

Lampiran 1

SK PEMBIMBING



UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)

Jln. Bilal No. 52 Kelurahan Pulo Brayan Darat I Kecamatan Medan Timur
Kode Pos . 20239 Telepon (061) 664570 Fax. (061) 6618457
Email: <http://uimedan.ac.id>

SURAT KEPUTUSAN
REKTOR UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)
NO.: 500/SK/UIM/IV/2025

TENTANG:
PENGANGKATAN DOSEN PEMBIMBING TUGAS AKHIR (SKRIPSI)
PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN
UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)

REKTOR UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)

- Menimbang** :
1. Bahwa Dosen Pembimbing Tugas Akhir (Skripsi) adalah dosen yang bertugas membimbing, mengarahkan, dan memberikan panduan kepada mahasiswa dalam menyusun tugas akhir (skripsi), mulai dari pemilihan topik hingga proses ujian dan kelulusan, yang memberikan dukungan dan memastikan mahasiswa dapat menyelesaikan skripsi sesuai dengan pedoman dan tepat waktu.
 2. Bahwa syarat Dosen Pembimbing Tugas Akhir (Skripsi) perlu kredibilitas dosen, memiliki pengalaman, menguasai bidang keilmuan yang menjadi keahliannya, menjunjung tinggi profesionalitas, disiplin, dan memiliki karakter yang kuat untuk membimbing mahasiswa menyelesaikan tugas akhirnya.
 3. Bahwa nama yang tercantum pada Surat Keputusan ini dipandang cakap dan mampu untuk melaksanakan tugas-tugas yang diembannya, maka sebagaimana mestinya sesuai ketentuan peraturan undang-undang yang berlaku dipandang perlu untuk mengeluarkan Surat Keputusan Rektor Universitas Imelda Medan tentang Dosen Pembimbing Tugas Akhir (Skripsi) pada akhir program bagi dosen di Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan Universitas Imelda Medan (UIM).
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 158, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5336);
 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
 3. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 16, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5500);
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 57 Tahun 2021 Tentang Standar Nasional Pendidikan;
 5. Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi;
 6. Keputusan Rektor Nomor 100/SK/UIM/I/2020 tentang Penetapan Buku Panduan Peraturan Akademik.

MEMUTUSKAN

Menetapkan : KEPUTUSAN REKTOR UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM) TENTANG PENGANGKATAN DOSEN PEMBIMBING TUGAS AKHIR (SKRIPSI) PADA PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN TAHUN 2025

Pertama : Mengangkat Saudari: Mei Sryendang Sitorus, A.Md.RMK,S.K.M.M.K.M; NUPTK. 2844755656230152 sebagai Dosen Pembimbing Tugas Akhir (Skripsi) mahasiswa/i berikut:

NO	NIM	NAMA MAHASISWA	JUDUL SKRIPSI
1	2113363005	Desnawati Gea	Analisis Kualitatif Rekam Medis Dengan 6 Komponen Review Pada Diagnosa Apendisitis Akut Di RSU Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2025
2	2113363022	Agustinus Pasaribu	Kepuasan Pengguna Rekam Medis Elektronik Berdasarkan Metode End User Computing Satisfaction Di RSU Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2025
3	2113363027	Sri Falya Rifqah	Evaluasi Pelaksanaan Audit Rekam Medis Melalui Analisis Kualitatif Berdasarkan 6 Komponen Review Pada Rekam Medis Pasien Dengan Diagnosa Chronic Kidney Disease Di RSU Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2025

- Kedua** : Dosen Pembimbing Tugas Akhir (Skripsi) pada akhir program berkewajiban menyelenggarakan rangkaian pembimbingan untuk mendukung mahasiswa/i menyelesaikan tugas akhir yang disusunnya dengan tepat waktu pada akhir program perkuliahan.
- Ketiga** : Dosen Pembimbing Tugas Akhir (Skripsi) bertanggung jawab kepada Rektor Universitas Imelda Medan dengan membuat laporan tertulis pada akhir program perkuliahan.
- Keempat** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, dengan ketentuan apabila terdapat kekeliruan dalam surat keputusan ini akan diumumkan perbaikan sebagaimana mestinya.



Ditetapkan di : Medan
Tanggal : 05 April 2025
Rektor Universitas Imelda Medan

Dr. dr. Iuska Lianna Ritonga, S.Kp., M.Pd., MN
NUPTK: 4451752653230093

SK PENGUJI I



UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)

Jln. Bilal No. 52 Kelurahan Pulo Brayan Darat I Kecamatan Medan Timur

Kode Pos . 20239 Telepon (061) 664570 Fax. (061) 6618457

Email: <http://uimedan.ac.id>

SURAT KEPUTUSAN REKTOR UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM) NO.: 563/SK/UIM/IV/2025

TENTANG: PENGANGKATAN DOSEN PENGUJI SIDANG TUGAS AKHIR (SKRIPSI) PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)

REKTOR UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)

- Menimbang** :
1. Bahwa Dosen Penguji Sidang Tugas Akhir (Skripsi) adalah dosen yang bertugas untuk menguji dan mengevaluasi kualitas skripsi mahasiswa pada saat ujian akhir, memberikan masukan, dan menentukan hasil kelulusan mahasiswa berdasarkan performa penelitian dan pemahaman materi mahasiswa tersebut.
 2. Bahwa syarat Dosen Penguji Sidang Tugas Akhir (Skripsi) perlu kredibilitas dosen, memiliki pengalaman, memiliki kompetensi atau keahlian yang linier dengan topik skripsi mahasiswa yang akan diujinya, menjunjung tinggi profesionalitas, disiplin, dan memiliki karakter yang kuat untuk menentukan hasil kelulusan mahasiswa berdasarkan performa penelitian dan pemahaman materi mahasiswa tersebut.
 3. Bahwa nama yang tercantum pada Surat Keputusan ini dipandang cakap dan mampu untuk melaksanakan tugas-tugas yang diembannya, maka sebagaimana mestinya sesuai ketentuan peraturan undang-undang yang berlaku dipandang perlu untuk mengeluarkan Surat Keputusan Rektor Universitas Imelda Medan tentang Dosen Penguji Sidang Tugas Akhir (Skripsi) pada akhir program bagi dosen di Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan Universitas Imelda Medan (UIM).
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 158, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5336);
 2. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
 3. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 16, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5500);
 4. Peraturan Pemerintah No. 4 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 57 Tahun 2021 Tentang Standar Nasional Pendidikan;
 5. Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi;
 6. Keputusan Rektor No. 100/SK/UIM/I/2020 tentang Penetapan Buku Panduan Peraturan Akademik.

MEMUTUSKAN

Menetapkan : KEPUTUSAN REKTOR UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM) TENTANG PENGANGKATAN DOSEN PENGUJI SIDANG TUGAS AKHIR (SKRIPSI) PADA PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN TAHUN 2025

Pertama : Mengangkat Saudara: Giyatno, Amd. PK, SKM, S.Kom, M.K.M.; NUPTK. 6155759660130163 sebagai Dosen Penguji Sidang Tugas Akhir (Skripsi) mahasiswa/i berikut:

NO	NIM	NAMA MAHASISWA	JUDUL SKRIPSI
1.	2113363027	Sri Falya Rifqah	Evaluasi Pelaksanaan Audit Rekam Medis Melalui Analisis Kualitatif Berdasarkan 6 Komponen Review Pada Rekam Medis Pasien Dengan Diagnosa Chronic Kidney Disease Di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2025
2.	2113363023	Sesvi Sara Dewi	Evaluasi Desain Rekam Medis Elektronik Sesuai Standar Variabel Dan Meta Data Di Rumah Sakit Sabang Merauke Eye Center (SMCE) Medan Tahun 2025
3.	2113363001	Abdul Hafiz Ramadhan	Analisis Keamanan Data Rekam Medis Elektronik Di RSUD Dr. RM Djoelham Pendekatan Kuantitatif Tahun 2025

- Kedua** : Dosen Penguji Sidang Tugas Akhir (Skripsi) pada akhir program berkewajiban menguji dan mengevaluasi kualitas skripsi mahasiswa pada saat ujian akhir, memberikan masukan, dan menentukan hasil kelulusan mahasiswa berdasarkan performa penelitian dan pemahaman materi mahasiswa tersebut.
- Ketiga** : Dosen Penguji Sidang Tugas Akhir (Skripsi) bertanggung jawab kepada Rektor Universitas Imelda Medan dengan membuat laporan tertulis pada akhir program perkuliahan.
- Keempat** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, dengan ketentuan apabila terdapat kekeliruan dalam surat keputusan ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Medan
Tanggal : 05 April 2025
Rektor Universitas Imelda Medan

[Signature]

Dr. dr. Imelda Liana Ritonga, S.Kp, M.Pd, MN
NUPTK: 4451752653230093

SK PENGUJI II



UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)

Jln. Bilal No. 52 Kelurahan Pulo Brayan Darat I Kecamatan Medan Timur
Kode Pos . 20239 Telepon (061) 664570 Fax. (061) 6618457
Email: <http://uimedan.ac.id>

SURAT KEPUTUSAN
REKTOR UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)
NO.: 557/SK/UIM/IV/2025

TENTANG:
PENGANGKATAN DOSEN PENGUJI SIDANG TUGAS AKHIR (SKRIPSI)
PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN
UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)

REKTOR UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)

- Menimbang** :
1. Bahwa Dosen Penguji Sidang Tugas Akhir (Skripsi) adalah dosen yang bertugas untuk menguji dan mengevaluasi kualitas skripsi mahasiswa pada saat ujian akhir, memberikan masukan, dan menentukan hasil kelulusan mahasiswa berdasarkan performa penelitian dan pemahaman materi mahasiswa tersebut.
 2. Bahwa syarat Dosen Penguji Sidang Tugas Akhir (Skripsi) perlu kredibilitas dosen, memiliki pengalaman, memiliki kompetensi atau keahlian yang linier dengan topik skripsi mahasiswa yang akan diujinya, menjunjung tinggi profesionalitas, disiplin, dan memiliki karakter yang kuat untuk menentukan hasil kelulusan mahasiswa berdasarkan performa penelitian dan pemahaman materi mahasiswa tersebut.
 3. Bahwa nama yang tercantum pada Surat Keputusan ini dipandang cakap dan mampu untuk melaksanakan tugas-tugas yang diembannya, maka sebagaimana mestinya sesuai ketentuan peraturan undang-undang yang berlaku dipandang perlu untuk mengeluarkan Surat Keputusan Rektor Universitas Imelda Medan tentang Dosen Penguji Sidang Tugas Akhir (Skripsi) pada akhir program bagi dosen di Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan Universitas Imelda Medan (UIM).
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 158, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5336);
 2. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
 3. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 16, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5500);
 4. Peraturan Pemerintah No. 4 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 57 Tahun 2021 Tentang Standar Nasional Pendidikan;
 5. Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi;
 6. Keputusan Rektor No. 100/SK/UIM/I/2020 tentang Penetapan Buku Panduan Peraturan Akademik.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan** : KEPUTUSAN REKTOR UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM) TENTANG PENGANGKATAN DOSEN PENGUJI SIDANG TUGAS AKHIR (SKRIPSI) PADA PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN TAHUN 2025
- Pertama** : Mengangkat Saudari: Theresia Hutasoit, S.R.M., M.K.M.; NUPTK. 6352771672230343 sebagai Dosen Penguji Sidang Tugas Akhir (Skripsi) mahasiswa/i berikut:

NO	NIM	NAMA MAHASISWA	JUDUL SKRIPSI
1.	2113363028	Suryadana Gustowo	Implementasi Dan Kendala Kodifikasi Kematian Berdasarkan ICD 10 Di Rumah Sakit Umum Bandung Tahun 2025
2.	2113363027	Sri Falya Rifqah	Evaluasi Pelaksanaan Audit Rekam Medis Melalui Analisis Kualitatif Berdasarkan 6 Komponen Review Pada Rekam Medis Pasien Dengan Diagnosa Chronic Kidney Disease Di RSU Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2025
3.	2113363029	Veronica Agustina Br Sembiring	Analisis Kelengkapan Pencatatan Rekam Medis Pada Sistem Pemapasan Dengan Penegakan Diagnosa Primer Dalam Menentukan Kodifikasi Penyakit Di RSU Citra Medika Tahun 2025
4.	2113363015	Kristalina Lase	Studi Kasus Pengkodingan Sistem Respirasi Pada Bulan Januari Di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan Tahun 2025
5.	2113363016	Miyanna Sari Harahap	Studi Kasus Pengkodingan Sistem Endokrin Pada Periode Januari-Februari Di Rumah Sakit Umum Haji Medan Tahun 2025



UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)

Jln. Bilal No. 52 Kelurahan Pulo Brayan Darat I Kecamatan Medan Timur

Kode Pos . 20239 Telepon (061) 664570 Fax. (061) 6618457

Email: <http://uimedan.ac.id>

6.	2113363009	Firsten Marshariyoani Waoma	Analisis Beban Biaya (Cost Burden) Pada Penyakit Gagal Ginjal Kronik: Literature Review
7.	2113363019	Puja Kesurna Wandani	Pengaruh Pelatihan Petugas Rekam Medis Terhadap Akurasi Kodifikasi Penyebab Kematian Di RSU Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2025
8.	2113363031	Zahrah Ananda Putri	Studi Kasus Pengkodingan Sistem Kardiovaskular Pada Periode Januari Di Rumah Sakit Umum Haji Medan Tahun 2024

- Kedua** : Dosen Penguji Sidang Tugas Akhir (Skripsi) pada akhir program berkewajiban menguji dan mengevaluasi kualitas skripsi mahasiswa pada saat ujian akhir, memberikan masukan, dan menentukan hasil kelulusan mahasiswa berdasarkan performa penelitian dan pemahaman materi mahasiswa tersebut.
- Ketiga** : Dosen Penguji Sidang Tugas Akhir (Skripsi) bertanggung jawab kepada Rektor Universitas Imelda Medan dengan membuat laporan tertulis pada akhir program perkuliahan.
- Keempat** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, dengan ketentuan apabila terdapat kekeliruan dalam surat keputusan ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Medan
Tanggal : 05 April 2025
Rektor Universitas Imelda Medan



Dr. dr. Imelda Liana Ritonga, S.Kp., M.Pd., MN
NIDPK. 4451752653230093

SK PENGUJI III



UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)

Jln. Bilal No. 52 Kelurahan Pulo Brayan Darat I Kecamatan Medan Timur

Kode Pos . 20239 Telepon (061) 664570 Fax. (061) 6618457

Email: <http://uimedan.ac.id>

SURAT KEPUTUSAN
REKTOR UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)
NO.: 556/SK/UIM/IV/2025

TENTANG:
PENGANGKATAN DOSEN PENGUJI SIDANG TUGAS AKHIR (SKRIPSI)
PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN
UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)

REKTOR UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)

- Menimbang** :
1. Bahwa Dosen Penguji Sidang Tugas Akhir (Skripsi) adalah dosen yang bertugas untuk menguji dan mengevaluasi kualitas skripsi mahasiswa pada saat ujian akhir, memberikan masukan, dan menentukan hasil kelulusan mahasiswa berdasarkan performa penelitian dan pemahaman materi mahasiswa tersebut.
 2. Bahwa syarat Dosen Penguji Sidang Tugas Akhir (Skripsi) perlu kredibilitas dosen, memiliki pengalaman, memiliki kompetensi atau keahlian yang linier dengan topik skripsi mahasiswa yang akan diujinya, menjunjung tinggi profesionalitas, disiplin, dan memiliki karakter yang kuat untuk menentukan hasil kelulusan mahasiswa berdasarkan performa penelitian dan pemahaman materi mahasiswa tersebut.
 3. Bahwa nama yang tercantum pada Surat Keputusan ini dipandang cakap dan mampu untuk melaksanakan tugas-tugas yang diembannya, maka sebagaimana mestinya sesuai ketentuan peraturan undang-undang yang berlaku dipandang perlu untuk mengeluarkan Surat Keputusan Rektor Universitas Imelda Medan tentang Dosen Penguji Sidang Tugas Akhir (Skripsi) pada akhir program bagi dosen di Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan Universitas Imelda Medan (UIM).
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 158, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5336);
 2. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
 3. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 16, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5500);
 4. Peraturan Pemerintah No. 4 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 57 Tahun 2021 Tentang Standar Nasional Pendidikan;
 5. Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi;
 6. Keputusan Rektor No. 100/SK/UIM/I/2020 tentang Penetapan Buku Panduan Peraturan Akademik.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan** : KEPUTUSAN REKTOR UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM) TENTANG PENGANGKATAN DOSEN PENGUJI SIDANG TUGAS AKHIR (SKRIPSI) PADA PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN TAHUN 2025
- Pertama** : Mengangkat Saudari: Mei Sryendang Sitorus, Amd.RMIK, SKM, M.K.M; NUPTK. 2844755656230152 sebagai Dosen Penguji Sidang Tugas Akhir (Skripsi) mahasiswa/i berikut:

NO	NIM	NAMA MAHASISWA	JUDUL SKRIPSI
1.	2113363005	Desnawati Gea	Analisis Kualitatif Rekam Medis Dengan 6 Komponen Review Pada Diagnosa Apendisitis Akut Di RSU Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2025
2.	2113363027	Sri Falya Rifqah	Evaluasi Pelaksanaan Audit Rekam Medis Melalui Analisis Kualitatif Berdasarkan 6 Komponen Review Pada Rekam Medis Pasien Dengan Diagnosa Chronic Kidney Disease Di RSU Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2025
3.	2113363023	Sesvi Sara Dewi	Evaluasi Desain Rekam Medis Elektronik Sesuai Standar Variabel Dan Meta Data Di Rumah Sakit Sabang Merauke Eye Center (SMEC) Medan Tahun 2025
4.	2113363029	Veronica Agustina Br Sembiring	Analisis Kelengkapan Pencatatan Rekam Medis Pada Sistem Pernapasan Dengan Penegakan Diagnosa Primer Dalam Menentukan Kodedikasi Penyakit Di RSU Citra Medika Tahun 2025
5.	2113363015	Kristalina Lase	Studi Kasus Pengkodingan Sistem Respirasi Pada Bulan Januari Di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan Tahun 2025



UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)

Jln. Bilal No. 52 Kelurahan Pulo Brayan Darat I Kecamatan Medan Timur

Kode Pos . 20239 Telepon (061) 664570 Fax. (061) 6618457

Email: <http://uimedan.ac.id>

6.	2113363018	Osayku Inesa Sitompul	Analisis Kesiapan Implementasi Rekam Pengaruh Pelatihan Petugas Rekam Medis Terhadap Akurasi Kodifikasi Penyebab Kematian Di RSU Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2025 Medis Elektronik Dengan Pendekatan DOQ-IT Di Klinik Pratama Wulandari Tahun 2025
7.	2113363019	Puja Kesuma Wandani	Pengaruh Pelatihan Petugas Rekam Medis Terhadap Akurasi Kodifikasi Penyebab Kematian Di RSU Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2025
8.	2113363022	Agustinus Pasaribu	Kepuasan Pengguna Rekam Medis Elektronik Berdasarkan Metode End User Computing Satisfaction Di RSU Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2025
9.	2113363032	Zulkhaira N. Haichal	Analisis Beban Biaya (Cost Burden) Pada Penyakit Gagal Jantung: Literature Review

- Kedua** : Dosen Penguji Sidang Tugas Akhir (Skripsi) pada akhir program berkewajiban menguji dan mengevaluasi kualitas skripsi mahasiswa pada saat ujian akhir, memberikan masukan, dan menentukan hasil kelulusan mahasiswa berdasarkan performa penelitian dan pemahaman materi mahasiswa tersebut.
- Ketiga** : Dosen Penguji Sidang Tugas Akhir (Skripsi) bertanggung jawab kepada Rektor Universitas Imelda Medan dengan membuat laporan tertulis pada akhir program perkuliahan.
- Keempat** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, dengan ketentuan apabila terdapat kekeliruan dalam surat keputusan ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Medan
Tanggal : 05 April 2025
Rektor Universitas Imelda Medan



Dr. Ir. Imelda Liana Ritonga, S.Kp., M.Pd., MN
NUPTK: 4481752653230093

Lampiran 2

SURAT IZIN PENELITIAN



UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)

Jln. Bilal No. 52 Kelurahan Pulo Brayan Darat I Kecamatan Medan Timur

Kode Pos 20239, Telepon (061) 6645670 Fax. (061) 6618457

E-mail: univ.imeldamedan@gmail.com

Nomor : 537.03/B/UIM/V/2025
Lampiran : -
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth, :

Bapak Direktur Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia

Jl. Bilal No. 24 Pulo Brayan Darat I

Medan

Dengan Hormat,

Bersama ini kami memohon kepada Bapak Direktur untuk berkenan memberikan izin bagi mahasiswa/i atas :

Nama : Sri Falya Rifqah
NIM : 2113363027
Program Studi : Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan
Judul Penelitian : Pelaksanaan Audit Rekam Medis Melalui Analisis Kualitatif Berdasarkan 6 Komponen Review Pada Rekam Medis Pasien Dengan Diagnosa Chronic Kidney Disease di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan Tahun 2025

Untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia dengan tujuan penelitian Tugas Akhir Skripsi

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas bantuan dan kerjasama yang diberikan, kami ucapkan terima kasih.



Medan, 21 Mei 2025

Rektor,

Dr. Imelda Liana Ritonga, S.Kp.,M.Pd.,MN

Cc : File

Lampiran 3

BALASAN SURAT IZIN PENELITIAN



PT. IMELDA PEKERJA INDONESIA **RSU. IMELDA PEKERJA INDONESIA**

Jl. Bilal No. 24, Telp. (061) 6610072 - 6631380 - 6630196 Fax. (061) 6618457
Pulo Brayan Darat I Kec. Medan Timur Pos 20239

Email : ritonga.imelda@gmail.com

Website : <http://rsuimelda.co.id>

Medan, 12 Juni 2025

No : 610/RSU.IPI/VI/2025
Lamp : -
Hal : Ijin Melakukan Penelitian

Kepada Yth;
Rektor Universitas Imelda Medan (UIM)
Di -
Tempat


Dengan hormat,

Sesuai dengan surat saudara nomor : 537.03/B/UIM/V/2025, tanggal 21 Mei 2025, perihal Permohonan Izin Penelitian, maka dengan ini kami sampaikan bahwa nama yang tersebut di bawah ini Disetujui untuk melakukan Izin Penelitian di RSU Imelda Pekerja Indonesia Medan. Adapun nama mahasiswa/i tersebut adalah sebagai berikut :

Nama : Sri Falya Rifqah
NIM : 2113363027
Program Studi : Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan
Judul : Pelaksanaan Audit Rekam Medis Melalui Analisis Kualitatif
Berdasarkan 6 Komponen Review Pada Rekam Medis Pasien
Dengan Diagnosa Chronic Kidney Disease di Rumah Sakit
Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan Tahun 2025.

Demikian hal ini kami sampaikan, atas kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Hormat Saya,
RSU Imelda Pekerja Indonesia


dr. Hedy Tan, MARS, MOG, SpOG
Direktur

Cc. File

Lampiran 4

SURAT SELESAI PENELITIAN



PT. IMELDA PEKERJA INDONESIA RSU. IMELDA PEKERJA INDONESIA

Jl. Bilal No. 24, Telp. (061) 6610072- 6631380-6630196 Fax. (061) 6618457
Pulo Brayon Darat I Kec. Medan Timur Pos 20239
Email : ritonga.imelda@gmail.com
Website : <http://rsuimelda.co.id>

SURAT KETERANGAN

No : 1076/RSU.IPI/IX/2025

Yang bertanda tangan di bawah ini, Direktur RSU Imelda Pekerja Indonesia Medan,
menerangkan bahwa yang tersebut di bawah ini :

Nama : Sri Falya Rifqah

NIM : 2113363027

Program Studi : Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan

Judul : Pelaksanaan Audit Rekam Medis Melalui Analisis Kualitatif Berdasarkan 6
Komponen Review Pada Rekam Medis Pasien Dengan Diagnosa Chronic
Kidney Disease di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan
Tahun 2025.

Adalah benar telah menyelesaikan Penelitian di RSU Imelda Pekerja Indonesia Medan.
Demikian surat keterangan ini kami perbuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Medan, 22 September 2025
RSU. Imelda Pekerja Indonesia

(dr. Hedy Tan, MARS, MOG, Sp. OG)
Direktur

Cc. Arsip

Lampiran 5

PEDOMAN WAWANCARA

**EVALUASI PELAKSANAAN AUDIT REKAM MEDIS MELALUI
ANALISIS KUALITATIF BERDASARKAN 6 KOMPONEN
REVIEW PADA REKAM MEDIS PASIEN DENGAN
DIAGNOSA CHRONIC KIDNEY DISEASE DI
RUMAH SAKIT UMUM IMELDAPEKERJA
INDONESIA MEDAN
TAHUN 2025**

Umur :

Jabatan :

Masa kerja :

Pertanyaan :

No	Dokter	Perawat
1	Apakah dokter mengetahui siapa yang bertanggung jawab atas pengisian rekam medis pasien rawat inap?	Apakah bapak/ibu mengetahui siapa yang bertanggung jawab atas pengisian rekam medis pasien rawat inap?
2	Apakah rumah sakit umum imelda pekerja Indonesia memiliki SPO dalam pengisian atau pencatatan rekam medis?	Apakah bapak/ibu sebelumnya pernah mengikuti pelatihan atau sosialisasi mengenai pengisian/pencatatan rekam medis?
3	Apakah sebelumnya dokter pernah mengikuti pelatihan atau sosialisasi mengenai pengisian rekam medis?	Menurut bapak/ibu, apakah pencatatan pada rekam medis harus terisi secara lengkap?
4	Menurut dokter, apakah pencatatan pada rekam medis harus terisi secara lengkap?	Bagaimana proses pengambilan informed consent dilakukan? Siapa yang biasanya menjelaskan prosedur atau pengobatan pada pasien/keluarga?
5	Bagaimana proses pengambilan informed consent dilakukan? Siapa yang biasanya menjelaskan prosedur atau pengobatan pada pasien/keluarga?	Apakah perawat wajib mengisi persetujuan tindakan atau informed consent pasien rawat inap pada rekam medis?
6	Apakah dokter wajib mengisi persetujuan tindakan atau informed	Apakah perawat wajib menjelaskan kembali terkait persetujuan

	consent pasien rawat inap pada rekam medis?	tindakan atau informed consent pasien rawat inap?
7	Apakah dokter wajib menjelaskan kembali terkait persetujuan tindakan atau informed consent pasien rawat inap?	Pernahkah terjadi tindakan medis atau pergantian terapi yang tidak didahului atau tidak disertai dengan informed consent tertulis?
8	Pernahkah terjadi tindakan medis atau pergantian terapi yang tidak didahului atau tidak disertai dengan informed consent tertulis?	Menurut bapak/ibu, apakah keterbacaan pada rekam medis dapat memengaruhi ketepatan atau kelengkapan dokumentasi di rekam medis?
9	Menurut dokter, apakah keterbacaan pada rekam medis dapat memengaruhi ketepatan atau kelengkapan dokumentasi di rekam medis?	Pernahkah sebelumnya terjadi di mana isi informed consent tidak terbaca jelas dan menimbulkan kebingungan atau permasalahan?
10	Pernahkah sebelumnya terjadi di mana isi informed consent tidak terbaca jelas dan menimbulkan kebingungan atau permasalahan?	Apa penyebab dari ketidakterbacaan rekam medis pasien rawat inap, khususnya pada <i>informed consent</i> ?
11	Apa penyebab dari ketidakterbacaan rekam medis pasien rawat inap, khususnya pada <i>informed consent</i> ?	Apakah pencatatan rekam medis pasien dilakukan secara real time atau ada keterlambatan?
12	Apakah pencatatan rekam medis pasien dilakukan secara real time atau ada keterlambatan?	Sebelumnya pernahkah terjadi kasus di mana obat dihentikan atau diganti, tetapi tidak terdokumentasi pada rekam medis pasien?
13	Bagaimana pencatatan dilakukan pada saat kondisi darurat atau pasien mengalami perburukan?	Bagaimana cara perawat mendokumentasikan/mencatat tindakan atau kejadian penting pada pasien CKD secara tepat waktu?
14	Bagaimana proses dalam pengambilan keputusan untuk menghentikan atau mengganti obat pada pasien CKD dilakukan?	Apakah bapak/ibu pernah menemukan informasi yang tidak konsisten antara catatan dokter, perawat lainnya dan hasil penunjang (laboratorium,radiologi)?
15	Sebelumnya, pernahkah terjadi kasus di mana obat dihentikan atau diganti, tetapi tidak terdokumentasi pada rekam medis pasien?	Pernahkah bapak/ibu mengalami kesulitan dalam memahami tulisan dari rekam medis pasien dengan diagnosa CKD?
16	Pernahkah dokter menemukan informasi yang tidak konsisten atau bertentangan pada rekam medis antara catatan perawat dan hasil	Menurut bapak/ibu, apakah ada tantangan dalam mendokumentasikan/mencatat rekam medis pasien rawat inap

	penunjang (laboratorium, radiologi)?	dengan diagnosa CKD?
17	Menurut dokter, apakah ada tantangan utama dalam mendokumentasikan atau mencatat rekam medis pasien rawat inap dengan diagnosa CKD?	Apakah ada sanksi atau punishment yang diberikan rumah sakit jika perawat tidak mengisi rekam medis secara lengkap?
18	Apakah ada sanksi atau punishment yang diberikan rumah sakit jika dokter tidak mengisi rekam medis secara lengkap?	

Lampiran 6

TRANSKIP WAWANCARA

Informan 1 dan 2

Perihal : Evaluasi Pelaksanaan Audit Rekam Medis Melalui Analisis Kualitatif Berdasarkan 6 Komponen Review Pada Rekam Medis Pasien Dengan Diagnosa *Chronic Kidney Disease* Di Rumah Sakit Umum Imeldapekerja Indonesia Medan Tahun 2025

Tipe Wawancara : Wawancara Semi Terstruktur

Wawancara Secara Langsung Terhadap Informan 1 Pada Selasa, 15 Juli 2025 Pukul 11.13 WIB Di Ruang Rawat Jalan Penyakit Dalam dan Informan 2 Pada Senin, 14 Juli 2025 Pukul 15.19 WIB Di Ruang Hemodialisa

Peneliti : Apakah dokter mengetahui siapa yang bertanggung jawab atas pengisian rekam medis pasien rawat inap?

Informan 1 : Tau

Informan 2 : Spesialis Penyakit Dalam

Peneliti : Apakah Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia memiliki SPO dalam pengisian atau pencatatan rekam medis?

Informan 1 : Setau saya ada

Informan 2 : Ya, menulis

Peneliti : Apakah sebelumnya dokter pernah mengikuti pelatihan atau sosialisasi mengenai pengisian rekam medis?

Informan 1 : Sosialisai pernah, pelatihan enggak

Informan 2 : Ya

Peneliti : Menurut dokter, apakah pencatatan pada rekam medis harus terisi secara lengkap?

Informan 1 : Pasti

Informan 2 : Benar

Peneliti : Bagaimana proses pengambilan *informed consent* dilakukan? Siapa yang biasanya menjelaskan prosedur atau pengobatan pada pasien/keluarga?

Informan 1 : Informed consent dilakukan oleh DPJP atau dokter yang melakukan tindakan tapi biasanya ini dilakukan oleh perawat kepada pasien, oke

Informan 2 : Dokter/Spesialis

Peneliti : Apakah dokter wajib mengisi persetujuan tindakan atau *informed consent* pasien rawat inap pada rekam medis?

Informan 1 : Wajib untuk indikasi tertentu, terus

Informan 2 : Ya, wajib

Peneliti : Apakah dokter wajib menjelaskan kembali terkait persetujuan tindakan atau *informed consent* pasien rawat inap?

- Informan 1 : Wajib menjelaskan kembali**
- Informan 2 : Ya, wajib**
- Peneliti : Pernahkah terjadi tindakan medis atau pergantian terapi yang tidak didahului atau tidak disertai dengan *informed consent* tertulis?
- Informan 1 : Kalau pergantian terapi pernah tanpa informed consent, tapi kalau tindakan medis enggak pernah**
- Informan 2 : Tidak pernah**
- Peneliti : Menurut dokter, apakah keterbacaan pada rekam medis dapat memengaruhi ketepatan atau kelengkapan dokumentasi di rekam medis?
- Informan 1 : Betul, keterbacaan mempengaruhi ketepatan dokumentasi**
- Informan 2 : Pasti**
- Peneliti : Pernahkah sebelumnya terjadi di mana isi *informed consent* tidak terbaca jelas dan menimbulkan kebingungan atau permasalahan?
- Informan 1 : Enggak pernah**
- Informan 2 : Ya, sebelum sistem SIRS**
- Peneliti : Apa penyebab dari ketidakterbacaan rekam medis pasien rawat inap, khususnya pada *informed consent*?
- Informan 1 : Ya karna memang tulisannya begitu, lagian juga karena keterbatasan waktu kan saat melakukan pelayanan atau tindakan kita harus cepat dan segera melakukan tindakan**
- Informan 2 : Karna waktu dan harus sigap saat pemberian tindakan**
- Peneliti : Apakah pencatatan rekam medis pasien dilakukan secara *real time* atau ada keterlambatan?
- Informan 1 : Setelah adanya rekam medik elektronik ini dilakukan pada secara real time, ayo dek lanjut dek**
- Informan 2 : Real time**
- Peneliti : Bagaimana pencatatan dilakukan pada saat kondisi darurat atau pasien mengalami perburukan?
- Informan 1 : Pada saat darurat atau perburukan dilakukan tindakan terlebih dahulu baru dilakukan pencatatan**
- Informan 2 : Setelah dilakukan tindakan darurat, baru rekam medis di isi**
- Peneliti : Bagaimana proses dalam pengambilan keputusan untuk menghentikan atau mengganti obat pada pasien CKD dilakukan?
- Informan 1 : Keputusan untuk menghentikan atau mengganti obat itu dilakukan dengan persetujuan DPJP tapi untuk tindakan, tindakan CKD tindakan hemodialisis itu atas persetujuan pasien**
- Informan 2 : Seizin, S.Pd (Spesialis Penyakit Dalam)**
- Peneliti : Sebelumnya, pernahkah terjadi kasus di mana obat dihentikan atau diganti, tetapi tidak terdokumentasi pada rekam medis pasien?
- Informan 1 : Ada**
- Informan 2 : Tidak pernah**
- Peneliti : Apa penyebab terjadinya hal tersebut?
- Informan 1 : Biasanya hal seperti itu terjadi dikarenakan perawat yang lupa mencatatnya didalam rekam medis. Kadangpun juga ada**

dokter yang ngomong langsung untuk mengganti atau memberhentikan obat jadi si perawat pun lupa nyatatnya

Peneliti : Pernahkah dokter menemukan informasi yang tidak konsisten atau bertentangan pada rekam medis antara catatan perawat dan hasil penunjang (laboratorium, radiologi)?

Informan 1 : Ada, pernah

Informan 2 : Pernah

Peneliti : Apakah hal tersebut menyebabkan masalah pada proses pelayanan?

Informan 1 : Kalau jadi masalah sih engga, karna kita langsung konfirmasi ulang apa yang buat tidak konsisten itu, nah semisal obat, kita tanya tuh langsung emang benar si pasien ada keluhan di lambungnya sehingga dia dikasih omeprazole, kalau tidak ada maka langsung dikonfirmasi untuk tidak diberikannya obat itu

Informan 2 : Engga, karna harus di konfirmasi ulang terhadap perawat atau dokter yang berkaitan dengan si pasien

Peneliti : Menurut dokter, apakah ada tantangan utama dalam mendokumentasikan atau mencatat rekam medis pasien rawat inap dengan diagnosa CKD?

Informan 1 : Apakah ada tantangan utama dalam mendokumentasikan atau mencatat rekam medis pasien rawat inap, tantangan utama dalam mendokumentasikan hampir enggak ada tantangannya kalau hal dalam mendokumentasikan ya, tapi dalam informed consent ini selalu bahkan sering ya, sering bahkan selalu untuk terjadinya eee penundaan oleh pasien atau keluarganya karena keluarga pasien belum tentu setuju dilakukan tindakan cuci darah sehingga dia memperlambat eee membuat surat pertanyaan sudah setuju atau belum setuju atau tidak setuju, jadi dia diskusi dulu sama keluarganya

Informan 2 : Kesesuaian klinis dengan lab

Peneliti : Apakah ada sanksi atau *punishment* yang diberikan rumah sakit jika dokter tidak mengisi rekam medis secara lengkap?

Informan 1 : Harusnya ada. Seharusnya ya, tapi sampai sekarang belum ada ya engga

Informan 2 : Ada

Informan 3,4 dan 5

Perihal : Evaluasi Pelaksanaan Audit Rekam Medis Melalui Analisis Kualitatif Berdasarkan 6 Komponen Review Pada Rekam Medis Pasien Dengan Diagnosa *Chronic Kidney Disease* Di Rumah Sakit Umum Imeldapekerja Indonesia Medan Tahun 2025

Tipe Wawancara : Wawancara Semi Terstruktur

Wawancara Secara Langsung Terhadap Informan 3 Pada Senin, 14 Juli 2025 Pukul 14.50 WIB Di Ruang Informasi Rawat Inap Penyakit Dalam, Informan 4 Pada Kamis, 10 Juli 2025 Pukul 11.19 WIB Di Ruang Hemodialisa dan Informan 5 Pada Selasa, 15 Juli 2025 Pukul 15.20 WIB Di Ruang IGD.

Peneliti : Apakah bapak/ibu mengetahui siapa yang bertanggung jawab atas pengisian rekam medis pasien rawat inap?

Informan 3 : Dokter dan perawat

Informan 4 : Ya, saya tau. Untuk pengisian rekam medis pasien rawat inap itu dokter yang merawat, perawat dan tenaga medis lainnya

Informan 5 : Kalau pengisian rekam medis untuk pasien rawat inap itu kalau untuk eee medisnya itu dia harusnya tu dokter, dokter penanggung jawabnya ya dokter DPJP

Peneliti : Apakah bapak/ibu sebelumnya pernah mengikuti pelatihan atau sosialisasi mengenai pengisian/pencatatan rekam medis?

Informan 3 : Iya, sosialisasi rekam medis kan

Informan 4 : Pernah, eee sosialisasi internal rumah sakit

Informan 5 : Kalau pelatihan yang resmi sih tidak. Tapi kalau sosialisasi memang ada, memang itu diberlakukan untuk seluruh pegawai

Peneliti : Menurut bapak/ibu, apakah pencatatan pada rekam medis harus terisi secara lengkap?

Informan 3 : Iya, ini dek ini dek, haa

Informan 4 : Pengisian rekam medis harus lengkap untuk men eee memenuhi syarat dalam status itu harus harus lengkap lah biar gak kesalahan dalam pemberian terapi

Informan 5 : Iya, emang harus lengkap

Peneliti : Bagaimana proses pengambilan *informed consent* dilakukan? Siapa yang biasanya menjelaskan prosedur atau pengobatan pada pasien/keluarga?

Informan 3 : Dokter dan perawat

Informan 4 : Informed consent itu dilakukan atau yang memberi menjelaskan itu dokter sebelum melakukan informed consent tu dijelaskan dulu tujuan tindakan apa yang mau dilakukan eee kepada pasien atau keluarga, baru ditanda tangani oleh keluarga dan saksi pada keluarga

- Informan 5** : Proses pengambilan informed consent itu, kalau dia ee di IGD atau di ruang rawat inap itu biasanya informed consent bisa dari perawat atau bisa dari DPJP yang melakukannya, terus yang biasa menjelaskan prosedur atau pengobatan kalau dia berkaitan dengan eee apa namanya keadaan pasien atau apa, kembali lagi bisa juga perawat yang menangani pasien atau dokter yang menangani pasien
- Peneliti : Apakah perawat wajib mengisi persetujuan tindakan atau *informed consent* pasien rawat inap pada rekam medis?
- Informan 3** : Persetujuan kami isi, engga. Itu keluarga pasien itu yang mengisi tapi kalau kami membantu, iya, kan gitu. Tapi kalau mengisi enggak, jadi kami mengarahkan atau membantu
- Informan 4** : Itu yang mengisi dokter, kita me- me- mengarahkan dokter untuk mengisi informed consentnya
- Informan 5** : Iya, wajib lah
- Peneliti : Apakah perawat wajib menjelaskan kembali terkait persetujuan tindakan atau *informed consent* pasien rawat inap?
- Informan 3** : Iya, wajib
- Informan 4** : Yang kami lakukan tetap menjelaskan kembali apa yang mau dilakukan dan resiko apa yang akan terjadi pasca tindakan apa saja ma- mau dilakukan tindakannya
- Informan 5** : Iya, harus, harus dijelaskan kembali
- Peneliti : Pernahkah terjadi tindakan medis atau pergantian terapi yang tidak didahului atau tidak disertai dengan *informed consent* tertulis?
- Informan 3** : Gak. Semua harus. Tindakan medis itu harus informed consent. Apapun ceritanya harus kalau gak kita di cekek
- Informan 4** : Tidak ada, tidak ada
- Informan 5** : Pernah terjadi, pernah terjadi. Tetapi, jarang ya. Mungkin ya namanya human error terkadang bisa aja terjadi. kadang perawatnya lupa untuk membuat informed consentnya ee padahal sudah ada terapi dan DPJP yang harus nya diganti obatnya. Tapi baiknya sih memang harus tertulis, atau tidak walaupun tidak tertulis dia harus dijelaskan ke pasien atau keluarga
- Peneliti : Menurut bapak/ibu, apakah keterbacaan pada rekam medis dapat memengaruhi ketepatan atau kelengkapan dokumentasi di rekam medis?
- Informan 3** : Iya, dokumentasi
- Informan 4** : Yaah, dapat mempengaruhi, pasti dapat mempengaruhi
- Informan 5** : Iya, pasti mempengaruhi
- Peneliti : Pernahkah sebelumnya terjadi di mana isi informed consent tidak dan menimbulkan kebingungan atau permasalahan?
- Informan 3** : Kalau permasalahannya engga, memang kebingungan iya. Apa nih, apa nih, gitu

- Informan 4** : Pernah, beberapa dokter ada tulisannya yang ee tidak, susah dibaca ya pasti ada beberapa dokter yang tulisannya agak susah dibaca, ada
- Informan 5** : Ya, pernah pernah saja. Karena kan kita terkadang tulisan dokter atau tulisan perawat yang asal asalan, tidak bisa terbaca nanti untuk kedepannya susah. Susahnya, maksudnya kalau ada masalah jadinya pertanggung jawabannya nanti kan bingung kita gimana. Nah, makanya informed consent tu sekarang harus emang benar benar tulisan yaitu bisa di baca dan langsung harus ada di verifikasi langsung dari eee yang mengedukasi atau yang memberikan informasinya
- Peneliti : Apa penyebab dari ketidakterbacaan rekam medis pasien rawat inap, khususnya pada *informed consent*?
- Informan 3** : Biasanya sih dari tulisan dokternya yang enggak bisa dibaca
- Informan 4** : Karena yang mengisi informed consent tu kan dokter, jadi memang beberapa dokter sulit tulisannya dibaca karna emang tulisan dokternya begitu juga karna kan setiap tindakan tu harus langsung segera dicatat
- Informan 5** : Ya dikarenakan kan pasien ini kan butuh tindakan segera jadi penyebabnya tu karna terbatasnya waktu jadi dokter atau perawat yang mengisi tu cepat cepat makanya jadi gak bisa terbaca
- Peneliti : Apakah pencatatan rekam medis pasien dilakukan secara *real time* atau ada keterlambatan?
- Informan 3** : Real? Tepat waktu? Ada sebagian kalau misalnya ini tepat waktu dek kalau pas pasien kami emergency ya kami utamakan pasien dulu yakan, kalau untuk rekam medis disini ni. Tapi kalau disana, dibawah, rekam medis pas tepat waktu tapi kalau diruangan itu kan kita mau ngisi kami lihat, kalau pasien lagi emergency ya kami gak lakukan itu, ya emergency dulu yang kami utamakan
- Informan 4** : Real time, setiap tin, eee pencatatan rekam medis tu setiap melakukan tindakan disaat itu juga setelah dilakukan tindakan dicatat ee tindakan ee melakukan tindakan mle mle mle, yah secara real time apa yang dilakukan ditulis secara langsung
- Informan 5** : Pencatatan. Real time lah. Real time
- Peneliti : Sebelumnya pernahkah terjadi kasus di mana obat dihentikan atau diganti, tetapi tidak terdokumentasi pada rekam medis pasien?
- Informan 3** : Ada, ada sebagian juga yakan di up yakan tapi gak di, entah di up gak tertuliskan, ada
- Informan 4** : Pernah, beberapa kali untuk dirawat inap
- Informan 5** : Pernah, terjadi. Pernah terjadi eee iya jadinya gimana ya, pernah terjadi seperti itu dan ketahuannya pada saat dokter DPJP visit keruangan eee melihat jadwal pemberian obat salah satunya, padahal sudah ada se- sebelumnya apa namanya anjuran dari dokternya obat yang diberikan ee a-apa diganti

- gitu tetap tidak ter-apa tercatat di JPO, itulah yang membuat marah dokternya gitu. Itu pernah terjadi**
- Peneliti : Bagaimana cara perawat mendokumentasikan/mencatat tindakan atau kejadian penting pada pasien CKD secara tepat waktu?
- Informan 3 : Catatan di CPPT. Di tulis dicatatan CPPT dan PPA**
- Informan 4 : Kalau pas pasien CKD ya melakukan mencatat kita itu kan ada namanya ee asesmen pasien HD, disitu ada catatan observasi pasiennya ketika ada masalah pada pasien misalnya hipotensi dalam itu nanti ada ada kami catat di rekam aa-apa di asesmen hemodialisisnya**
- Informan 5 : Cara perawat mendokumentasikan atau mencatat tindakan, kalau pasien CKD itu eee pasti ee harus apalagi CKD yang memang harus tepat itu kita menulisnya, tindakan, tindakan yang dilakukan seperti cuci darah tu kan untuk pasien CKD harus ada persetujuannya, harus ada eee pemantauannya harus lengkap**
- Peneliti : Apakah bapak/ibu pernah menemukan informasi yang tidak konsisten antara catatan dokter, perawat lainnya dan hasil penunjang (laboratorium, radiologi)?
- Informan 3 : Iyalah, kadang gak sesuai dokter ini bilang gini dokter sana bilang gitu**
- Informan 4 : Pernah, ada**
- Informan 5 : Pernah juga sih, ada**
- Peneliti : Pernahkah bapak/ibu mengalami kesulitan dalam memahami tulisan dari rekam medis pasien dengan diagnosa CKD?
- Informan 3 : Pernah**
- Informan 4 : Gak pernah**
- Informan 5 : Ada, ada kalanya yang perawat yang tidak jelas mema- ee memahami tulisan dokter- dokter DPJP ya, karnakan terkadang kan eee banyak singkatan-singkatan mungkin dokter DPJP, kadang kita kurang paham perawat**
- Peneliti : Menurut bapak/ibu, apakah ada tantangan dalam mendokumentasikan/mencatat rekam medis pasien rawat inap dengan diagnosa CKD?
- Informan 3 : Kalau tantangannya enggak sih, gak ada sih. Kalau kita tau dia pasiennya itu CKD dan semuanya keluhan – keluhannya kita dapatin semua apa semua terpantau ya, kalau di awasi ya enggak, gak sulit sih**
- Informan 4 : Tidak ada, untuk saat ini tidak ada masalah**
- Informan 5 : Engga ada sih, Selama ini gada. Cuman terkadang memang pada pasien CKD ini kita gimana ya, CKD ini pasiennya memang kebanyakan memang pasiennya yang gawat, jadi ya tantangannya paling ya harus cepat dan tepat kita untuk menolong pasien CKD**
- Peneliti : Apakah ada sanksi atau *punishment* yang diberikan rumah sakit jika perawat tidak mengisi rekam medis secara lengkap?

- Informan 3** : Ada, suruh isi langsung. Ada. Langsung ditelfon lalu langsung disuruh isi
- Informan 4** : Ada, pasti ada. Pertama gajinya terlambat, kedua ya mungkin ada sanksi-sanksi lain kalau dilakukan setiap bulannya rutin nanti ya apa namanya pengisian-pengisian rekam medis yang tidak lengkap pasti ada sanksi
- Informan 5** : Ada sanksi pasti diberikan, jika perawat tidak mengisi rekam medis secara lengkap, pasti ada

Lampiran 7

HASIL ANALISIS

1. PENGUMPULAN DATA

KASUS 1

Nama : Tn. S

No. RM : 3179xx

Komponen 1 Review Kekonsistensian Diagnosa dan Tindakan

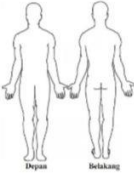
No	Lembaran RM yang ada catatan diagnosis dan tindakan	Diagnosis dan tindakan yang dicatat	K	TK
Saat Masuk Rawat				
1	Konsistensi diagnosa pada surat rujukan/pengantar rawat, pengkajian awal perawat dan dokter	Kekonsistenan diagnosa saat masuk rawat pada Formulir Assesmen IGD pasien mengalami penurunan kesadaran sudah 3 hari, sesak nafas, mual, batuk sesekali, jegukan, kencing sedikit-sedikit dengan hasil pemeriksaan fisik TD : 174/108 mmHg, HR : 108x/i, RR : 28x/i, T : 36,7, Skala nyeri : 4-6, BB : 66 kg, TB : 166 cm dan hasil pemeriksaan penunjang laboratorium hemoglobin 10 g/dL, leukoist 11.3 rb/uL, pH 7.48, HCO ₃ 16.3 mmol/L, KGD 388 Mg/dl, ureum 156 Mg/dl, creatinin 10.3 Mg/dl (eGFR : 5 cc/menit/1.73m ²) serta hasil radiologi foto thorax dengan hasil pneumonia dextra, efusi pleura dextra, kardiomegali, atherosklerosis sorta. Pasien merupakan pasien rujukan dari RSUD wulan windy dengan alasan rujuk pro HD, maka dokter memperkirakan diagnosa kerja yaitu Uremic Encephalopaty ec Acut on CKD ec DM.	✓	
Saat Sedang Dirawat				
2	Konsistensi diagnosa pada CPPT hari pertama sampai hari terakhir rawat	Tanggal 18/02/2025, Hari ke-1 Pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga pasien di pindahkan ke ruang ICU dengan hasil pemeriksaan fisik TD : 130/78 mmHg, HR : 98x/i, RR : 28x/i, T : 37, kesadaran : samnolen, pasien tampak lemah dan gelisah. Pasien telah terpasang O ₂ nasal canul 5l/i, ivfd,	✓	


		<p>chateter urin dan chateter double lumen (CDL). SpO2 96%. Pasien dilakukan HD pertama dengan UFG 1,5 L selama 2,5 jam.</p> <p>20/02/2025 Hari ke-3 Kesadaran pasien membaik, pasien mengeluhkan nyeri dada kanan dan sesak nafas. Pasien diberikan tindakan EKG dengan hasil EKG SR, CXR KARDIOMEGALI. Diberikan terapi berupa furosemid 1amp/12 jam amlodipin 1x10 mg bisoprolol 1x 2,5 mg cpg 1x75 mg simvastatin 1x20 mg valsartan 2x160 mg. Dilakukannya HD kedua dengan UFG 1000cc, akses vasculer via CDL, free heparin dengan TD post HD 101/62 mmHg</p> <p>22/02/2025 Hari ke-5 Kesadaran pasien membaik namun pasien mengalami muntah hitam, BAB berwarna hitam, pasien diberikan pemeriksaan glukosa dengan hasil KGD : p 321 (turun sedikit). Pasien diberikan terapi diet ginjal 60 gr protein, garam max 3 gr/hari, kalori 1700 kalori, novorapid 3x 14 unit, glaritus 1x 10 malam, inj omeprazole 1 amp/ 8 jam inj asam tranex 500/ 12 jam dan Dilakukannya tindakan HD ketiga.</p> <p>24/02/2025 Hari ke-7 Pasien diberikan terapi ceftriaxon 1 gr/12 j pct tab 3x1, vit c tab3x1, oat aff semua. Diberikannya tindakan pemasangan cimino. Akan dilakukan HD IV rabu (free heparin) 5 jam , qb 200, uf goal 1000 cc.</p> <p>26/02/2025 Hari ke-9 Pasien mengatakan mengeluh nyeri post cimino sudah berkurang (+)sesak nafas berkurang (+),cimino terpasang di tangan kiri, Kgd puasa 251 dengan diagnosa acute on ckd dengan uremic</p>		
--	--	--	--	--

		encephalopathy + psmba. Suhu : 37 °C, Tinggi Badan : 166 Cm Nadi : 86 x/l, Tekanan Darah : 145/88 mmHg, Berat Badan : 66 Kg, Respirasi : 24 x/i. Post hd TD : 101/62 mmHg, UF GOAL : 1000 cc, QD : 500 ml/i, QB : 200 kg , akses vasculer via CDL, free heparin		
Saat Akan Pulang Rawat				
3	Konsistensi diagnosa mulai dari saat masuk, CPPT dan pulang pada ringkasan pulang	Kekonsistensian diagnosa mulai dari saat masuk rawat, saat sedang rawat dan saat akan pulang yang terdapat pada formulir ringkasan pasien keluar. Alasan pasien dirawat pasien mengalami penurunan kesadaran sselama 3 hari, sesak nafas dan rujukan dari rumah sakit luar dengan diagnosa Acute on CKD + CHF + Pneumonia dengan diberikannya tindakan hemodialisa dan terapi berupa ondansetron, inj. Ringer lactat, omeprazole, dan inj. Asam traneksamat.	✓	

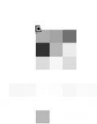
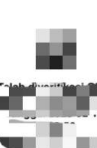
Saat Masuk Rawat



ASESMEN IGD DEWASA			
Masuk IGD Hari/ Tanggal : 18/02/2025 , Pukul 02:35:00			
Bahasa sehari-hari yang diinginkan : Indonesia			
Agama : Islam			
Suku : Minang			
ASESMEN KEPERAWATAN			
Mulai Asesmen Tanggal : 18/02/2025 , Pukul 02:40:21			
A Keluhan			
pasien penurunan kesadaran 3 hari ini, sesak nafas, mual, batuk sesekali, jengukan, kencing sedikit-sedikit, rujukan rs luar			
Alergi :		Bukan Obat : -	
Alergi Obat : -			
B Riwayat Pasien			
Apakah ada riwayat penyakit dalam keluarga? (Ayah/ Ibu/ Saudara Kandung/ Kakek/ Nenek), seperti: dm tipe 2			
C Riwayat Psikososial			
Status Psikologi	: Cemas, Takut,		
Status Biologis	: Menikah		
Status Mental	: Baik		
Status Sosial			
a. Hubungan pasien dengan anggota keluarga	: Baik		
b. Tempat tinggal	: Rumah		
Status Ekonomi	: Wiraswasta		
Status Spiritual yang perlu diperhatikan dalam keluarga :			
a. Agama	:		
b. Kebiasaan menjalankan ibadah	: Teratur		
Status nilai budaya yang perlu diketahui tenaga kesehatan :			
D Pemeriksaan Fisik			
Tanda Vital			
Tekanan Darah : 174/108 mmHg	Suhu : 36,7 °C	Pernafasan : 28 x/menit	
Nadi : 108 x/menit	Kesadaran Terganggu : Ya		
Kepala			
a. Pendengaran	: Normal		
b. Penglihatan	: Normal		
c. Hidung	: Normal		
d. Gigi Palsu	: Tidak		
Gastrointestinal			
a. Keluhan perubahan nafsu makan	: Tidak Ada		
b. Pembatasan makanan pantang pedas :			
c. Penurunan berat badan dalam waktu 3 bulan terakhir :	Tidak		
d. Mual	: Ya		
e. Muntah	: Tidak		
Eliminasi			
a. Defekasi	: Normal		
b. Miksi	: Normal		
Anus			



ASESMEN MEDIS RAWAT INAP					
Mulai Asesmen Tanggal : 18/02/2025 , Pukul 11:20:56					
A. Anamnesa (Allo-anamnesa)					
pasien penurunan kesadaran 3 hari ini, sesak nafas, mual, batuk sesekali, jekukan, kencing sedikit-sedikit. rujukan rs luar					
Riwayat Penyakit : dm tipe 2+ ckd std 5 + asidosis metabolik + efusi pleura kanan + tb paru putus obat	Riwayat Penggunaan Obat-Obatan : terapi sp.pd ri = 10 tpm meylon 2 fls dalam 400 bacl = 15 tpm(sudah 2 kali pemberian) novorapid 3x 12 iu ondansetron 4 mg/8 jam natrium bicarbonat 3x500 mg asam folat 1x1 terapi sp.p R/H= 600/400, Z/E= 1500/1500 terapi sp.jp furosemid 1 amp/12 jam candesrtan 1x16 mg amlodipin 1x10 mg hct 1x5 mg cpz 25 mg (k/p)	Alergi Obat : Alergi Makanan	Riwayat Perawatan / Pengobatan sebelumnya : rs wulan windy		
B. Pemeriksaan Fisik					
1. Pemeriksaan Umum					
Sensorium	: apatis	Anemis	: -	Berat Badan	: 66 Kg
Tekanan Darah	: 174/101 mmHg	Iktarik	: -	Tinggi Badan	: 166 CM
Nadi	: 108 x/i	Dyspnoe	: +	Nafas	: 26 x/i
Oedem	: -	Suhu	: 36,7 °C		
2. Pemeriksaan Khusus					
	Kepala dan Leher	konjungtiv anemis (-) ikterik (-), pupil isokor (+)			
	Thorax	ronchi+			
	Abdomen	peristaltik +, sopel +			
	Ekstremitas Superior	akral hangat			
	Genitalia & Anus	terpasang kateter			
	Ekstremitas Inferior	odem -			
C. Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik					



Pemeriksaan Penunjang yang dilakukan : Laboratorium Dikirim Tgl/Pukul : 2025-02-18 / 02:35:00 WIB Pemeriksaan : agda, dl,kgd,elektrolit, ur,r Radiologi Dikirim Tgl/Pukul : 2025-02-18 / 03:00:00 WIB Pemeriksaan : foto thorax (3/2/2025 rs wulan windy) ekg		Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-02-18 / _____ WIB Hasil Pemeriksaan Laboratorium yang perlu diobservasi : di = hb 10 leukoist 11,300 trombosit 221.000 kgd 388 ur = 156 , cr 10,3 (eGFR : 5 cc/menit/1.73m2) Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-02-18 / 03:10:00 WIB Hasil Pemeriksaan Radiologi : foto thorax (3/2/2025 rs wulan windy) [pneumonia dextra, efusi pleura dextra, kardiomegali, atherosclerosis sorta
D. Diagnosa		
Diagnosa Primer	uremic encephalopathy ec acut on ckd ec dn	
Diagnosa Sekunder	chf, pneumonia	
E. Penatalaksanaan		
Terapi Cairan	-	
Terapi Injeksi	inj ceftriaxone 1 gr /12 jam inj noverapide 3x10 unit sc	
Terapi Oral	candesartan 1x16 mg	
Diet	ginjal 52 gram protein bentuk sonde	
F. Tindak Lanjut Pelayanan		
RAWAT INAP		
		
Tindak Lanjut	pemasangan CDL hemodialisis 2,5 jam QB 180, UF goals 1500 cc full heparin	

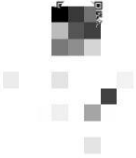
Saat Sedang Rawat



18/02/2025 18:00:49 Intensive Care Unit (ICU)	Perawat	Subyektif (S) Perawat dinas pagi ruangan icu mengatakan os penurunan kesadaran, sesak nafas (+) Obyektif (O) Suhu : 37 °C Tinggi Badan : 166 Cm Nadi : 98 x/i Tekanan Darah : 168/86 mmHg, Berat Badan : tdt Kg, Respirasi : 28 x/i GCS (E,V,M) : 10, Kesadaran : Samnolen Os tampak lemah IDWG : kg UFG : 1,5 L QB : 150-180 TIME : 2,5 jam AKSES HD VIA CDL + FULL HEPARIN POST HD TD : 136/86 mmHg BB : tdt kg Assesment (A) : - gangguan pola nafas inefektif - gangguan filtrasi ginjal - resiko infeksi Planning (P) - pantau pola nafs inefektif - pantau hemodinamic - pantau balance cairan	hd I 2,5 jam sudah sesesai 
18/02/2025 19:26:49 Intensive Care Unit (ICU)	Perawat	Subyektif (S) Pasien dari ruangan HD tiba di ruangan icu pukul 19:00 wib Perawat dinas pagi mengatakan os penurunan kesadaran Obyektif (O) Suhu : 36,7 °C Tinggi Badan : 166 Cm Nadi : 70 x/i Tekanan Darah : 124/77 mmHg, Berat Badan : 66 Kg, Respirasi : 23 x/i GCS (E,V,M) : 10, Kesadaran : Samnolen Os tampak lemah, penurunan kesadaran(+) sesak nafas(+)O2 nasal canul 5/i, ivfd(+) chateter urin(+) gelisah(+) spo2 96% Assesment (A) : * gangguan filtrasi ginjal * resiko infeksi Planning (P) * pantau hemodinamic * pantau balance cairan	*  visite advise HD 2,5 jam full heparin dengan QB 180 dan UF 1500 * sudah terpasang CDL * sudah di lakukan HD pertama di ruangan HD. HD sudah selesai


<p>20/02/2025 15:30:11</p> <p>Ruang Rawat Angrek</p>	<p>Subyektif (S) KESADARAN MEMBAIK NYERI DADA KANAN SESAK NAPAS</p> <p>Obyektif (O) Suhu : - °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 88 x/i Tekanan Darah : 110/80 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 24 x/i GCS (E,V,M) : -, Kesadaran : - EKG SR CXR KARDIOMEGALI EF 45 RS LUAR UR 156 / CR 10.3</p> <p>Assesment (A) : CHF EC CAD HHD + CKD</p> <p>Planning (P) furosemid 1 amp/12 jam amlodipin 1x10 mg bisoprolol 1x 2,5 mg cpq 1x75 mg simvastatin 1x20 mg valsartan 2x160 mg</p>	<p>PANTAU TTV DAN UOP ECHOCARDIOGRAFI</p>	
<p>20/02/2025 18:00:22</p> <p>Ruang Rawat Angrek</p>	<p>Subyektif (S) kesadaran membaik (+)</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 37 °C Tinggi Badan : 166 Cm Nadi : 86 x/i Tekanan Darah : 168/99 mmHg, Berat Badan : 66 Kg, Respirasi : 24 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm Post hd td : 101/62 mmHg, BB : - kg, IDWG : - kg UF GOAL : 1000cc, QD : 500 ml/i, QB : 200 kg , akses vasculer via CDL, free heparin</p> <p>Assesment (A) : gangguan filtrasi ginjal</p> <p>Planning (P) HD sesuai anjuran pantau k/u dan ttv durante HD uf goal dan durasi tercapai kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi</p>	<p>hd sesuai jadwal</p>	

<p>22/02/2025 09:11:31</p> <p>Ruang Rawat Angrek</p>	<p>Subyektif (S) muntah hitam - BAB hitam +</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36,7 °C Tinggi Badan : 166 Cm Nadi : 70 x/i Tekanan Darah : 160/95 mmHg, Berat Badan : 66 Kg, Respirasi : 23 x/i GCS (E,V,M) : 10, Kesadaran : Samnolen oedem - kgd : p 321 (turun sedikit) echo : kesan HHD (ds SpJP: chf ec HHD)</p> <p>Assesment (A) : acute on ckd dengan uremic encephalopathy + psmba</p> <p>Planning (P) diet ginjal 60 gr protein , garam max 3 gr/hari, kalori 1700 kalori novorapid 3x 14 unit glaritus 1x 10 malam inj omeprazole 1 amp/ 8 jam inj asam tranex 500/ 12 jam</p> <p>HD III sabtu (FREE HEPARIN) 4 jam , qb 200, uf goal 1000 cc.</p>	<p>DL ulang (I) bleeding time urinalisa usg kidney dan bladder konsul dr aswadi pro cimino.</p>	
<p>22/02/2025 10:23:31</p> <p>Ruang Rawat Angrek</p>	<p>Subyektif (S) DI ANGGREK DARI ICU OK PENKES SEJAK 3 HARI SMRS BATUK SESAK DEMAM DI ALAMI 2 MINGGGU RPD:TB PARU 2013 ON OAT 4 BULAN SAJA DM SEJAK 12 TAHUN CKD ON HD PERTAMA</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 37,0 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 90 x/i Tekanan Darah : 161 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 24 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm KU SEDANG CM KGD:388 UR:156 NA:131</p> <p>Assesment (A) : -pnemonia DM CHF CKD</p> <p>Planning (P) -CEFTRIAXON 1 GR/12 J PCT TAB 3X1 VIT C TAB3X1 OAT AFF SEMUA</p>		

<p>22/02/2025 11:05:32</p> <p>Ruang Rawat Anggrek</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) os mengeluh sesak nafas berkurang (+) kesadaran sudah mulai membaik (+)muntah kehitaman(+)BAB HITAM</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 37,4 °C Tinggi Badan : 166 Cm Nadi : 86 x/i Tekanan Darah : 160/95 mmHg, Berat Badan : 66 Kg, Respirasi : 22 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm lemas</p> <p>Assesment (A) : gangguan pola napas gangguan mobilisasi fisik GANGGUAN pola nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>Planning (P) pantau pola nafas,support 02 sesuai kebutuhan bantu os mobilisasi ringan di tempat tidur anjurkan os makan sedikit tapi sering</p>	<p>PPA SORE pantau ku dan ttv os sudah HD 2 kali DL ulang (I) bleeding time urinalisa usg kidney dan bladder konsul dr aswadi pro cimino.</p>	
<p>22/02/2025 20:32:04</p> <p>Ruang Rawat Anggrek</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) P/ transferan dari ruangan hd tiba diruangan anggrek pukul 20.20 wib os mengeluh sesak nafas berkurang (+) kesadaran sudah mulai membaik (+)muntah kehitaman(+)</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 78 x/i Tekanan Darah : 138/90 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 21 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : Cm Lemas</p> <p>Assesment (A) : Gangguan pola napas Gangguan pola nutrisi</p> <p>Planning (P) pantau pola nafas support 02 sesuai kebutuhan bantu os mobilisasi ringan di tempat tidur anjurkan os makan sedikit tapi sering</p>	<p>PPA malam pantau ku dan ttv os sudah HD 3 kali bleeding time urinalisa usg kidney dan bladder konsul dr aswadi pro cimino.</p>	

<p>24/02/2025 11:52:01</p> <p>Ruang Rawat Anggrek</p>	<p>Dokter</p>	<p>Subyektif (S) Mau pasang cimino HD reguler</p> <p>Obyektif (O) Suhu : - °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : - x/i Tekanan Darah : - mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : - x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : CM CDL terpasang</p> <p>Assesment (A) : CKD on HD</p> <p>Planning (P) Pro comino</p>	<p>Pro cimino hari ini</p>	
---	---------------	---	----------------------------	---

<p>26/02/2025 09:23:18</p> <p>Ruang Rawat Anggrek</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) os mengatakan mengeluh nyeri post cimino sudah berkurang (+)sesak nafas berkurang (+)</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36,7 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 90 x/i Tekanan Darah : 145/87 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 22 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : Cm cimino terpasang di tangan kiri</p> <p>Assesment (A) : gangguan rasa nyaman nyeri pola nafas tidak efektif sesak nafas resiko infeksi</p> <p>Planning (P) kaji ulang skala nyeri target 0 pantau pola nafas suplai o2 sesuai kebutuhan pantau tanda-tanda infeksi kolaborasi denagn dokter dalam pemberian terapy</p>	<p>PPA sore os sudah HD 3 kali HD terakhir sabtu 20/02/2025 cek kgd p dan 2 jpp Besok PBJ post hd kalau KU STABIL, HD berikut : reguler RABU SABTU</p>	
<p>26/02/2025 09:56:10</p> <p>Ruang Rawat Anggrek</p>	<p>Dokter</p>	<p>Subyektif (S) Keluhan - hematemesis dan melena- Tungkai masih lemah, sulit berjalan.</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36,7 °C Tinggi Badan : 166 Cm Nadi : 70 x/i Tekanan Darah : 148/87 mmHg, Berat Badan : 66 Kg, Respirasi : 23 x/i GCS (E,V,M) : 10, Kesadaran : Samnolen Kad puasa 251</p> <p>Assesment (A) : acute on ckd dengan uremic encephalopathy + psmba</p> <p>Planning (P) diet ginjal 60 gr protein , garam max 3 gr/hari, kalori 1700 kalori novorapid 3x 14 unit glaritus 1x 12 malam</p> <p>HD IV rabu (FREE HEPARIN) 5 jam , qb 200, uf goal 1000 cc. Besok PBJ post hd kalau KU STABIL, HD berikut : reguler RABU SABTU</p>	<p>Rencana pbj hari ini, setelah HD kalau ku stabil HD reguler RABU SABTU</p>	

<p>26/02/2025 14:33:30</p> <p>Ruang Rawat Anggrek</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) Tenang, sesak nafas (-)</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 37 °C Tinggi Badan : 166 Cm Nadi : 86 x/i Tekanan Darah : 145/88 mmHg, Berat Badan : 66 Kg, Respirasi : 24 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm Post hd TD : 101/62 mmHg, BB : - kg, IDWG : - kg UF GOAL : 1000 cc, QD : 500 ml/i, QB : 200 kg , akses vasculer via CDL, free heparin</p> <p>Assesment (A) : gangguan filtasi ginjal</p> <p>Planning (P) HD rabu sabtu kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi</p>	<p>hd sesuai jadwal</p>	
---	-----------------------	--	-------------------------	---

Saat Pulang Rawat

Tanggal Masuk	18/02/2025 / 02:35:00 WIB	RINGKASAN PASIEN KELUAR (DISCHARGE SUMMARY)
Tanggal Keluar	26/02/2025 / 13:00:00 WIB	
Ruangan/Kelas	Ruang Rawat Anggrek / Kelas III	
Alasan Pasien Di Rawat	Penurunan kesadaran (+), sesak nafas (+), mual (+).	
Anamnese	Penurunan kesadaran 3 hari ini, sesak nafas, mual, batuk sesekali, cegukan, Bak sedikit-sedikit, Rujukan dari RS Luar, riwayat penyakit DM Thype II + CKD Stade 5 + Asidosis Metabolik + Effusi Pleura Kanan + TB Paru Putus Obat.	
Pemeriksaan Fisik	Suhu : 36.7 °C Tinggi Badan : 166 Cm Nadi : 108 x/i Tekanan Darah : 174/108 mmHg, Berat Badan : 66 Kg, Respirasi : 26 x/i Kesadaran : apatis Dyspnoe : (+) Kepala dan leher : pupil isokor (+) Thorax : ronchi (+/-) Abdomen : peristaltik (+), soepel (+) Ekstremitas superior : akral hangat Genitalia & anus : urien 200 cc (4 jam) Ekstremitas inferior : akral hangat.	
Pemeriksaan Penunjang	Tgl 18/02/2025 - Darah lengkap -> Hemoglobin : 10.0 g/dl, Leukosit : 11.3 *3/uL, Hematokrit : 27.8%, Eritrosit : 3.04 juta/mm3 - Analisa gas darah -> pco2 : 21.4 mmHg, po2 : 181 mmHg, hco3 : 16.3 mmol/L, co2 total : 17.0 mmol/L, base excess : -7.3 mmol/L - Elektrolit lengkap -> Natrium : 131 mmol/L - Glukosa ad random : 388 Mg/dl - Faal ginjal -> Ureum : 156 Mg/dl, Creatinin : 10.3 Mg/dl. - THORAX (AP) Kesimpulan : Cardiomegali, Pneumonia.	
Diagnosa Masuk	Uremic Encephalopathy ec Acut on CKD ec DN + CHF + Pneumonia	
Pengobatan dan Tindakan	- Pengobatan : Ondansetron 4 Mg Inj, Ringer Lactat 500 Mg Inf, Omeprazole 40 Mg Inj, Asam Traneksamat 100 Mg Inj - Tindakan : Pemasangan CDL (tgl 18/02/2025), HD (tgl 18,20,22,26/02/2025), AV Shunt (tgl 24/02/2025), Echocardiography (tgl 20/02/2025)	

Diagnosa Akhir	Acute on CKD + DM Type II + Uremic Encephalopathy + CHF ec HHD + Pneumonia
Kondisi Pasien dan Obat-Obatan Yang di Bawa Saat Pasien Pulang	PBJ dengan membaik Obat Pulang : Amlodipin 10 Mg Tab, Bisoprolol 2.5 Mg Tab, Cefixime 100 Mg Cap, Nald Bd Microfine, Notisil / Simarc 2 Mg Tab, Novorapid Flex Pen, Paracetamol Tab, Simvastatin 20 Mg Tab, Valsartan 160 Mgtab
Instruksi Tindak Lanjut	Kontrol ulang tgl 01/03/2025 ke Poliklinik Penyakit Dalam
Edukasi	- minum obat sesuai dengan anjuran dokter - banyak istirahat - mengkonsumsi makanan yang bergizi - menjaga kebersihan lingkungan pasien - hindari asap rokok - kontrol ulang sesuai jadwal

Komponen 2 Review Kekonsistensian Pencatatan Klinis

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Pencatatan dan SOAP yang Konsisten	K	TK
Saat Masuk Rawat				
1	Konsistensi pencatatan di pengkajian awal perawatan rawat inap dan pengkajian awal medis rawat inap	Kekonsistenan saat masuk rawat pada formulir asesmen IGD pasien mengalami penurunan kesadaran sudah 3 hari, sesak nafas, mual, batuk sesekali, jegukan, kencing sedikit-sedikit, dilakukannya pemeriksaan fisik dan	✓	

		diberikannya tindakan pemeriksaan laboratorim dan foto thorax serta pemberian terapi kepada pasien.		
Catatan dokter dan perawat saat sedang dirawat				
2	Konsistensi Pencatatan di Catatan Perkembangan Pasien oleh dokter dan perawat dari hari pertama sampai pulang.	Kekonsistenan pencatatan SOAP pada formulir CPPT dihari pertama pasien dirawat pada tanggal 18-02-2025 sampai pasien pulang pada tanggal 26-02-2025 dan informed consent sudah tercatat dengan konsisten.	✓	
Saat Akan Pulang Rawat				
3	Menganalisis mulai dari pengkajian awal, CPPT sampai ringkasan pulang (<i>Discharge summary</i>)	Kekonsistenan pencatatan pada formulir asesmen IGD, CPPT dan ringkasan pasien keluar yang berisi keluhan pasien, diagnosa, tindakan, dan obat obatan yang diberikan kepada pasien sudah tercatat dengan konsisten.	✓	

Saat Masuk Rawat

ASSESMEN IGD DEWASA			
Masuk IGD Hari/ Tanggal : 18/02/2025 , Pukul 02:35:00			
Bahasa sehari-hari yang diinginkan : Indonesia			
Agama : Islam			
Suku : Minang			
ASSESMEN KEPERAWATAN			
Mulai Asesmen Tanggal : 18/02/2025 , Pukul 02:40:21			
A Keluhan			
pasien penurunan kesadaran 3 hari ini, sesak nafas, mual, batuk sesekali, jekukan, kencing sedikit-sedikit. rujukan rs luar			
Aleri :		Bukan Obat : -	
Aleri Obat : -			
B Riwayat Pasien			
Apakah ada riwayat penyakit dalam keluarga? (Ayah/ Ibu/ Saudara Kandung/ Kakek/ Nenek), seperti: dm tipe 2			
C Riwayat Psikososial			
Status Psikologi	: Cemas, Takut,		
Status Biologis	: Menikah		
Status Mental	: Baik		
Status Sosial			
a. Hubungan pasien dengan anggota keluarga	: Baik		
b. Tempat tinggal	: Rumah		
Status Ekonomi	: Wiraswasta		
Status Spiritual yang perlu diperhatikan dalam keluarga :			
a. Agama	:		
b. Kebiasaan menjalankan ibadah	: Teratur		
Status nilai budaya yang perlu diketahui tenaga kesehatan :			
D Pemeriksaan Fisik			
Tanda Vital			
Tekanan Darah : 174/108 mmHg	Suhu : 36,7 °C	Pernafasan : 28 x/menit	
Nadi : 108 x/menit	Kesadaran Terganggu : Ya		
Kepala			
a. Pendengaran	: Normal		
b. Penglihatan	: Normal		
c. Hidung	: Normal		
d. Gigi Palsu	: Tidak		
Gastrointestinal			
a. Keluhan perubahan nafsu makan	: Tidak Ada		
b. Pembatasan makanan pantang pedas :			
c. Penurunan berat badan dalam waktu 3 bulan terakhir :	Tidak		
d. Mual	: Ya		
e. Muntah	: Tidak		
Eliminasi			
a. Defekasi	: Normal		
b. Miksi	: Normal		
Anus			

ASESMEN MEDIS RAWAT INAP

Mulai Asesmen Tanggal : 18/02/2025 , Pukul 11:20:56

A. Anamnesa (Allo-anamnesa)

pasien penurunan kesadaran 3 hari ini, sesak nafas, mual, batuk sesekali, jegukan, kencing sedikit-sedikit. rujukan rs luar

Riwayat Penyakit : dm tipe 2+ ckd std 5 + asidosis metabolik + efusi pleura kanan + tb paru putus obat	Riwayat Penggunaan Obat-Obatan : terapi sp.pd rl = 10 tpm meylon 2 fls dalam 400 bacil = 15 tpm(sudah 2 kali pemberian) novorapid 3x 12 iu ondansetron 4 mg/8 jam natrium bicarbonat 3x500 mg asam foliat 1x1 terapi sp.p R/H= 600/400, Z/E= 1500/1500 terapi sp.jp furosemid 1amp/12 jam candesartan 1x16 mg amlodipin 1x10 mg hct 1x5 mg cpz 25 mg (k/p) Riwayat Perawatan / Pengobatan sebelumnya : rs wulan windy	Alergi Obat : Alergi Makanan
--	--	---

B. Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Umum

Sensorium	: apatis	Anemis	: -	Berat Badan	: 66 Kg
Tekanan Darah	: 174/101 mmHg	Ikerik	: -	Tinggi Badan	: 166 CM
Nadi	: 108 x/i	Dyspnoe	: +	Nafas	: 26 x/i
Oedem	: -	Suhu	: 36,7 °C		

2. Pemeriksaan Khusus

	Kepala dan Leher	konjungtiv anemis (-) ikerik (-), pupil isokor (+)
	Thorax	ronchi+
	Abdomen	peristaltik +, soppel +
	Ekstremitas Superior	akral hangat
	Genitalia & Anus	terpasang kateter
	Ekstremitas Inferior	odem -

C. Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik

Pemeriksaan Penunjang yang dilakukan : Laboratorium Dikirim Tgl/Pukul : 2025-02-18 / 02:35:00 WIB Pemeriksaan : agda, dl,kgd,elektrolit, ur,r	Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-02-18 / _____ WIB Hasil Pemeriksaan Laboratorium yang perlu diobservasi : dl = hb 10 leukoist 11.300 trombosit 221.000 kgd 388 ur = 156 , cr 10,3 (eGFR : 5 cc/menit/1.73m2)
Radiologi Dikirim Tgl/Pukul : 2025-02-18 / 03:00:00 WIB Pemeriksaan : foto thorax (3/2/2025 rs wulan windy) ekg	Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-02-18 / 03:10:00 WIB Hasil Pemeriksaan Radiologi : foto thorax (3/2/2025 rs wulan windy) [pneumonia dextra, efusi pleura dextra, kardiomegali, atherosclerosis sorta

D. Diagnosa

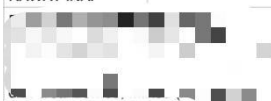
Diagnosa Primer	uremic encephalopathy ec acut on ckd ec dn
Diagnosa Sekunder	chf, pneumonia

E. Penatalaksanaan

Terapi Cairan	-
Terapi Injeksi	inj ceftriaxone 1 gr /12 jam inj noverapide 3x10 unit sc
Terapi Oral	candesartan 1x16 mg
Diet	ginjal 52 gram protein bentuk sonde



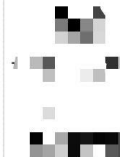
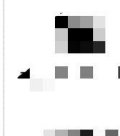
F. Tindak Lanjut Pelayanan



RAWAT INAP





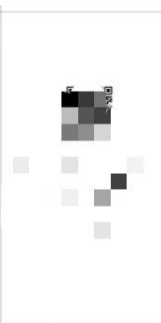
Tindak Lanjut	pasangan CDL hemodialisis 2,5 jam QB 180, UF goals 1500 cc full heparin
---------------	--


Saat Sedang Rawat


<p>18/02/2025 18:00:49</p> <p>Intensive Care Unit (ICU)</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) Perawat dinas pagi ruangan icu mengatakan os penurunan kesadaran, sesak nafas (+)</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 37 °C Tinggi Badan : 166 Cm Nadi : 98 x/i Tekanan Darah : 168/86 mmHg, Berat Badan : tdt Kg, Respirasi : 28 x/i GCS (E,V,M) : 10, Kesadaran : Samnolen Os tampak lemah IDWG : kg UFG : 1,5 L QB : 150-180 TIME : 2,5 jam</p> <p>AKSES HD VIA CDL + FULL HEPARIN</p> <p>POST HD TD : 136/86 mmHg BB : tdt kg</p> <p>Assesment (A) : - gangguan pola nafas inefektif - gangguan filtrasi ginjal - resiko infeksi</p> <p>Planning (P) - pantau pola nafs inefektif - pantau hemodynamic - pantau balance cairan</p>	<p>hd I 2,5 jam sudah sesesai</p>	
<p>18/02/2025 19:26:49</p> <p>Intensive Care Unit (ICU)</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) Pasien dari ruangan HD tiba di ruangan icu pukul 19:00 wib Perawat dinas pagi mengatakan os penurunan kesadaran</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36,7 °C Tinggi Badan : 166 Cm Nadi : 70 x/i Tekanan Darah : 124/77 mmHg, Berat Badan : 66 Kg, Respirasi : 23 x/i GCS (E,V,M) : 10, Kesadaran : Samnolen Os tampak lemah, penurunan kesadaran(+) sesak nafas(+)02 nasal canul 5/i, ivfd(+) chateter urin(+) gelisah(+) spo2 96%</p> <p>Assesment (A) : * gangguan filtrasi ginjal * resiko infeksi</p> <p>Planning (P) * pantau hemodynamic * pantau balance cairan</p>	<p>* visite advise HD 2,5 jam full heparin dengan QB 180 dan UF 1500 * sudah terpasang CDL * sudah di lakukan HD pertama di ruangan HD. HD sudah selesai</p>	
<p>20/02/2025 15:30:11</p> <p>Ruang Rawat Angrek</p>	<p>Dokter</p>	<p>Subyektif (S) KESADARAN MEMBAIK NYERI DADA KANAN SESAK NAPAS</p> <p>Obyektif (O) Suhu : - °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 88 x/i Tekanan Darah : 110/80 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 24 x/i GCS (E,V,M) :-, Kesadaran :- EKG SR CXR KARDIOMEGALI EF 45 RS LUAR UR 156 / CR 10.3</p> <p>Assesment (A) : CHF EC CAD HHD + CKD</p> <p>Planning (P) furosemid 1amp/12 jam amlodipin 1x10 mg bisoprolol 1x 2,5 mg cpg 1x75 mg simvastatin 1x20 mg valsartan 2x160 mg</p>	<p>PANTAU TTV DAN UCP ECHOCARDIOGRAFI</p>	
<p>20/02/2025 18:00:22</p> <p>Ruang Rawat Angrek</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) kesadaran membaik (+)</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 37 °C Tinggi Badan : 166 Cm Nadi : 86 x/i Tekanan Darah : 168/99 mmHg, Berat Badan : 66 Kg, Respirasi : 24 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm Post hd td : 101/62 mmHg, BB : - kg, IDWG : - kg UF GOAL : 1000cc, QD : 500 ml/i, QB : 200 kg , akses vasculer via CDL, free heparin</p> <p>Assesment (A) : gangguan fillasi ginjal</p> <p>Planning (P) HD sesuai anjuran pantau k/u dan ttv durante HD uf goal dan durasi tercapai kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi</p>	<p>hd sesuai jadwal</p>	


<p>22/02/2025 09:11:31</p> <p>Ruang Rawat Anggrek</p>	<p>Dokter</p>	<p>Subyektif (S) muntah hitam - BAB hitam +</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36,7 °C Tinggi Badan : 166 Cm Nadi : 70 x/i Tekanan Darah : 160/95 mmHg, Berat Badan : 66 Kg, Respirasi : 23 x/i GCS (E,V,M) : 10, Kesadaran : Samnolen oedem - kgd : p 321 (turun sedikit) echo : kesan HHD (ds SpJP: chf ec HHD)</p> <p>Assesment (A) : acute on ckd dengan uremic encephalopathy + psmba</p> <p>Planning (P) diet ginjal 60 gr protein , garam max 3 gr/hari, kalori 1700 kalori novorapid 3x 14 unit glaritus 1x 10 malam inj omeprazole 1 amp/ 8 jam inj asam tranex 500/ 12 jam</p> <p>HD III sabtu (FREE HEPARIN) 4 jam , qb 200, uf goal 1000 cc,</p>	<p>DL ulang (I) bleeding time urinalisa usg kidney dan bladder konsul dr aswadi pro cimino.</p>	
<p>22/02/2025 10:23:31</p> <p>Ruang Rawat Anggrek</p>	<p>Dokter</p>	<p>Subyektif (S) DI ANGGREK DARI ICU OK PENKES SEJAK 3 HARI SMRS BATUK SESAK DEMAM DI ALAMI 2 MINGGGU RPD:TB PARU 2013 ON OAT 4 BULAN SAJA DM SEJAK 12 TAHUN CKD ON HD PERTAMA</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 37,0 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 90 x/i Tekanan Darah : 161 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 24 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm KU SEDANG CM KGD:388 UR:156 NA:131</p> <p>Assesment (A) : -pnemonia DM CHF CKD</p> <p>Planning (P) -CEFTRIAXON 1 GR/12 J PCT TAB 3X1 VIT C TAB3X1 OAT AFF SEMUA</p>		

<p>22/02/2025 11:05:32</p> <p>Ruang Rawat Anggrek</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) os mengeluh sesak nafas berkurang (+) kesadaran sudah mulai membaik (+)muntah kehitaman(+) BAB HITAM</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 37,4 °C Tinggi Badan : 166 Cm Nadi : 86 x/i Tekanan Darah : 160/95 mmHg, Berat Badan : 66 Kg, Respirasi : 22 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm lemas</p> <p>Assesment (A) : gangguan pola napas gangguan mobilisasi fisik GANGGUAN pola nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>Planning (P) pantau pola nafas,support 02 sesuai kebutuhan bantu os mobilisasi ringan di tempat tidur anjurkan os makan sedikit tapi sering</p>	<p>PPA SORE pantau ku dan ttv os sudah HD 2 kali DL ulang (I) bleeding time urinalisa usg kidney dan bladder konsul dr aswadi pro cimino.</p>	
<p>22/02/2025 20:32:04</p> <p>Ruang Rawat Anggrek</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) P/ transferan dari ruangan hd tiba diruangan anggrek pukul 20.20 wib os mengeluh sesak nafas berkurang (+) kesadaran sudah mulai membaik (+)muntah kehitaman(+)</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 78 x/i Tekanan Darah : 138/90 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 21 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : Cm Lemas</p> <p>Assesment (A) : Gangguan pola napas Gangguan pola nutrisi</p> <p>Planning (P) pantau pola nafas support 02 sesuai kebutuhan bantu os mobilisasi ringan di tempat tidur anjurkan os makan sedikit tapi sering</p>	<p>PPA malam pantau ku dan ttv os sudah HD 3 kali bleeding time urinalisa usg kidney dan bladder konsul dr aswadi pro cimino.</p>	

<p>24/02/2025 11:52:01</p> <p>Ruang Rawat Anggrek</p>	<p>Dokter</p>	<p>Subyektif (S) Mau pasang cimino HD reguler</p> <p>Obyektif (O) Suhu : - °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : - x/i Tekanan Darah : - mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : - x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : CM CDL terpasang</p> <p>Assesment (A) : CKD on HD</p> <p>Planning (P) Pro cimino</p>	<p>Pro cimino hari ini</p>	
---	----------------------	---	----------------------------	---

<p>26/02/2025 09:23:18</p> <p>Ruang Rawat Anggrek</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) os mengatakan mengeluh nyeri post cimino sudah berkurang (+)sesak nafas berkurang (+)</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36,7 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 90 x/i Tekanan Darah : 145/87 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 22 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : Cm cimino terpasang di tangan kiri</p> <p>Assesment (A) : gangguan rasa nyaman nyeri pola nafas tidak efektif sesak nafas resiko infeksi</p> <p>Planning (P) kaji ulang skala nyeri target 0 pantau pola nafas suplai o2 sesuai kebutuhan pantau tanda-tanda infeksi kolaborasi denagn dokter dalam pemberian terapy</p>	<p>PPA sore os sudah HD 3 kali HD terakhir sabtu 20/02/2025 cek kgd p dan 2 jpp Besok PBJ post hd kalau KU STABIL, HD berikut : reguler RABU SABTU</p>	
---	-----------------------	--	--	--

<p>26/02/2025 09:56:10</p> <p>Ruang Rawat Anggrek</p>	<p>Dokter</p>	<p>Subyektif (S) Keluhan - hematemesis dan melena- Tungkai masih lemah, sulit berjalan.</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36,7 °C Tinggi Badan : 166 Cm Nadi : 70 x/i Tekanan Darah : 148/87 mmHg, Berat Badan : 66 Kg, Respirasi : 23 x/i GCS (E,V,M) : 10, Kesadaran : Samnolen Kad puasa 251</p> <p>Assesment (A) : acute on ckd dengan uremic encephalopathy + psmba</p> <p>Planning (P) diet ginjal 60 gr protein , garam max 3 gr/hari, kalori 1700 kalori novorapid 3x 14 unit glaritus 1x 12 malam</p> <p>HD IV rabu (FREE HEPARIN) 5 jam , qb 200, uf goal 1000 cc. Besok PBJ post hd kalau KU STABIL, HD berikut : reguler RABU SABTU</p>	<p>Rencana pbj hari ini, setelah HD kalau ku stabil HD reguler RABU SABTU</p>	
---	----------------------	---	---	---

<p>26/02/2025 14:33:30</p> <p>Ruang Rawat Anggrek</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) Tenang, sesak nafas (-)</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 37 °C Tinggi Badan : 166 Cm Nadi : 86 x/i Tekanan Darah : 145/88 mmHg, Berat Badan : 66 Kg, Respirasi : 24 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm Post hd TD : 101/62 mmHg, BB : - kg, IDWG : - kg UF GOAL : 1000 cc, QD : 500 ml/i, QB : 200 kg , akses vasculer via CDL, free heparin</p> <p>Assesment (A) : gangguan filtasi ginjal</p> <p>Planning (P) HD rabu sabtu kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi</p>	<p>hd sesuai jadwal</p>	
---	-----------------------	--	-------------------------	---

Saat Pulang Rawat

Tanggal Masuk	18/02/2025 / 02:35:00 WIB	RINGKASAN PASIEN KELUAR (DISCHARGE SUMMARY)
Tanggal Keluar	26/02/2025 / 13:00:00 WIB	
Ruangan/Kelas	Ruang Rawat Anggrek / Kelas III	
Alasan Pasien Di Rawat	Penurunan kesadaran (+), sesak nafas (+), mual (+).	
Anamnese	Penurunan kesadaran 3 hari ini, sesak nafas, mual, batuk sesekali, cegukan, Bak sedikit-sedikit, Rujukan dari RS Luar, riwayat penyakit DM Thype II + CKD Stade 5 + Asidosis Metabolik + Effusi Pleura Kanan + TB Paru Putus Obat.	
Pemeriksaan Fisik	Suhu : 36,7 °C Tinggi Badan : 166 Cm Nadi : 108 x/i Tekanan Darah : 174/108 mmHg, Berat Badan : 66 Kg, Respirasi : 26 x/i Kesadaran : apatis Dyspnoe : (+) Kepala dan leher : pupil isokor (+) Thorax : ronchi (+/-) Abdomen : peristaltik (+), soepel (+) Ekstremitas superior : akral hangat Genitalia & anus : urien 200 cc (4 jam) Ekstremitas inferior : akral hangat.	
Pemeriksaan Penunjang	Tgl 18/02/2025 - Darah lengkap -> Hemoglobin : 10.0 g/dl, Leukosit : 11.3 *3/uL, Hematokrit : 27.8%, Eritrosit : 3.04 juta/mm3 - Analisa gas darah -> pco2 : 21.4 mmHg, po2 : 181 mmHg, hco3 : 16.3 mmol/L, co2 total : 17.0 mmol/L, base excess : -7.3 mmol/L - Elektrolit Ionokan -> Natrium : 121 mmol/L - Glukosa ad random : 388 Mg/dl - Faal ginjal -> Ureum : 156 Mg/dl, Creatinin : 10.3 Mg/dl. - THORAX (AP) Kesimpulan : Cardiomegali, Pneumonia.	
Diagnosa Masuk	Uremic Encephalopathy ec Acute on CKD ec DN + CHF + Pneumonia	
Pengobatan dan Tindakan	- Pengobatan : Ondansetron 4 Mg Inj, Ringer Lactat 500 Mg Inf, Omeprazole 40 Mg Inj, Asam Traneksamat 100 Mg Inj - Tindakan : Pemasangan CDL (tgl 18/02/2025), HD (tgl 18,20,22,26/02/2025), AV Shunt (tgl 24/02/2025), Echocardiography (tgl 20/02/2025)	

Perkembangan selama dirawat	<p>- Tgl 18/02/2025 : pasien baru dari Igd tiba diruangan Icu pukul 07.00 wib penurunan kesadaran (+), sesak nafas (+), o2 nasal canul 5 liter, gelisah (+), TD : 130/78 mmHg, HR : 98 x/i, RR : 28 x/i, T : 37 c, spo2 : 96%, pukul 15.00 wib telah dilakukan pemasangan Cdl, HD cito 2,5 jam, instruksi dari dr sp.jp -> inj furosemide 1 amp/12 jam, amlodipine 1x10 mg, bisoprolol 1x2.5 mg, cpj 1x75 mg, simvastatin 1x20 mg, valsartan 2x160 mg</p> <p>- Tgl 19/02/2025 : sens : apatis, gelisah (+), sesak nafas (+), o2 nasal canul 5 lpm, cdl (+), ronchi (+), nyeri dada kanan (+), TD : 140/80 mmHg, HR : 82 x/i, RR : 26 x/i, T : 36.5 c, spo2 : 98%, instruksi dari dr sp.p -> inj ceftriaxone 1 gr/12 jam, paracetamol 3x1 tab, vitamin c 3x1, oat aff, instruksi dari dr sp.pd -> anj pindah ruangan, HD Ke II</p> <p>RAWATAN RUANGAN ANGGREK</p> <p>- Tgl 19/02/2025 : Pasien pindahan dari ruangan icu tiba di ruangan anggrek pukul 13:30 wib, kesadaran belum stabil, batuk (+), ronchi (+) minimal, TD : 140/80 mmHg, HR : 90 x/i, RR : 22 x/i, T : 36,7 °C</p> <p>- Tgl 20/02/2025 : sesak nafas berkurang, gangguan visus + (rpt retinopathy diabetic), TD : 151/83 mmHg, HR : 70 x/i, RR : 23 x/i, T : 36,7 °C</p> <p>- Tgl 21/02/2025 : muntah hitam (+), kgd : p 354 mg/dl, kgd 2 jam pp 464 mg/dl, kesadaran mulai stabil, TD : 151/83 mmHg, HR : 70 x/i, RR : 24 x/i, T : 37,0 °C</p> <p>- Tgl 22/02/2025 : muntah hitam (-), BAB hitam (+), TD : 160/95 mmHg, HR : 70 x/i, RR : 23 x/i, T : 36,7 °C, kgd : p 321 mg/dl, Advis dokter Sp.PD-> diet ginjal 60 gr protein, garam max 3 gr/hari, kalori 1700 kalori, novorapid 3x 14 unit glaritus 1x 10 malam, inj omeprazole 1 amp/ 8 jam, inj asam tranexamat 500/ 12 jam, HD III sabtu (FREE HEPARIN) 4 jam, qb 200, uf goal 1000 cc, Konsul ke dokter SpB (K)V-> pro cimino, Hasil USG KIDNEY & BLADDER-> Proses kronis parenchym kedua ginjal (GGK). Cysta ren sinistra.</p> <p>- Tgl 23/02/2025 : muntah hitam (-), BAB hitam (+), nyeri dada kanan (+), TD : 173/89 mmHg, HR : 79 x/i, RR : 21 x/i, T : 36,5 °C</p> <p>- Tgl 24/02/2025 : nyeri post cimino (+), lemas (+), TD : 126/78 mmHg, HR : 86 x/i, RR : 20 x/i, T : 36 °C</p> <p>- Tgl 25/02/2025 : muntah hitam (-), BAB hitam (+), nyeri post cimino (+), TD : 140/86 mmHg, HR : 87 x/i, RR : 21 x/i, T : 36,7 °C</p> <p>- Tgl 26/02/2025 : hematemesis dan melena (-), tungkai masih lemah, sulit berjalan, nyeri post cimino (-), KGD puasa -> 251 mg/dl, TD : 160/95 mmHg, HR : 70 x/i, RR : 23 x/i, T : 36,7 °C, pasien boleh pbj.</p>
Diagnosa Akhir	Acute on CKD + DM Type II + Uremic Encephalopathy + CHF ec HHD + Pneumonia
Kondisi Pasien dan Obat-Obatan Yang di Bawa Saat Pasien Pulang	PBI dengan membaik Obat Pulang : Amlodipin 10 mg Tab, Bisoprolol 2,5 mg Tab, Ceftriaxone 100 mg Cap, Valsartan 160 mg Tab, Microfine, Notalisil / Simarc 2 Mg Tab, Novorapid Flex Pen, Paracetamol Tab, Simvastatin 20 Mg Tab, Valsartan 160 Mgtab
Instruksi Tindak Lanjut	Kontrol ulang tgl 01/03/2025 ke Poliklinik Penyakit Dalam
Edukasi	- minum obat sesuai dengan anjuran dokter - banyak istirahat - mengkonsumsi makanan yang bergizi - menjaga kebersihan lingkungan pasien - hindari asap rokok - kontrol ulang sesuai jadwal

Komponen 3 Review Penjelasan dan Konfirmasi Pengobatan yang Dilakukan

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Adanya Konsistensi Pencatatan	K	TK
Keselamatan Pasien				
1	Konsistensi skor dan kategori ketergantungan pada Skrining risiko cedera/ jatuh	Pada skrining risiko cedera/ jatuh memiliki kriteria menggunakan terapi infus dengan skor 25. Untuk total skor 0-24 yaitu risiko rendah, 25-50 yaitu risiko sedang, >50 risiko tinggi sehingga Tn. S masuk kedalam kategori risiko sedang.	✓	
Tatalaksana Medis				
1	Konsistensi Instruksi dan Pelaksanaan Pemberian Obat	Selama masa perawatan yang berlangsung dari tanggal 18 sampai 23-02-2025, pasien mendapatkan pengobatan yang teratur dan menyeluruh, baik secara oral maupun injeksi. Terapi yang diberikan mencakup diuretik (furosemid), obat penurun tekanan darah (valsartan, bisoprolol, amlodipin, candesartan), antibiotik (ceftriaxone), dan pengobatan untuk tuberkulosis (rifampicin, isoniazid, pirazinamid, serta ethambutol). Pasien juga menerima terapi insulin (novorapid, glaritus) untuk mengontrol kadar gula darah, serta simvastatin untuk masalah dislipidemia. Obat-obatan simptomatik seperti paracetamol (PCT tab), vitamin C, dan ondansetron secara rutin diberikan untuk menurunkan demam, meningkatkan daya tahan tubuh, dan meredakan mual. Pada beberapa hari terakhir perawatan, pasien juga diberikan omeprazole dan asam traneksamat sebagai terapi untuk lambung dan mencegah perdarahan.	✓	
2	Konsistensi Instruksi dan pelaksanaan penghentian/ penggantian obat	Terdapat pencatatan instruksi penghentian pemberian obat pada Tn. S pada tanggal 19-02-2025 pukul 06:00 penghentian obat ondansetron dan pada pukul 18:00 penghentian obat rifampicin, pyrazinamide, INH dan	✓	

		ethambutol serta pada tanggal 20-02-2025 pukul 19:00 penghentian obat rifampicin, pyrazinamide, dan ethambutol.		
3	Konsistensi Instruksi dan pelaksanaan pemeriksaan penunjang	Instruksi dan pelaksanaan pemeriksaan penunjang terdapat pada formulir IGD, Asesmen Medis Rawat Inap dan CPPT. Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada tanggal 18-02-2025. Pemeriksaan EKG dilakukan pada tanggal 20-02-2025.	✓	

Skrining risiko cedera/ jatuh

F Skring Resiko Jatuh			
DEWASA (Penilaian Skala Resiko Jatuh Morse Falls Scale / MFS)			
NO	TINGKAT RESIKO	URAIAN	SKOR
1	Riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	Tidak Ada	0
2	Alat bantu jalan	Bed Rest/Kursi Roda/Tidak ada	0
3	Terapi Intra Vena (IV)	Ada	25
4	Cara berjalan/berpindah	Normal/Bedrest/Imobilisasi	0
5	Status mental	Orientasi sesuai kemampuan	0
TOTAL SKOR			25

Catatan : Bila Nilai Total : 0-24 => Resiko Rendah, 25-50 => Resiko Sedang, >50 => Resiko Tinggi

Pelaksanaan Pemberian Obat dan penghentian/ penggantian obat


FORMULIR JADWAL PEMBERIAN OBAT																			
Hari/Tanggal : 18/02/2025		Jadwal Pemberian Obat										Ruangan :							
No	Nama Obat dan Dosis	Aturan Pakai	Mafai	Tanggal Ber-benti	I			II			III			IV			V		
					TT1	TT2	P/K	TT1	TT2	P/K	TT1	TT2	P/K	TT1	TT2	P/K	TT1	TT2	P/K
1	100 mg Ceftriaxone	1x/12jam			06														
2	100 mg Candesartan	1x/12jam																	
3																			
4																			
5	Ceftriaxone 1000 mg	1x/12jam																	
6	Candesartan 100 mg	1x/12jam																	
7	PCT Tab 375	3x/12jam																	
8	Vit C tab 375	3x/12jam																	
9																			
10																			
11																			
12																			

Keterangan :
 TT1 : Suplemen Solutio
 TT2 : Nama/Tanda Tangan I
 P/K : Nama/Tanda Tangan II
 P/K : Nama/Tanda Tangan Pasien/Keluarga

Halaman 1/2

Instruksi dan pelaksanaan pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan Penunjang yang dilakukan : Laboratorium Dikirim Tgl/Pukul : 2025-02-18 / 02:35:00 WIB Pemeriksaan : agda, dl,kgd,elektrolit, ur,r Radiologi Dikirim Tgl/Pukul : 2025-02-18 / 03:00:00 WIB Pemeriksaan : foto thorax (3/2/2025 rs wulan windy) ekg	Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-02-18 / _____ WIB Hasil Pemeriksaan Laboratorium yang perlu diobservasi : dl = hb 10 leukoist 11,300 trombosit 221.000 kgd 388 ur = 156 , cr 10,3 (eGFR : 5 cc/menit/1.73m2) Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-02-18 / 03:10:00 WIB Hasil Pemeriksaan Radiologi : foto thorax (3/2/2025 rs wulan windy) [pneumonia dextra, efusi pleura dextra, kardiomegali, atherosklerosis sorta
--	--

20/02/2025 09:34:05 Ruang Rawat Anggrek	Dokter	Subyektif (S) sesak nafas + berkurang. gangguan visus + (rpt retinopathy diabetic) Obyektif (O) Suhu : 36,7 °C Tinggi Badan : 166 Cm Nadi : 70 x/i Tekanan Darah : 151/83 mmHg, Berat Badan : 66 Kg, Respirasi : 23 x/i GCS (E,V,M) : 10, Kesadaran : Samnolen oedem - kgd : - Assesment (A) : acute on ckd dengan uremic encephalopathy Planning (P) terapi lanjut	HD II : Kamis (20-2- 2025) periksa KGD adR 	T I S <i>i</i>
--	---------------	--	---	----------------------

24/02/2025 11:52:01 Ruang Rawat Anggrek	Dokter	Subyektif (S) Mau pasang cimino HD reguler Obyektif (O) Suhu : - °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : - x/i Tekanan Darah : - mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : - x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : CM CDL terpasang Assesment (A) : CKD on HD Planning (P) Pro comino	Pro cimino hari ini 	
--	---------------	---	--	--

Komponen 4 Review Pencatatan Surat Persetujuan/ Penolakan Tindakan Kedokteran (SPTK)

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Pencatatan yang Konsisten	K	TK
Bagian Pemberian Informasi				
1	a. Jenis Informasi b. Isi Informasi	Konsistensi pada formulir persetujuan tindakan kedokteran yang berisi tentang diagnosa, tindakan yang dilakukan, tujuan, resiko dan komplikasi sudah sesuai dan lengkap yang dijelaskan oleh dokter kepada pasien dan sudah terdapat tanda tangan oleh dokter yang		✓

		menjelaskan informasi dan tanda tangan pasien yang menerima informasi oleh dokter.		
Bagian Kesetujuan/ Penolakan Tindakan Kedokteran				
1	a. Diagnosa b. Tindakan	Konsistensi pada formulir persetujuan/penolakan tindakan kedokteran yang berisikan persetujuan dengan informasi tindakan yang sudah di jelaskan dokter dan sudah tanda tangan oleh dokter dan pasien.		✓

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi / Pemberi Persetujuan			
NO	Jenis Informasi	Isi Informasi	Check List (√)
1	Diagnosis (WD & DD)		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata cara		
6	Tujuan		
7	Risiko		
8	Komplikasi		
9	Prognosis		
10	Alternatif & Risiko		
11	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi.		Tanda Tangan Dokter	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dan telah memahami sebagaimana disebut diatas, dan telah saya beri check list (√) pada kolom disebelahnya.		Tanda Tangan Pasien/Keluarga	
PEMBERIAN PERSETUJUAN			
Yang bertanda tangan dibawah ini, nama : [redacted] umur : [redacted] tahun, jenis kelamin : laki-laki / perempuan, alamat : Jl. Yeng Panah hja [redacted] dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan [redacted]			
saya (angtua/istri/snek/saudara) saya, bernama [redacted] umur [redacted] tahun, jenis kelamin : laki-laki / perempuan, alamat : Jl [redacted]			
Saya memahami perlunya manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, serta risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut dilakukan. Saya bertanggung jawab secara penuh segala akibat yang mungkin timbul dengan dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.			
Medan, tanggal 10 02 2025, Pukul : 7.40 WIB.		Saksi, [redacted]	
Yang [redacted]		[redacted]	


*) Lingkari yang [redacted]

Komponen 5 Review Praktik Pendokumentasian

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Praktik Pencatatan yang Konsisten	K	TK
Waktu Pencatatan				
1	Saat baru masuk rawat a. Dokter b. Perawat	Kekonsistenan pada asesmen IGD lengkap tanggal dan jam oleh dokter maupun perawat.	✓	
2	Saat sedang dirawat a. Dokter b. Perawat	Kekonsistenan pada CPPT dan informed consent yang berisikan tanggal dan waktu pencatatan oleh dokter dan perawat sudah tercatat lengkap.	✓	
3	Saat akan pulang a. Dokter b. Perawat	Kekonsistenan pencatatan tanggal dan waktu pada resume medis pasien tercatat dengan lengkap oleh dokter dan perawat.	✓	
Keterbacaan dan Kebermaknaan				
1	Saat baru masuk rawat a. Dokter b. Perawat	Keterbacaan dan kebermaknaan pada asesmen IGD dan asesmen medis rawat inap oleh dokter dan perawat dapat dimengerti sehingga konsisten	✓	
2	Saat sedang dirawat a. Dokter b. Perawat	Keterbacaan dan kebermaknaan pada CPPT dan informed consent yang diisi oleh dokter dan perawat dapat dibaca dan dimengerti sehingga konsisten		✓
3	Saat akan pulang a. Dokter b. Perawat	Keterbacaan dan kebermaknaan pada ringkasan pasien pulang dapat dimengerti sehingga konsisten.	✓	

Waktu Pencatatan

18/02/2025 02:35:00	Dokter	Berat Badan : 66 Kg GCS (E,V,M) : 13, Kesac konjungtiva anemis (-) ik thorax= ronki (+/-) wheez abdomen = sopel (+) per urin 200 cc (4 jam) akral hangat
Instalasi Gawat Darurat (IGD)		

Medan, 26/02/2025 / 13:00:00 WIB DPJP	Diketahui Oleh Pasien / Keluarga
 (Nama & Tanda Tangan)	(Nama & Tanda Tangan)

Keterbacaan dan Kebermaknaan

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi / Pemberi Persetujuan			
NO	Jenis Informasi	Isi Informasi	Check List (v)
1	Diagnosis (WD & DD)	CKP DWTJ	
2	Dasar Diagnosis	kepingan abdomen	
3	Tindakan Kedokteran	AV Oculum	
4	Indikasi Tindakan	AVPE 100	
5	Tata cara	SAD	
6	Tujuan	AVPE 120	
7	Risiko	hematoma	
8	Komplikasi	leleh	
9	Prognosis	baik	
10	Alternatif & Risiko	AVPE 100	
11	Lain-lain		

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi.

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dan telah memahami sebagaimana disebut diatas, dan telah saya beri check list (v) pada kolom disebelahnya.

Tanda Tangan Dokter

Tanda Tangan Pasien/Keluarga

PEMBERIAN PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini bernama [redacted] umur [redacted] tahun, jenis kelamin : [redacted] perempuan, alamat : [redacted] dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan [redacted] (tindakan) saya/brangtua/suami/istri/anak/saudara saya, bernama [redacted] umur [redacted] tahun, jenis kelamin : laki-laki / perempuan, alamat [redacted]

Saya memahami perlunya manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut dilakukan. Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul dengan dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.

Medan tanggal 24.01.2015, Pukul 12.00 WIB. Saksi,

Yat [redacted]

[redacted]

*) Lingkari yang sesuai

Komponen 6 Review Hal-hal yang Berpotensi Tuntutan/Kompensasi Ganti Rugi

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Pencatatan Kejadian Penting	A	TA
Saat Masuk Rawat				
1	Masuk RS kembali dengan kasus yang sama <2 hari	Pasien tidak ada masuk RS dengan kasus yang sama selama <2 hari		✓
Saat Sedang Rawat				
1	Komplikasi masalah pengobatan: Reaksi alergi obat/ transfuse, infeksi	Tidak ada alergi/infeksi		✓

	sesudah masuk, infeksi sesudah operasi			
2	Komplikasi masalah perawatan : decubitus, infeksi, infus dan lainnya.	Tidak ada decubitus, infeksi dan infus		✓
3	Tindakan yang dilakukan : Prosedur batal yang dilakukan, masuk OK 2x, masuk ICU 2x, masuk ICU tanpa rencana	Tidak ada prosedur tindakan yang batal dilakukan		✓
Saat Akan Pulang Rawat				
1	Pulang paksa/ pasien pindah bukan alasan administrasi	Pasien berobat jalan dengan membaik		✓

KASUS 2

Nama : Tn. H

No. RM : 3172xx

Komponen 1 Review Kekonsistensian Diagnosa dan Tindakan

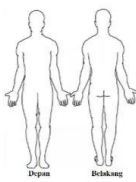

No	Lembaran RM yang ada catatan diagnosis dan tindakan	Diagnosis dan tindakan yang dicatat	K	TK
Saat Masuk Rawat				
1	Konsistensi diagnosa pada surat rujukan/ pengantar rawat, pengkajian awal perawat dan dokter	Kekonsistenan diagnosa saat masuk rawat pada Formulir Assesmen IGD pasien mengalami sesak napas dan memberat sudah 1 minggu, disertai mual dan muntah, tidak adanya demam dan batuk, adanya bab dan bak urin 300 cc di urin bag, adanya flatus dengan hasil pemeriksaan fisik TD : 145/80 mmHg, HR : 80 x/i, Suhu : 36,6, RR : 26 x/i, BB : 59 kg dan TB : 160 cm dan hasil pemeriksaan penunjang laboratorium Natrium 132 mmol/L, pH 7.48, PCO2 23.9 mmHg, HCO3 18.3 mmol/L, ureum 155 mg/dL, creatinin 3.6 mg/dL. Pasien merupakan pasien rujukan dari UPT RSUD Kabupaten Dairi. Maka dokter memperkirakan diagnosa kerja yaitu CKD Stage IV-V + CHF/HHD dengan terapi inj	✓	

		omeprazole.		
Saat Sedang Dirawat				
2	Konsistensi diagnosa pada CPPT hari pertama sampai hari terakhir rawat	<p>Tanggal 31/01/2025, Hari ke-2 Pasien telah terpasang CDL dan dilakukannya HD via CDL dengan minimal heparin UFG : 1500cc, QB : 180, dilakukan pemeriksaan fisik post hd dengan hasil TD: 162/80 mmHg, BB : 59kg. Pasien menyesak dan tampak cemas.</p> <p>Tanggal 02/02/2025 Hari ke-4 Pasien telah dilakukan pemasangan cimino, pasien mengeluh nyeri post cimino, menyesak dan lemas. Dilakukan pemeriksaan fisik Suhu : 36,8 °C, HR : 87 x/i, TD : 124/82 mmHg, RR : 22 x/i, skala nyeri : 3.</p> <p>Tanggal 03/02/2025 Hari ke-5 Pasien mengalami sesak nafas dan sulit tidur diberikan terapi inj furosemide 1 amp/12 jam, cpg 1x75, bisoprolol 1x2.5, candesartan 1x8, simvastatin 1x20, alprazolam 1x0.5 dan tindakan echocardiografi dengan diagnosa CHF ec CAD HHD.</p> <p>Tanggal 04/02/2025 Hari ke-6 Pasien telah tenang dengan tanda vital post hd TD : 141/76 mmHg, UFGOAL: 1,5 L, QB : 180 ML/I, durasi : 3,5 jam, akses vasculer via CDL + full heparin.</p>	✓	
Saat Akan Pulang Rawat				
3	Konsistensi diagnosa mulai dari saat masuk, CPPT dan pulang pada ringkasan pulang	Kekonsistensian diagnosa mulai dari saat masuk rawat, saat sedang rawat dan saat akan pulang yang terdapat pada formulir ringkasan pasien pulang. Alasan dirawat pasien mengalami sesak napas dan memberat sudah 1 minggu, disertai mual dan muntah pasien merupakan rujukan dari rumah sakit luar dengan diagnosa CKD on HD + CHF ec HHD, diberikannya tindakan hemodialisa dan terapi berupa Ringer	✓	


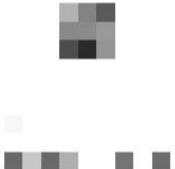

		Lactat, Inj Ranitidin, Inj Dexametason, Inj Norages, Furosemid.		
--	--	--	--	--

Saat Masuk Rawat

ASSESMEN IGD DEWASA			
Masuk IGD Hari/ Tanggal : 30/01/2025 , Pukul 23:00:54			
Bahasa sehari-hari yang diinginkan : Indonesia			
Agama : Kristen Protestan			
Suku : Batak Toba			
ASSESMEN KEPERAWATAN			
Mulai Asesmen Tanggal : 30/01/2025 , Pukul 23:00:54			
A	Keluhan		
	pasien rujukan , keluhan sesak napas dan menyesak dialami memberat 1 minggu ini , disertai mual dan muntah + , demam - , batuk - , bab + , bak urin 300 cc di urin bag , flatus + .		
	Alergi :		
	Alergi Obat : tidak ada	Bukan Obat : tidak ada	
B	Riwayat Pasien		
	Apakah ada riwayat penyakit dalam keluarga? (Ayah/ Ibu/ Saudara Kandung/ Kakek/ Nenek), seperti: CHF		
C	Riwayat Psikososial		
	Status Psikologi	: Cemas,	
	Status Biologis	: Menikah	
	Status Mental	: stabil	
	Status Sosial		
	a. Hubungan pasien dengan anggota keluarga	: Baik	
	b. Tempat tinggal	: rumah	
	Status Ekonomi	: Lain-Lain	
	Status Spiritual yang perlu diperhatikan dalam keluarga :		
	a. Agama	: kristen	
	b. Kebiasaan menjalankan ibadah	: Teratur	
	Status nilai budaya yang perlu diketahui tenaga kesehatan : tidak ada		
D	Pemeriksaan Fisik		
	Tanda Vital		
	Tekanan Darah : 145/80 mmHg	Suhu : 36.6 °C	Pernafasan : 26 x/menit
	Nadi : 80 x/menit	Kesadaran Terganggu : Tidak	
	Kepala		
	a . Pendengaran	: normal	
	b . Penglihatan	: normal	
	c . Hidung	: Normal	
	d . Gigi Palsu	: Tidak	
	Gastrointestinal		
	a . Keluhan perubahan nafsu makan	: Tidak Ada	
	b . Pembatasan makanan pantang pedas : tidak ada		
	c . Penurunan berat badan dalam waktu 3 bulan terakhir : Tidak		
	d . Mual	: Ya	
	e . Muntah	: Ya	
	Eliminasi		
	a. Defekasi	: normal	
	b. Miksi	: normal	

ASESMEN MEDIS					
Mulai Asesmen Tanggal : 30/01/2025 , Pukul 23:00:00					
A. Anamnesa (Auto-anamnesa)					
pasien rujukan , keluhan sesak napas dan menyesak dialami memberat 1 minggu ini , disertai mual dan muntah + , demam - , batuk - , bab + , bak urin 300 cc di urin bag , flatul + .					
Riwayat Penyakit : CHF	Riwayat Penggunaan Obat-Obatan : Seretide Clopidogrel Concor 1,25 mg Furosemide Ramipril 2,5 mg Asam folat Lansoprazole Bic nat Riwayat Perawatan / Pengobatan sebelumnya : -			Alergi Obat : - Alergi Makanan -	
B. Pemeriksaan Fisik					
1. Pemeriksaan Umum					
Sensorium	: CM	Anemis	: -	Berat Badan	: 59 Kg
Tekanan Darah	: 145/80 mmHg	Ikterik	: -	Tinggi Badan	: 160 CM
Nadi	: 80 x/i	Dyspnoe	: +	Nafas	: 26-28 x/i
Oedem	: -	Suhu	: 36.6 °C		
2. Pemeriksaan Khusus					
			Kepala dan Leher	dbn	
			Thorax	Ronkhi +/- minimal , wheezing -/-	
			Abdomen	peristaltik + , sopel +	
			Ekstremitas Superior	akral hangat +/-	
			Genitalia & Anus	dbn	
			Ekstremitas Inferior	akral hangat +/-	
C. Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik					
Pemeriksaan Penunjang yang dilakukan : Laboratorium Dikirim Tgl/Pukul : 2025-01-30 / 23:00:00 WIB Pemeriksaan : DL , Kgd , elektrolit , Ur Cr , Agda , Screening HD Radiologi Dikirim Tgl/Pukul : 2025-01-30 / 23:00:00 WIB Pemeriksaan : FOTO THORAX			Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-01-30 / 23:30:00 WIB Hasil Pemeriksaan Laboratorium yang perlu diobservasi : hb : 13.9 leukosit : 7.600 trombosit : 272.000 Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-01-30 / 23:30:00 WIB Hasil Pemeriksaan Radiologi :		
D. Diagnosa					
Diagnosa Primer	CKD Stage IV-V + CHF/HHD				
Diagnosa Sekunder					
E. Penataklasaan					
Terapi Cairan	Three way				
Terapi Injeksi	inj omeprazole/12 jam				
Terapi Oral					
Diet	diet ginjal				
F. Tindak Lanjut Pelayanan					
<input type="checkbox"/> Rawat Jalan			<input type="checkbox"/> Rawat Inap :		
<input checked="" type="checkbox"/> Konsul DPJP : dr. [REDACTED]			<input checked="" type="checkbox"/> Konsul Rawat Bersama		
Dirujuk ke Rumah Sakit Lain					
Alasan dirujuk					
G. Edukasi Pasien & Keluarga					
bed rest berdoa					
Selesai Asesmen Hari/ Tanggal : 30/01/2025, Pukul : 23:30:00 WIB					
					

Saat Sedang Dirawat

<p>31/01/2025 17:14:25</p> <p>Ruang Rawat Anggrek</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) Menyesak</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 37 °C Tinggi Badan : 160 Cm Nadi : 80 x/i Tekanan Darah : 152/79 mmHg, Berat Badan : 60 Kg, Respirasi : 22 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : CM OS TAMPAK CEMAS idwg : - ufg : 1500cc qb: 180 hd via cdl dengan minimal heparin</p> <p>Post hd Td ;162/80 bb : 59kg</p> <p>Assesment (A) : Gangguan pola nafas Gangguan fungsi ginjal</p> <p>Planning (P) beri oksigen sesuai kebutuhan batasi asupan cairan 600 /h kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat</p>	<p>hd sesuai jadwal</p>	
<p>02/02/2025 13:00:00</p> <p>Ruang Rawat Anggrek</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) Pasien di jemput dari ruang bedah pada pukul 12:58 wib os mengeluh nyeri post chimino (+)</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36,8 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 90 x/i Tekanan Darah : 128/87 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 22 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : Cm Lemas Chimino terpasang di tangan kiri</p> <p>Assesment (A) : Gangguan pola nutrisi gangguan pada filtrasi ginjal</p> <p>Planning (P) Pantau skala nyeri Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi</p>	<p>Pantau ku dan ttv terapi lanjut R/HD ke 2 selasa</p>	
<p>03/02/2025 06:30:08</p> <p>Ruang Rawat Anggrek</p>	<p>Dokter</p>	<p>Subyektif (S) SESAK NAPAS SULIT TIDUR</p> <p>Obyektif (O) Suhu : - °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 88 x/i Tekanan Darah : 130/80 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 24 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : CM EKG SR + LVH CXR KARDIOMEGALI UR / CR 156 / 3.6</p> <p>Assesment (A) : CHF EC CAD HHD</p> <p>Planning (P) INJ FUROSEMIDE 1 AMP/12 JAM CPG 1X75 BISOPROLOL 1X2.5 CANDESARTAN 1X8 SIMVASTATIN 1X20 ALPRAZOLAM 1X0.5</p>	<p>PANTAU TTV DAN UOP ECHOCARDIOGRAFI</p>	

04/02/2025 16:47:26	Perawat	<p>Subyektif (S) Tenang</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 37 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 84 x/i Tekanan Darah : 118/61 mmHg, Berