusta.

Laporan RL 3.10

- Jika satu jenis kegiatan dilakukan di beberapa Unit/bagian maka angka yang dilaporkan adalah penjumlahan angka-angka dari unit unit/bagian yang melakukan kegiatan tersebut
- Untuk Kegiatan Pelayanan Khusus yang belum tercantum pada lajur-lajur yang telah ditetapkan maka tuliskan kegiatan tersebut pada lajur 88 lain-lain.

Laporan RL 3.11

- Kegiatan yang termasuk didalamnya adalah kegiatan yang dilakukan di poliklinik Psikiatri Rumah Sakit
- Data yang dilaporkan adalah jumlah kunjungan dari penderita yang datang ke poliklinik Psikiatri tersebut.

Laporan RL 3.12

Kegiatan Keluarga Berencana terdiri dari Konseling, KB Baru dengan Cara Masuk, KB Baru dengan Kondisi, Kunjungan Ulang dan Keluhan Efek Samping.

Laporan RL 3.13

1. Pengadaan Obat

Data yang dilaporkan adalah jumlah item obat yang masuk dalam daftar formularium dan jumlah item obat yang tersedia di rumah sakit.

- a) Golongan obat
- b) Jumlah item obat
- c) Jumlah item obat yang tersedia di rumah sakit
- d) Jumlah item obat formularium tersedia di rumah sakit

2. Penulisan dan Pelayanan Resep

Data yang dilaporkan berdasarkan Asal Resep yang dirinci menjadi 3 yaitu:

- a. Resep dari Pasien rawat Jalan
- b. Resep dari IGD
- c. Resep dari Pasien rawat Inap, untuk resep yang diberikan secara Individual.

Laporan RL 3.14

Kegiatan Rujukan untuk pengobatan/perawatan penderita akan tercermin dalam pola pengiriman penderita dari suatu unit kepada unit yang lebih mampu dan sebaliknya. Untuk dapat memperoleh informasi tentang pola pengiriman penderita tersebut dimintakan data tentang penderita rujukan dan penderita dirujuk.

Laporan RL 3.15

Diisi sesuai dengan Cara Pembayaran Pasien terdiri dari:

1. Membayar sendiri

Keluarga pasien membayar sendiri baik dengan tunai maupun non tunai tanpa adanya peran serta dari pihak ke-3.

2. Asuransi
 - a. Pemerintah
 - b. Swasta
 - c. Keringanan (*cost sharing*)
 - d. Gratis.

II. Tujuan Praktikum

Setelah mengikuti praktikum ini, peserta diharapkan mampu mempraktekan prosedur pembuatan laporan RL 3.8 sampai RL 3.15.

III. Persiapan

1. Modul perkuliahan dan buku catatan
2. Alat tulis
3. Formulir-formulir

Persiapan Fasilitator

Fasilitator diharapkan mengikuti petunjuk penggunaan modul praktikum pengisian formulir, sebagai berikut:

1. Mempelajari dan memahami SOP proses pelayanan pasien rawat jalan di rumah sakit.
2. Diperbolehkan memberikan pengayaan dari bahan tayangan standar yang ada dalam modul, sepanjang untuk menambah wawasan peserta dan mengikuti perkembangan peraturan, referensi, data/informasi yang relevan.
3. Sedapat mungkin untuk mengupload peraturan, buku-buku landasan teori yang dapat memudahkan peserta mempelajari materi yang akan disampaikan secara mandiri (e-Learning).

IV. Prosedur Praktikum

No	Prosedur	Keterangan
1	Petugas mengisi formulir yang disediakan	Lakukan dengan cermat
2	Isi formulir RL 3.8 yang meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan b. Jenis kegiatan pemeriksaan Hematologi (antara lain: Sitologi Sel Darah, Sitokimia Darah, Analisa Hb, Perbankan Darah, Hemostasis dan Kelompok pemeriksaan lain) c. Jenis kegiatan pemeriksaan Kimia Klinik (antara lain : Protein dan NPN, Karbohidrat, Lipid, Lipoprotein, Apoprotein, Enzim, Mikronutrient dan Monitoring kadar terapi obat, Elektrolit, Fungsi Organ, Hormon dan Fungsi Endokrin serta Kelompok pemeriksaan lain), 2 s/d 2.9.14 d. Jenis kegiatan pemeriksaan laboratorium Patologi Klinik meliputi semua kegiatan pemeriksaan laboratorium Patologi Klinik di Rumah Sakit yang total kegiatannya akan terlihat pada lajur 99 e. Pemeriksaan Laboratorium harus sesuai antara jumlah di setiap point dengan jumlah sub point dan jumlah sub sub point. 	Lakukan dengan cermat
3	Isi formulir RL 3.9 yang meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan b. Jenis tindakan Medis, meliputi: (1) Tindakan Fisioterapi dari butir No.1.1 sampai dengan 1.10, (2) Tindakan Okupasiterapi dari butir No. 2.1. sampai dengan 2.6, (3) Tindakan Terapi Wicara dari butir No. 3.1 sampai dengan 3.9, (4) Psikologi dari butir No. 4.1 sampai dengan 4.4, (5) Sosial Medis dari butir No. 5.1 sampai dengan 5.3, (6) Ortotik Prostetik dari butir 6.1 sampai dengan 6.4, (7) Penjumlahan dari butir No. 7.1 sampai dengan 7.3, diisi dengan jumlah kegiatan selama satu tahun untuk masing-masing jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit c. Kegiatan Pembuatan alat bantu (No.7.1) dan Pembuatan alat anggota tiruan (No. 7.2), diisi dengan jumlah alat-alat pembantu yang selesai 	Lakukan dengan cermat

	<p>dibuat dalam satu tahun</p> <p>d. Kegiatan kunjungan rumah, diisi sesuai dengan jumlah kegiatan yang selesai pada satu tahun.</p>	
4	<p>Isi formulir RL 3.10 yang meliputi:</p> <p>a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan</p> <p>b. Jenis kegiatan, meliputi: Elektro Kardiographi (EKG), Elektro Myographi (EMG), Echo Cardiographi (ECG), Endoskopi (semua bentuk), Hemodialisa, Densometri Tulang, Pungsi, Spirometri, Tes Kulit/Alergi/Histamin, Topometri, Akupuntur, Hiperbarik, Herbal / jamu, dan lain-lain</p> <p>c. Kolom jumlah berisi angka yang dilaporkan, yaitu penjumlahan angka-angka dari unit-unit/bagian yang melakukan kegiatan tersebut.</p>	Lakukan dengan cermat
5	<p>Isi formulir RL 3.11 yang meliputi:</p> <p>a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan</p> <p>b. Jenis layanan, meliputi: Psikotes, Konsultasi, Terapi Medikamentosa, Elektro Medik, Psikoterapi, Play Therapy, dan Rehabilitasi Medik Psikiatrik</p> <p>c. Kolom jumlah, diisi dengan jumlah kunjungan penderita untuk setiap jenis layanan.</p>	Lakukan dengan cermat
6	<p>Isi formulir RL 3.12 yang meliputi:</p> <p>a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan</p> <p>b. Konseling antara lain dilaksanakan pada saat Ante Natal Care (ANC), Selama Persalinan, Pasca Persalinan</p> <p>c. KB baru dengan cara masuk : bukan rujukan, rujukan rawat inap dan rujukan rawat jalan berdasarkan metoda kontrasepsi yang dipakai</p> <p>d. KB baru dengan kondisi; diisi dengan jumlah peserta KB Baru dengan kondisi Pasca Persalinan, Abortus dan lainnya berdasarkan metoda kontrasepsi yang dipakai</p> <p>e. Kunjungan ulang; diisi dengan jumlah jumlah kunjungan ulang berdasarkan metoda kontrasepsi yang dipakai</p> <p>f. Keluhan efek samping; diisi dengan jumlah keluhan efek samping dan keluhan efek samping yang dirujuk keatas, berdasarkan metoda kontrasepsi yang dipakai.</p>	Lakukan dengan cermat

7	<p>Isi formulir RL 3.13 yang meliputi:</p> <p>a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan</p> <p>b. Pengadaan obat, meliputi: golongan obat, jumlah item obat, jumlah item obat yang tersedia di rumah sakit, dan jumlah item obat formularium tersedia di rumah sakit</p> <p>c. Penulisan dan pelayanan resep, meliputi: resep dari pasien rawat jalan, resep dari IGD dan resep dari pasien rawat inap.</p>	Lakukan dengan cermat
8	<p>Isi formulir RL 3.14 yang meliputi:</p> <p>a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan</p> <p>b. Jenis spesialisasi, meliputi: Penyakit Dalam, Bedah, Kesehatan Anak, Obsterik & Ginekologi, Keluarga Berencana, Saraf, Jiwa, THT, Mata, Kulit & Kelamin, Gigi & Mulut, Radiologi, Paru-Paru, dan spesialisasi lain</p> <p>c. Rujukan, meliputi diterima dari Puskesmas, diterima dari fasilitas kesehatan lain, diterima dari Rumah Sakit lain, dikembalikan ke Puskesmas, dikembalikan ke fasilitas kesehatan lain dan dikembalikan ke Rumah Sakit asal</p> <p>d. Dirujuk, meliputi pasien rujukan, pasien dating sendiri dan pasien diterima kembali.</p>	Lakukan dengan cermat
9	<p>Isi formulir RL 3.15 yang meliputi:</p> <p>a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan</p> <p>b. Cara pembayaran pasien, meliputi: 1) Membayar sendiri dan 2) Asuransi (Pemerintah, swasta, keringanan/<i>cost sharing</i> dan gratis) untuk pasien rawap inap dan pasien rawat jalan.</p>	Lakukan dengan cermat
10	Cek kelengkapan pengisian formulir	Lakukan dengan cermat
11	<i>Entry</i> data ke dalam program SIRS	Lakukan dengan cermat

V. Hasil Praktikum

1. Video tutorial langkah tindakan dapat dilihat pada link: <https://youtu.be/ZfAQA1s9n8o>
2. Mengupload laporan RL 3.8 sampai RL 3.15 yang telah mahasiswa ke SPADA

3. Mengupload Formulir penilaian perasat tindakan prosedur pembuatan laporan RL 3.8 sampai RL 3.15 yang telah dinilai dan diparaf oleh dosen ke SPADA

VI. Dokumentasi

1. Mengupload Foto Dokumentasi dan Redemonstrasi mahasiswa praktikum pembuatan laporan RL 3.8 sampai RL 3.15 ke SPADA

Rangkuman

Terdapat 8 laporan yang terdiri dari: 1) Laporan RL 3.8; untuk pemeriksaan laboratorium Patologi Klinik meliputi semua kegiatan pemeriksaan laboratorium Patologi Klinik di Rumah Sakit yang total kegiatannya akan terlihat pada lajur 99, 2) Laporan RL 3.9; Pelayanan Rehabilitasi Medik biasanya dilakukan pada Rumah Sakit Umum, Rumah Sakit Orthopedi dan Prothese serta Rumah Sakit Jiwa dan Rumah Sakit Kusta, 3) Laporan RL 3.10; jika satu jenis kegiatan dilakukan di beberapa Unit/bagian maka angka yang dilaporkan adalah penjumlahan angka-angka dari unit unit/bagian yang melakukan kegiatan tersebut, 4) Laporan RL 3.11; kegiatan yang termasuk didalamnya adalah kegiatan yang dilakukan di poliklinik Psikiatri Rumah Sakit, 5) Laporan RL 3.12; kegiatan Keluarga Berencana terdiri dari konseling, KB baru dengan cara masuk, KB Baru dengan kondisi, kunjungan ulang dan keluhan efek samping, 6) Laporan RL 3.13; terkait pengadaan obat, penulisan dan pelayanan resep, 7) laporan RL 3.14; kegiatan rujukan untuk pengobatan/perawatan penderita akan tercermin dalam pola pengiriman penderita dari suatu unit kepada unit yang lebih mampu dan sebaliknya, dan 8) Laporan RL 3.15; diisi sesuai dengan cara pembayaran terdiri dari membayar sendiri, asuransi, keringanan dan gratis.

Latihan Test 1

1. Menjawab pre test
2. Demonstrasikan tindakan pembuatan laporan RL 3.8 sampai RL 3.15!
3. Menjawab post test

TEST 1

Gunakan format penilaian penampilan / checklist

SILAKAN ANDA MENGHUBUNGI FASILITATOR

Berikan tanda √ pada kolom ya jika melakukan dengan benar dan pada kolom tidak jika tidak melakukan/salah. Format penilaian sebagai berikut:

FORMAT PROSEDUR PRAKTIKUM

PELAPORAN RL 3.8 SAMPAI 3.15 RUMAH SAKIT

Nama Mahasiswa :
 Jenis Tindakan : Pelaporan RL 3.8 sampai 3.15 Rumah Sakit
 NIM :
 Tingkat / Program :
 Tanggal :
 Fasilitator :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan dan buku catatan		
2	Alat tulis		
3	Formulir RL 3.8 sampai dengan 3.15		
B	Tahap-Tahap Prosedur Praktikum		
	Tahap Kerja		
1	Siapkan formulir yang dibutuhkan dan alat tulis		
2	Petugas mengisi formulir yang disediakan		
3	Isi formulir RL 3.8 yang meliputi: a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan b. Jenis kegiatan pemeriksaan Hematologi (antara lain: Sitologi Sel Darah, Sitokimia Darah, Analisa Hb, Perbankan Darah, Hemostasis dan Kelompok pemeriksaan lain) c. Jenis kegiatan pemeriksaan Kimia Klinik (antara lain : Protein dan NPN, Karbohidrat, Lipid, Lipoprotein, Apoprotein, Enzim, Mikronutrient dan Monitoring kadar terapi obat, Elektrolit, Fungsi Organ, Hormon dan Fungsi Endokrin serta Kelompok pemeriksaan lain), 2 s/d 2.9.14 d. Jenis kegiatan pemeriksaan laboratorium Patologi Klinik meliputi semua kegiatan pemeriksaan laboratorium		

	<p>Patologi Klinik di Rumah Sakit yang total kegiatannya akan terlihat pada lajur 99</p> <p>e. Pemeriksaan Laboratorium harus sesuai antara jumlah di setiap point dengan jumlah sub point dan jumlah sub sub point.</p>		
4	<p>Isi formulir RL 3.9 yang meliputi:</p> <p>a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan</p> <p>b. Jenis tindakan Medis, meliputi: (1) Tindakan Fisioterapi dari butir No.1.1 sampai dengan 1.10, (2) Tindakan Okupasiterapi dari butir No. 2.1. sampai dengan 2.6, (3) Tindakan Terapi Wicara dari butir No. 3.1 sampai dengan 3.9, (4) Psikologi dari butir No. 4.1 sampai dengan 4.4, (5) Sosial Medis dari butir No. 5.1 sampai dengan 5.3, (6) Ortotik Prostetik dari butir 6.1 sampai dengan 6.4, (7) Penjumlahan dari butir No. 7.1 sampai dengan 7.3, diisi dengan jumlah kegiatan selama satu tahun untuk masing-masing jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit</p> <p>c. Kegiatan Pembuatan alat bantu (No.7.1) dan Pembuatan alat anggota tiruan (No. 7.2), diisi dengan jumlah alat-alat pembantu yang selesai dibuat dalam satu tahun</p> <p>d. Kegiatan kunjungan rumah, diisi sesuai dengan jumlah kegiatan yang selesai pada satu tahun.</p>		
5	<p>Isi formulir RL 3.10 yang meliputi:</p> <p>a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan</p> <p>b. Jenis kegiatan, meliputi: Elektro Kardiographi (EKG), Elektro Myographi (EMG), Echo Cardiographi (ECG), Endoskopi (semua bentuk), Hemodialisa, Densometri Tulang, Pungsi, Spirometri, Tes Kulit/Alergi/Histamin, Topometri, Akupuntur, Hiperbarik, Herbal / jamu, dan lain-lain</p> <p>c. Kolom jumlah berisi angka yang dilaporkan, yaitu penjumlahan angka-angka dari unit-unit/bagian yang melakukan kegiatan tersebut.</p>		

6	<p>Isi formulir RL 3.11 yang meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan b. Jenis layanan, meliputi: Psikotes, Konsultasi, Terapi Medikamentosa, Elektro Medik, Psikoterapi, Play Therapy, dan Rehabilitasi Medik Psikiatrik c. Kolom jumlah, diisi dengan jumlah kunjungan penderita untuk setiap jenis layanan. 		
7	<p>Isi formulir RL 3.12 yang meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan b. Konseling antara lain dilaksanakan pada saat Ante Natal Care (ANC), Selama Persalinan, Pasca Persalinan c. KB baru dengan cara masuk : bukan rujukan, rujukan rawat inap dan rujukan rawat jalan berdasarkan metoda kontrasepsi yang dipakai d. KB baru dengan kondisi; diisi dengan jumlah peserta KB Baru dengan kondisi Pasca Persalinan, Abortus dan lainnya berdasarkan metoda kontrasepsi yang dipakai e. Kunjungan ulang; diisi dengan jumlah jumlah kunjungan ulang berdasarkan metoda kontrasepsi yang dipakai f. Keluhan efek samping; diisi dengan jumlah keluhan efek samping dan keluhan efek samping yang dirujuk keatas, berdasarkan metoda kontrasepsi yang dipakai. 		
8	<p>Isi formulir RL 3.13 yang meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan b. Pengadaan obat, meliputi: golongan obat, jumlah item obat, jumlah item obat yang tersedia di rumah sakit, dan jumlah item obat formularium tersedia di rumah sakit c. Penulisan dan pelayanan resep, meliputi: resep dari pasien rawat jalan, resep dari IGD dan resep dari pasien rawat inap. 		

9	Isi formulir RL 3.14 yang meliputi: a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan b. Jenis spesialisasi, meliputi: Penyakit Dalam, Bedah, Kesehatan Anak, Obsterik & Ginekologi, Keluarga Berencana, Saraf, Jiwa, THT, Mata, Kulit & Kelamin, Gigi & Mulut, Radiologi, Paru-Paru, dan spesialisasi lain c. Rujukan, meliputi diterima dari Puskesmas, diterima dari fasilitas kesehatan lain, diterima dari Rumah Sakit lain, dikembalikan ke Puskesmas, dikembalikan ke fasilitas kesehatan lain dan dikembalikan ke Rumah Sakit asal d. Dirujuk, meliputi pasien rujukan, pasien datang sendiri dan pasien diterima kembali.		
10	Isi formulir RL 3.15 yang meliputi: a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan b. Cara pembayaran pasien, meliputi: 1) Membayar sendiri dan 2) Asuransi (Pemerintah, swasta, keringanan/ <i>cost sharing</i> dan gratis) untuk pasien rawap inap dan pasien		
11	Cek kelengkapan pengisian formulir		
12	Entry data ke dalam program SIRS		
C	Komunikasi/Penampilan		
1	Penguasaan materi		
2	Komunikasi		
3	Ekspresi		
D. Hasil Praktikum			

SCORE:

REKOMENDASI:

Medan, April 2021

.....

FORMAT PENILAIAN

ASPEK/DIMENSI	SKALA PENILAIAN				
	Baik	Cukup	Kurang	Sangat Kurang	SKOR
	(≥81)	(61--80)	(41-60)	(≤40)	
Penguasaan Alat dan bahan					
Kesesuaian prosedur yang dilakukan					
Kemampuan komunikasi/Penampilan					
Kesesuaian Hasil praktikum					
total skor					

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Jumlah total skore}}{4} = \dots$$

Nilai ≥ 60 : lulus praktikum

Nilai < 60 : Ulangi materi dan latihan praktikum

Tanda Tangan Mahasiswa

Tanda Tangan Dosen pengampu

()

()

LAMPIRAN

RL 3.8. KEGIATAN LABORATORIUM

KODE RS : 1275622
NAMA RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
TAHUN : 2018

NO	JENIS KEGIATAN	JUMLAH
1.1.1	Eosinofil, hitung jumlah	16384
1.1.2	Eritrosit, hitung jumlah	16384
1.1.3	Leukosit, hitung jenis	16384
1.1.4	Leukosit, hitung jumlah	16384
1.1.5	Limfosit plasma biru, hitung jumlah	16384
1.1.6	Morfologi sel	48
1.1.7	Retikulosit, hitung jumlah	12
1.1.8	Trombosit, hitung jumlah	16384
1.3.1	Hemoglobin A2, penetapan kadar	275
1.4.1	Coomb's, percob. direk, indirek	9
1.4.2	Penetapan gol darah A, B, O, Rh dll	445
1.4.4	Uji silang mayor/minor	1433
1.5.4	D Dimer	44
1.5.11	Pembekuan, masa	1498
1.5.13	Perdarahan, masa	1498
1.5.17	Protrombin plasma, masa	207
1.5.19	Trombin, masa	54
1.6.6	Laju endapan darah	28
1.6.7	Sel L.E.	1
2.1.1	Albumin	1293
2.1.3	Asam urat	383
2.1.4	Bilirubin	1358
2.1.6	Globulin	26
2.1.8	Kreatinin	4782
2.1.18	Protein Total, penetapan kuantitatif	3
2.1.19	Urea/BUN	4782
2.2.4	Glukosa	16455
2.3.3	Kolesterol High Density Lipoprotein (HDL)	400
2.3.4	Kolesterol Low Density Lipoprotein (LDL)	797
2.3.5	Kolesterol total	450
2.3.6	Lipid total	450
2.3.9	Trigliserida	806
2.4.1	Alkali fosfatase	820
2.4.3	Amilase	1

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

2.4.8	Gamma GT/Glutamil Transferase	24
2.4.10	Glutamat Oksaloasetik Transaminase/GOT=Aspartat Am	1656
2.4.11	Glutamat Piruvat Transaminase/GPT = Alanin Amino T	1656
2.4.16	Lipase	2
2.5.3	Besi, penetapan kadar	16
2.5.4	Besi - TIBC	81
2.6.2	Kalium	9458
2.6.4	Klorida	9458
2.6.5	Natrium	9458
2.8.13	Hb glikosilat/HbA1c	95
2.8.14	Human Chorionic Gonadotropin/HCG	21
2.8.16	Iodine uptake dan saturasi/T3 dan T4 uptake	57
2.8.23	Progesteron	1
2.8.28	Thyroxin dalam serum/T4	29
2.8.30	Thyroid Stimulating Hormon/TSH	68
2.9.2	Analisa cairan otak	10
2.9.3	Analisa cairan sendi	1
2.9.4	Analisa cairan tubuh	15
2.9.6	Analisa tinja: sel darah, lemak, sisa makanan	618

MEDAN, 10 JANUARI 2019

DIKETAHUI OLEH :

dr.Hedy Tan, Sp.Og, MOG, MARS
Direktur RSU IPI

RL 3.9. KEGIATAN REHABILITASI MEDIK

KODE RS : 1275622
NAMA RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
TAHUN : 2018

NO	JENIS TINDAKAN	JUMLAH
1	Medis	0
1.1	Gait Analyzer	0
1.2	E M G	0
1.3	Uro Dinamic	0
1.4	Side Back	0
1.5	E N Tree	0
1.6	Spyrometer	0
1.7	Static Bicycle	1016
1.8	Tread Mill	0
1.9	Body Platysmograf	0
1.10	lain-lain	0
2	Fisioterapi	0
2.1	Latihan Fisik	1578
2.2	Aktinoterapi	8549
2.3	Elektroterapi	861
2.4	Hidroterapi	0
2.5	Traksi Lumbal & Cervical	369
2.6	Lain-Lain	509
3	Okupasiterapi	0
3.1	Snoosien Room	0
3.2	Sensori Integrasi	0
3.3	Latihan aktivitas kehidupan sehari-hari	0
3.4	Proper Body Mekanik	0
3.5	Pembuatan Alat Lontar & Adaptasi Alat	0
3.6	Analisa Persiapan Kerja	0
3.7	Latihan Relaksasi	0
3.8	Analisa & Intervensi, Persepsi, Kognitif, Psikomot	0
3.9	Lain-lain	0
4	Terapi Wicara	0
4.1	Fungsi Bicara	1636
4.2	Fungsi Bahasa / Laku	1636
4.3	Fungsi Menelan	0
4.4	Lain-lain	0
5	Psikologi	0
5.1	Psikolog Anak	0
5.2	Psikolog Dewasa	0

■ Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM

5.3	Lain-lain	0
6	Sosial Medis	0
6.1	Evaluasi Lingkungan Rumah	0
6.2	Evaluasi Ekonomi	0
6.3	Evaluasi Pekerjaan	0
6.4	Lain-lain	0
7	Ortotik Prostetik	0
7.1	Pembuatan Alat Bantu	0
7.2	Pembuatan Alat Anggota Tiruan	0
7.3	Lain-Lain	0
8	Kunjungan Rumah	0

MEDAN, 10 JANUARI 2019

DIKETAHUI OLEH :

dr.Hedy Tan, Sp.Og, MOG, MARS

Direktur RSU IPI

RL 3.10. KEGIATAN PELAYANAN KHUSUS

KODE RS : 1275622
NAMA RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
TAHUN : 2018

NO	JENIS KEGIATAN	JUMLAH
1	Elektro Kardiographi (EKG)	5386
2	Elektro Myographi (EMG)	0
3	Echo Cardiographi (ECG)	369
4	Endoskopi (semua bentuk)	6
5	Hemodialisa	5226
6	Densometri Tulang	0
7	Pungsi	18
8	Spirometri	115
9	Tes Kulit/Alergi/Histamin	0
10	Topometri	0
11	Akupunktur	0
12	Hiperbarik	0
13	Herbal / jamu	0
88	Lain-Lain	0

MEDAN, 10 JANUARI 2019
DIKETAHUI OLEH :

dr.Hedy Tan, Sp.Og, MOG, MARS
Direktur RSU IPI

RL 3.11. KEGIATAN KESEHATAN JIWA

KODE RS : 1275622
NAMA RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
TAHUN : 2018

NO.	JENIS PELAYANAN	JUMLAH
1	Psikotes	0
2	Konsultasi	102
3	Terapi Medikamentosa	0
4	Elektro Medik	0
5	Psikoterapi	625
6	Play Therapy	0
7	Rehabilitasi Medik Psikiatrik	0

MEDAN, 10 JANUARI 2019
DIKETAHUI OLEH :

dr.Hedy Tan, Sp.Og, MOG, MARS
Direktur RSU IPI

RL 3.12. KEGIATAN KELUARGA BERENCANA

KODE RS : 1275622
 NAMA RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
 TAHUN : 2018

NO	METODA	KONSELI NNG ANC	KONSELI PASCAL PERSAL NAN	KB BARU DENGAN CARA MASUK_B UKAN RUJUKAN	KB BARU DENGAN CARA MASUK_RUJ UKAN R. INAP	KB BARU DENGAN CARA MASUK_RUJ UKAN R. JALAN	KB BARU DENGAN CARA MASUK_ TOTAL	KB BARU DENGAN KONDISI_P ASCA PERSALIN AN/NIFAS	BARU DENG KOND ORTU	BARU DENG KONDI SI_LAI NNYA	KUNJ UNG AN ULA NG	AN EFEK SAMP NG_J UMLA H	KELUH AN EFEK SAMP NG_DI RUJUK
1	IUD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Pil	26	0	26	0	0	26	0	0	0	5	0	0
3	Kondom	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Obat Vaginal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	MO Pria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	MO Wanita	0	325	0	325	0	325	0	0	0	0	0	0
7	Suntikan	12	0	12	0	0	12	0	0	0	5	0	0
8	Implant	0	3	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0

MEDAN, 10 JANUARI 2019

DIKETAHUI OLEH :

RL 3.13. PENGADAAN OBAT, PENULISAN DAN PELAYANAN RESEP

KODE RS : 1275622
 NAMA RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
 TAHUN : 2018

NO	GOLONGAN OBAT	JUMLAH ITEM OBAT	JUMLAH ITEM OBAT YANG TERSEDIA DI RUMAH SAKIT	JUMLAH ITEM OBAT FORMULATORIUM TERSEDIA DIRUMAH SAKIT
1	Obat Generik (Formularium+Non Formularium)	550	550	371
2	Obat Non Generik Formularium	381	194	194
3	Obat Non Generik Non Formularium	20	20	0

MEDAN, 10 JANUARI 2019
 DIKETAHUI OLEH :

RL 3.14. KEGIATAN RUJUKAN

KODE RS : 1275622
 NAMA RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
 TAHUN : 2018

NO	JENIS SPESIALISASI	RUJUKAN_DITERIMA DARI PUSKESMAS	RUJUKAN_DITERIMA DARI FASILITAS KES. LAIN	RUJUKAN_DITERIMA DARI RS LAIN	RUJUKAN_DIKEMBALIKAN KE PUSKESMAS	RUJUKAN_DIKEMBALIKAN KE FASILITAS KES.LAIN	RUJUKAN_DIKEMBALIKAN KE RS ASAL	DIRUJUKAN PASIEN RUJUKAN	DIRUJUK_PASIEN DATANG SENDIRI	DIRUJUK_DITERIMA KEMBALI
1	Penyakit Dalam	50	8266	127	7	0	0	0	27	0
2	B e d a h	24	3034	96	1	0	0	0	9	0
3	Kesehatan Anak	5	2873	88	0	0	0	0	22	0
4	Obsterik & Ginekologi	2	3990	85	0	0	0	0	30	0
5	Keluarga Berencana	0	7	0	0	0	0	0	0	0
6	S a r a f	35	4554	35	3	0	0	0	21	0
7	J i w a	3	625	1	0	0	0	0	1	0
8	T H T	6	971	9	0	0	0	0	1	0
9	M a t a	6	718	2	1	0	0	0	4	0
10	Kulit & Kelamin	2	582	0	0	0	0	0	0	0
11	Gigi & Mulut	1	138	2	1	0	0	0	0	0
12	Radiologi	2	21	1	0	0	0	0	0	0
13	Paru-Paru	17	2297	14	0	0	0	0	10	0
14	Spesialisasi Lain	38	10752	49	6	0	0	0	175	0

MEDAN, 10 JANUARI 2019
 DIKETAHUI OLEH :

RL 3.15. CARA BAYAR

KODE RS : 1275622
 NAMA RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
 TAHUN : 2018

NO	CARA PEMBAYARAN.	PASIEN RAWAT INAP_JPK	PASIEN RAWAT INAP_JLD	JUMLAH PASIEN RAWAT JALAN	JUMLAH PASIEN RAWAT JALAN_LA B.	JUMLAH PASIEN RAWAT JALAN_RA D.	JUMLAH PASIEN RAWAT JALAN_L L
1	Membayar Sendiri	1708	7427	5727	860	384	4483
2	Asuransi :	0	0	0	0	0	0
2.1	Asuransi Pemerintah	11374	63190	45167	0	0	45167
2.2	Asuransi Swasta	107	1260	0	0	0	0
3	Keringanan (Cost Sharing)	0	0	0	0	0	0
4	Gratis	23	80	616	0	0	616
4.1	Kartu Sehat	0	0	0	0	0	0
4.2	Keterangan Tidak Mampu	0	0	0	0	0	0
4.3	Lain-Lain	67	176	1305	0	0	1305

MEDAN, 10 JANUARI 2019
 DIKETAHUI OLEH :

KEGIATAN PRAKTIKUM 13

PRAKTIKUM PROSEDUR PEMBUATAN LAPORAN RL 4

dr. John Barker Liem, MKM

I. Dasar Teori

Laporan RL 4A Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Inap

RL 4 berisikan Data Morbiditas/Mortalitas Pasien yang dilaporkan periodik setiap tahun.

- a. Formulir RL 4a adalah formulir untuk data keadaan morbiditas pasien rawat inap yang merupakan formulir rekapitulasi dari jumlah pasien keluar Rumah Sakit (hidup dan mati) untuk periode tahunan
- b. Data dikumpulkan dari tanggal 1 Januari sampai dengan 31 Desember setiap tahunnya
- c. Untuk semua pasien keluar rumah sakit pada tanggal 1 Januari sampai dengan 31 Desember, dibuatkan rekapitulasi dan dilaporkan dengan mengisi formulir RL 4a
- d. Pengelompokan jenis penyakit yang terdapat pada formulir RL4a disusun menurut pengelompokan jenis penyakit sesuai dengan Daftar Tabulasi Dasar KIP/10, dan penambahan kelompok DTD pada Gabungan Sebab Sakit. Terdapat penambahan 19 kelompok DTD dari 489 kelompok menjadi 508 kelompok
- e. Penambahan kelompok DTD pada Golongan Sebab Luar Morbiditas dan Mortalitas. Tidak terdapat penambahan kelompok DTD, untuk penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja
- f. Data jumlah pasien keluar Rumah Sakit untuk setiap jenis penyakit diperinci menurut golongan umur, menurut seks dan jenis kelamin dari pasien keluar Rumah Sakit tersebut

Laporan RL 4B Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Jalan

- a. Formulir RL 4b adalah formulir standar untuk data keadaan morbiditas pasien rawat jalan yang merupakan formulir rekapitulasi dari jumlah kasus baru dan jumlah kunjungan yang terdapat pada unit rawat jalan Rumah Sakit untuk tahunan.
- b. Data dikumpulkan dari tanggal 1 Januari sampai dengan 31 Desember setiap tahunnya.
- c. Untuk semua kasus baru yang ada pada tanggal 1 Januari sampai dengan 31 Desember, dibuatkan rekapitulasinya dan dilaporkan dengan mengisi formulir RL 4b
- d. Pengelompokan jenis penyakit yang terdapat pada formulir RL 4b disusun menurut pengelompokan jenis penyakit sesuai dengan Daftar Tabulasi Dasar KIP/10 dan penambahan kelompok DTD pada Gabungan Sebab Sakit. Terdapat 19 kelompok DTD dari 489 kelompok menjadi 508 kelompok
- e. Penambahan kelompok DTD pada Golongan Sebab Luar Morbiditas dan Mortalitas. Tidak terdapat penambahan kelompok DTD, untuk penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja
- f. Data tentang jumlah kasus baru untuk setiap jenis penyakit diperoleh dari masing-masing unit rawat jalan kecuali dari radiologi, dan gizi
- g. Data jumlah kasus baru untuk setiap jenis penyakit diperinci menurut golongan umur dan jenis kelamin dari kasus baru tersebut.

II. Tujuan Praktikum

Setelah mengikuti praktikum ini, peserta diharapkan mampu mempraktekan prosedur pembuatan laporan RL 4.

III. Persiapan

1. Modul perkuliahan dan buku catatan
2. Alat tulis
3. Formulir-formulir

Persiapan Fasilitator

Fasilitator diharapkan mengikuti petunjuk penggunaan modul praktikum pengisian formulir, sebagai berikut:

1. Mempelajari dan memahami SOP proses pelayanan pasien rawat jalan di rumah sakit.
2. Diperbolehkan memberikan pengayaan dari bahan tayangan standar yang ada dalam modul, sepanjang untuk menambah wawasan peserta dan mengikuti perkembangan peraturan, referensi, data/informasi yang relevan.
3. Sedapat mungkin untuk mengupload peraturan, buku-buku landasan teori yang dapat memudahkan peserta mempelajari materi yang akan disampaikan secara mandiri (e-Learning).

IV. Prosedur Praktikum

No	Prosedur	Keterangan
1	Petugas mengisi formulir yang disediakan	Lakukan dengan cermat
2	Isi formulir RL 4a untuk data keadaan morbiditas rawat inap Rumah Sakit, dan data keadaan morbiditas pasien rawat inap Rumah Sakit penyebab kecelakaan, yang meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan b. Nomor DTD c. Nomor daftar terperinci d. Golongan sebab penyakit e. Jumlah pasien hidup dan mati menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 0-6 hari f. Jumlah pasien hidup dan mati menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 7 - 28 hari g. Jumlah pasien hidup dan mati menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 28 hari - kurang dari 1 tahun h. Jumlah pasien hidup dan mati menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 1 - 4 tahun i. Jumlah pasien hidup dan mati menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 5 - 14 tahun j. Jumlah pasien hidup dan mati menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 15 - 24 tahun k. Jumlah pasien hidup dan mati menurut golongan 	Lakukan dengan cermat

	<p>darah dan jenis kelamin untuk umur 25 - 44 tahun</p> <p>l. Jumlah pasien hidup dan mati menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 45 - 64 tahun</p> <p>m. Jumlah pasien hidup dan mati menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur kurang dari 65 tahun</p> <p>n. Pasien keluar (hidup dan mati) menurut jenis kelamin</p> <p>o. Jumlah pasien keluar hidup</p> <p>p. Jumlah pasien keluar mati</p>	
3	<p>Isi formulir RL 4b untuk data keadaan morbiditas rawat jalan Rumah Sakit, dan data keadaan morbiditas pasien rawat jalan Rumah Sakit penyebab kecelakaan, yang meliputi:</p> <p>a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan</p> <p>b. Nomor DTD</p> <p>c. Nomor daftar terperinci</p> <p>d. Golongan sebab penyakit</p> <p>e. Jumlah pasien kasus menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 0-6 hari</p> <p>f. Jumlah pasien kasus menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 7 - 28 hari</p> <p>g. Jumlah pasien kasus menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 28 hari - kurang dari 1 tahun</p> <p>h. Jumlah pasien kasus menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 1 - 4 tahun</p> <p>i. Jumlah pasien kasus menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 5 - 14 tahun</p> <p>j. Jumlah pasien kasus menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 15 - 24 tahun</p> <p>k. Jumlah pasien kasus menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 25 - 44 tahun</p> <p>l. Jumlah pasien kasus menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 45 - 64 tahun</p> <p>m. Jumlah pasien kasus menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur kurang dari 65 tahun</p> <p>n. Kasus baru menurut jenis kelamin</p> <p>o. Jumlah kasus baru</p> <p>p. Jumlah kunjungan</p>	Lakukan dengan cermat
4	Cek kelengkapan pengisian formulir	Lakukan dengan cermat

V. Hasil Praktikum

1. Video tutorial langkah tindakan dapat dilihat pada link:
<https://youtu.be/ZfAQA1s9n8o>

2. Mengupload laporan RL 4 yang telah dibuat oleh mahasiswa di SPADA
3. Mengupload Formulir penilaian perasat tindakan prosedur pembuatan laporan RL 4 rumah sakit yang telah dinilai dan diparaf oleh dosen ke SPADA

VI. Dokumentasi

1. Mengupload Foto Dokumentasi dan Redemonstrasi mahasiswa praktikum pembuatan laporan RL 4 ke SPADA

Rangkuman

RL 4 berisikan Data Morbiditas/Mortalitas Pasien yang dilaporkan periodik setiap tahun. Terdapat dua jenis laporan pada RL 4 yaitu: Laporan RL 4 A Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Inap Formulir RL 4a adalah formulir untuk data keadaan morbiditas pasien rawat inap yang merupakan formulir rekapitulasi dari jumlah pasien keluar Rumah Sakit (hidup dan mati) untuk periode tahunan. Formulir RL 4b adalah formulir standar untuk data keadaan morbiditas pasien rawat jalan yang merupakan formulir rekapitulasi dari jumlah kasus baru dan jumlah kunjungan yang terdapat pada unit rawat jalan Rumah Sakit untuk Tahunan.

Latihan Test 1

1. Menjawab pre test
2. Demonstrasikan tindakan pembuatan laporan RL 4 rumah sakit!
3. Menjawab post test

TEST 1

Gunakan format penilaian penampilan / checklist

SILAKAN ANDA MENGHUBUNGI FASILITATOR

Berikan tanda √ pada kolom ya jika melakukan dengan benar dan pada kolom tidak jika tidak melakukan/salah. Format penilaian sebagai berikut:

**FORMAT PROSEDUR PRAKTIKUM
PELAPORAN RL 4 RUMAH SAKIT**

Nama Mahasiswa :

Jenis Tindakan : Pelaporan RL 4 Rumah Sakit

NIM :

Tingkat / Program :

Tanggal :

Fasilitator :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan dan buku catatan		
2	Alat tulis		
3	Formulir RL 4		
B	Tahap-Tahap Prosedur Praktikum		
	Tahap Kerja		
1	Siapkan formulir yang dibutuhkan dan alat tulis		
2	Petugas mengisi formulir yang disediakan		
3	Isi formulir RL 4a untuk data keadaan morbiditas rawat inap Rumah Sakit, dan data keadaan morbiditas pasien rawat inap Rumah Sakit penyebab kecelakaan, yang meliputi: a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan b. Nomor DTD c. Nomor daftar terperinci d. Golongan sebab penyakit e. Jumlah pasien hidup dan mati menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 0-6 hari f. Jumlah pasien hidup dan mati menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 7 - 28 hari g. Jumlah pasien hidup dan mati menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 28 hari - kurang dari 1 tahun h. Jumlah pasien hidup dan mati menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 1 - 4 tahun i. Jumlah pasien hidup dan mati menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 5 - 14 tahun j. Jumlah pasien hidup dan mati menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 15 - 24 tahun k. Jumlah pasien hidup dan mati menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 25 - 44 tahun l. Jumlah pasien hidup dan mati menurut golongan darah		

	<p>dan jenis kelamin untuk umur 45 - 64 tahun</p> <p>m. Jumlah pasien hidup dan mati menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur kurang dari 65 tahun</p> <p>n. Pasien keluar (hidup dan mati) menurut jenis kelamin</p> <p>o. Jumlah pasien keluar hidup</p> <p>p. Jumlah pasien keluar mati</p>		
4	<p>Isi formulir RL 4b untuk data keadaan morbiditas rawat jalan Rumah Sakit, dan data keadaan morbiditas pasien rawat jalan Rumah Sakit penyebab kecelakaan, yang meliputi:</p> <p>a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan</p> <p>b. Nomor DTD</p> <p>c. Nomor daftar terperinci</p> <p>d. Golongan sebab penyakit</p> <p>e. Jumlah pasien kasus menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk 0-6 hari</p> <p>f. Jumlah pasien kasus menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 7-28 hari</p> <p>g. Jumlah pasien kasus menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 28 hari - kurang dari 1 tahun</p> <p>h. Jumlah pasien kasus menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 1-4 tahun</p> <p>i. Jumlah pasien kasus menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 5-14 tahun</p> <p>j. Jumlah pasien kasus menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 15 - 24 tahun</p> <p>k. Jumlah pasien kasus menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 25 - 44 tahun</p> <p>l. Jumlah pasien kasus menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur 45 - 64 tahun</p> <p>m. Jumlah pasien kasus menurut golongan darah dan jenis kelamin untuk umur kurang dari 65 tahun</p> <p>n. Kasus baru menurut jenis kelamin</p> <p>o. Jumlah kasus baru</p> <p>p. Jumlah kunjungan</p>		
5	Cek kelengkapan pengisian formulir		
6	Entry data ke dalam program SIRS		
C	Komunikasi/Penampilan		
1	Penguasaan materi		
2	Komunikasi		
3	Ekspresi		
D. Hasil Praktikum			

KEGIATAN PRAKTIKUM 14

PRAKTIKUM PROSEDUR PEMBUATAN LAPORAN RL 5

dr. John Barker Liem, MKM

I. Dasar Teori

Laporan RL 5

RL 5 yang merupakan Data Bulanan yang dilaporkan secara periodik setiap bulan, berisikan data kunjungan dan data 10 (sepuluh) besar penyakit.

a. Formulir Pengunjung Rumah Sakit (RL 5.1)

Pengunjung Baru adalah pengunjung yang baru pertama kali datang ke Rumah Sakit dan mendapatkan nomor rekam medis baru. Pengunjung Lama adalah pengunjung yang datang untuk kedua kali dan seterusnya, yang datang ke poliklinik yang sama atau berbeda sebagai kunjungan lama atau kunjungan baru dengan kasus lama dan kasus baru. Pengunjung lama tidak mendapat Nomor Rekam Medis lagi.

b. Formulir Kunjungan Rawat Jalan (RL 5.2)

1. Kunjungan Rawat Jalan

Adalah jumlah kunjungan baru dan kunjungan lama di Rawat jalan

2. Kunjungan Baru

Adalah pasien yang pertama kali datang ke salah satu jenis pelayanan rawat jalan, pada tahun yang sedang berjalan

3. Kunjungan Lama

Adalah kunjungan berikutnya dari suatu kunjungan baru, pada tahun yang berjalan

4. Jika suatu Rumah Sakit Umum hanya mempunyai satu poliklinik maka poliklinik tersebut dikategorikan sebagai unit rawat jalan UMUM dan isilah dengan banyaknya kunjungan baru dan kunjungan ulang selama satu tahun yang bersangkutan pada butir 23.

5. Jika suatu Rumah Sakit Umum mempunyai unit rawat jalan UMUM dan satu atau lebih unit rawat jalan (poliklinik) tertentu lainnya maka isilah jumlah kunjungan baru dan jumlah kunjungan ulang masing-masing jenis unit rawat jalan yang ada

6. Untuk Rumah Sakit Khusus isilah jumlah kunjungan baru dan jumlah kunjungan ulang pada jenis unit rawat jalan yang cocok untuk jenis Rumah Sakitnya
 7. Jika suatu Rumah Sakit mempunyai pelayanan rawat jalan sub spesialisasi maka dimasukkan dalam spesialisasinya
 8. Untuk pelayanan rawat jalan "DAY CARE" isilah sesuai dengan jumlah pasien rawat siang yang datang ke Rumah Sakit dalam satu tahun yang bersangkutan.
- c. Formulir Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap (RL 5.3)
Formulir RL 5.3 adalah formulir untuk data 10 besar penyakit rawat inap rekapitulasi dari jumlah pasien keluar Rumah Sakit (hidup dan mati) untuk satu tahun.
- d. Formulir Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan (RL 5.4)
Formulir RL 5.4 adalah formulir untuk data 10 besar penyakit rawat jalan rekapitulasi dari jumlah banyaknya kasus baru pada unit rawat jalan untuk satu tahun.

II. Tujuan Praktikum

Setelah mengikuti praktikum ini, peserta diharapkan mampu mempraktekan prosedur pembuatan laporan RL 5.

III. Persiapan

1. Modul perkuliahan dan buku catatan
2. Alat tulis
3. Formulir-formulir

Persiapan Fasilitator

Fasilitator diharapkan mengikuti petunjuk penggunaan modul praktikum pengisian formulir, sebagai berikut:

1. Mempelajari dan memahami SOP proses pelayanan pasien rawat jalan di rumah sakit.

2. Diperbolehkan memberikan pengayaan dari bahan tayangan standar yang ada dalam modul, sepanjang untuk menambah wawasan peserta dan mengikuti perkembangan peraturan, referensi, data/informasi yang relevan.
3. Sedapat mungkin untuk mengupload peraturan, buku-buku landasan teori yang dapat memudahkan peserta mempelajari materi yang akan disampaikan secara mandiri (e-Learning).

IV. Prosedur Praktikum

No	Prosedur	Keterangan
1	Petugas mengisi formulir yang disediakan	Lakukan dengan cermat
2	Isi formulir RL 5.1 yang meliputi: a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, bulan dan tahun periode laporan b. Jumlah pengunjung baru c. Jumlah pengunjung lama	Lakukan dengan cermat
3	Isi formulir RL 5.2 yang meliputi: a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, bulan dan tahun periode laporan b. Jumlah kunjungan rawat jalan untuk setiap jenis kegiatan c. Jumlah kunjungan baru untuk setiap jenis kegiatan d. Jumlah kunjungan lama untuk setiap jenis kegiatan	Lakukan dengan cermat
4	Isi formulir RL 5.3 yang meliputi: a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan b. Rekapitulasi jumlah pasien keluar Rumah Sakit (hidup dan mati) untuk 1 tahun dari daftar 10 besar penyakit rawat inap, meliputi: kode ICD 10 besar penyakit rawat inap, deskripsi, pasien keluar hidup menurut jenis kelamin, pasien keluar mati menurut jenis kelamin, dan total pasien (hidup dan mati)	Lakukan dengan cermat
5	Isi formulir RL 5.4 yang meliputi: a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, bulan dan	Lakukan dengan cermat

	tahun periode laporan b. Rekapitulasi jumlah banyaknya kasus baru pada unit rawat jalan untuk 1 tahun dari daftar 10 besar penyakit rawat jalan, meliputi: kode ICD 10 besar penyakit rawat jalan, deskripsi, kasus baru menurut jenis kelamin, jumlah kasus baru, dan jumlah kunjungan	
6	Cek kelengkapan pengisian formulir	Lakukan dengan cermat
7	<i>Entry</i> data ke dalam program SIRS	Lakukan dengan cermat

V. Hasil Praktikum

1. Video tutorial langkah tindakan dapat dilihat pada link: <https://youtu.be/ZfAQA1s9n8o>
2. Mengupload laporan RL 5 yang telah dibuat mahasiswa ke SPADA
3. Mengupload Formulir penilaian perasat tindakan prosedur pembuatan laporan RL 5 yang telah dinilai dan diparaf oleh dosen ke SPADA

VI. Dokumentasi

1. Mengupload Foto Dokumentasi dan Redemonstrasi mahasiswa praktikum pembuatan laporan RL 5 rumah sakit ke SPADA

Rangkuman

RL 5 yang merupakan Data Bulanan yang dilaporkan secara periodik setiap bulan, berisikan data kunjungan dan data 10 (sepuluh) besar penyakit. Terdapat empat (4) jenis formulir dalam RL 5 yaitu: Formulir Pengunjung Rumah Sakit (RL 5.1): Pengunjung Baru adalah pengunjung yang baru pertama kali datang ke Rumah Sakit dan mendapatkan nomor rekam medis baru. Pengunjung lama tidak mendapat Nomor Rekam Medis lagi; Formulir Kunjungan Rawat Jalan (RL 5.2): Terdapat 3 jenis kunjungan rawat jalan yaitu: 1) kunjungan rawat jalan, 2) kunjungan baru, dan 3) kunjungan lama; Formulir Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap (RL 5.3): Formulir RL 5.3 adalah formulir untuk data 10 besar penyakit rawat inap rekapitulasi dari jumlah pasien keluar Rumah Sakit (hidup dan mati) untuk satu tahun; Formulir Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan (RL

5.4): Formulir RL 5.4 adalah formulir untuk data 10 besar penyakit rawat jalan rekapitulasi dari jumlah banyaknya kasus baru pada unit rawat jalan untuk satu tahun.

Latihan Test 1

1. Menjawab pre test
2. Demonstrasikan tindakan pembuatan laporan RL 5 rumah sakit!
3. Menjawab post test

TEST 1

Gunakan format penilaian penampilan / checklist

SILAKAN ANDA MENGHUBUNGI FASILITATOR

Berikan tanda √ pada kolom ya jika melakukan dengan benar dan pada kolom tidak jika tidak melakukan/salah. Format penilaian sebagai berikut:

**FORMAT PROSEDUR PRAKTIKUM
PELAPORAN RL 5 RUMAH SAKIT**

Nama Mahasiswa :

Jenis Tindakan : Pelaporan RL 5 Rumah Sakit

NIM :

Tingkat / Program :

Tanggal :

Fasilitator :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan dan buku catatan		
2	Alat tulis		
3	Formulir RL 5		
B	Tahap-Tahap Prosedur Praktikum		
	Tahap Kerja		
1	Siapkan formulir yang dibutuhkan dan alat tulis		
2	Petugas mengisi formulir yang disediakan		
3	Isi formulir RL 5.1 yang meliputi: a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, bulan dan tahun periode laporan		

	b. Jumlah pengunjung baru c. Jumlah pengunjung lama		
4	Isi formulir RL 5.2 yang meliputi: a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, bulan dan tahun periode laporan b. Jumlah kunjungan rawat jalan untuk setiap jenis kegiatan c. Jumlah kunjungan baru untuk setiap jenis kegiatan d. Jumlah kunjungan lama untuk setiap jenis kegiatan		
5	Isi formulir RL 5.3 yang meliputi: a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, dan tahun periode laporan b. Rekapitulasi jumlah pasien keluar Rumah Sakit (hidup dan mati) untuk 1 tahun dari daftar 10 besar penyakit rawat inap, meliputi: kode ICD 10 besar penyakit rawat inap, deskripsi, pasien keluar hidup menurut jenis kelamin, pasien keluar mati menurut jenis kelamin, dan total pasien (hidup dan mati)		
6	Isi formulir RL 5.4 yang meliputi: a. Identitas laporan, meliputi: nomor kode rumah sakit, nama rumah sakit, bulan dan tahun periode laporan b. Rekapitulasi jumlah banyaknya kasus baru pada unit rawat jalan untuk 1 tahun dari daftar 10 besar penyakit rawat jalan, meliputi: kode ICD 10 besar penyakit rawat jalan, deskripsi, kasus baru menurut jenis kelamin, jumlah kasus baru, dan jumlah kunjungan		
7	Cek kelengkapan pengisian formulir		
8	Entry data ke dalam program SIRS		
C	Komunikasi/Penampilan		
1	Penguasaan materi		
2	Komunikasi		
3	Ekspresi		
D. Hasil Praktikum			

SCORE:

REKOMENDASI:

Medan, April 2021

.....

FORMAT PENILAIAN

ASPEK/DIMENSI	SKALA PENILAIAN				
	Baik	Cukup	Kurang	Sangat Kurang	SKOR
	(≥81)	(61--80)	(41-60)	(≤40)	
Penguasaan Alat dan bahan					
Kesesuaian prosedur yang dilakukan					
Kemampuan komunikasi/Penampilan					
Kesesuaian Hasil praktikum					
total skor					

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Jumlah total skore}}{4} = \dots$$

Nilai ≥ 60 : lulus praktikum

Nilai < 60 : Ulangi materi dan latihan praktikum

Tanda Tangan Mahasiswa

Tanda Tangan Dosen pengampu

()

()

LAMPIRAN



**Formulir RL 5.1
PENGUNJUNG RUMAH SAKIT**

Kode RS : 1275622
Nama RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
Bulan : NOVEMBER
Tahun : 2018

NO	JENIS KEGIATAN	JUMLAH
1	2	3
1	Pengunjung Baru	1,834
2	Pengunjung Lama	566

Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM



Formulir RL 5.2
KUNJUNGAN RAWAT JALAN

Kode RS : 1275622
Nama RS : RSU EHEIDA PEKERJA INDONESIA
Bulan : DESEMBER
Tahun : 2018

NO	JENIS PELAYANAN	JUMLAH
1	2	3
1	Penyakit Dalam	320
2	Bedah	87
3	Kesehatan Anak (Neonatal)	0
4	Kesehatan Anak Lainnya	110
5	Obstetri dan Ginekologi (Ibu Hamil)	7
6	Obstetri dan Ginekologi Lainnya	99
7	Keluarga Berencana	2
8	Bedah Syaraf	6
9	Syaraf	177
10	Jawa	55
11	Nepita	0
12	Psikologi	0
13	THT	24
14	Mata	3
15	Kulit dan Kelamin	16
16	Gigi dan Mulut	4
17	Genetik	0
18	Kardiologi	84
19	Radiologi	20
20	Bedah Orthopedi	63
21	Rans - Rans	76
22	Kusta	0
23	Umum	54
24	Rawat Darurat	786
25	Rehabilitasi Medik	175
26	Akupunktur Medik	1
27	Konsultasi Gin	0
28	Day Care	0
29	Lain - Lain	89
99	TOTAL	2,264

Modul Praktikum Standar Pelayanan Kesehatan RS & RM



Formulir RL 5.3
Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap

Kode RS : 1275622
 Nama RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
 Bulan : 12 / DESEMBER
 Tahun : 2018

No. Urut	KODE ICD 10	DESKRIPSI	Pasien Keluar Hidup Menurut Jenis Kelamin		Pasien Keluar Mati Menurut Jenis Kelamin		Total (Hidup & Mati)
			LK	PR	LK	PR	
1	2	3	4	5	6	7	8
1	A01.0	Typhoid fever	44	53	0	0	97
2	O82.1	Delivery by emergency caesarean section	1	72	0	0	73
3	O80.0	Spontaneous vertex delivery	0	72	0	0	72
4	J18.0	Bronchopneumonia, unspecified	27	22	2	0	51
5	A90	Dengue fever [classical dengue]	19	28	0	0	47
6	A09	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	16	13	1	0	30
7	O82.0	Delivery by elective caesarean section	1	28	0	0	29
8	O34.2	Maternal care due to uterine scar from previous surgery	0	29	0	0	29
9	I63.9	Cerebral infarction, unspecified	10	11	2	2	25
10	A15.3	Tuberculosis of lung, confirmed by unspecified means	14	5	2	0	21



Formulir RL 5.4
Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan

Kode RS : 1275622
 Kode RS : RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA
 Bulan : 12 / DESEMBER
 Tahun : 2018

No. Urut	KODE ICD 10	DESKRIPSI	Pasien Keluar Hidup Menurut Jenis Kelamin		Pasien Keluar Mati Menurut Jenis Kelamin		Total (Hidup & Mati)
			LK	PR	LK	PR	
1	2	3	4	5	6	7	8
1	R50.9	Fever, unspecified	68	82	0	0	150
2	K29.6	Other gastritis	41	88	0	0	129
3	M54.5	Low back pain	30	55	0	0	85
4	A01.0	Typhoid fever	36	49	0	0	85
5	Z09.0	Follow-up examination after surgery for other conditions	2	58	0	0	60
6	I69.4	Sequelae of stroke, not specified as haemorrhage or infarction	25	33	0	0	58
7	A09	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	20	33	0	0	53
8	I25.1	Atherosclerotic heart disease	29	22	0	0	51
9	I10	Essential (primary) hypertension	14	35	0	0	49
10	E14.9	Unspecified diabetes mellitus without complications	17	32	0	0	49

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik., 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Revisi II, Jakarta
- Hatta, GR, 2013. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan ed. rev 2. Jakarta: Universitas Indonesia Press
- Kemenkes RI, 2011. Juknis Sistem Informasi Rumah Sakit, Dirjen Bina Upaya Kesehatan, Jakarta
- Kemenkes RI, Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
- Kepmenkes No. 377 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, ed 1.1, Jakarta
- Permenkes No 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan
- Permenkes No.11 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif di Rumah Sakit
- Permenkes No.47 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Jabatan Fungsional Perkam Medis dan angka kreditnya
- Permenkes RI No 1171 Tahun 2011 Tentang SIRS
- Permenkes RI No 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
- Permenkes RI No 82 Tahun 2013 Tentang SIMRS
- Permenkes RI No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis
- Permenkes RI No. 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien
- Permenkes RI No. 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis
- Undang-Undang RI No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- Undang-Undang RI No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan
- Undang-Undang RI No. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit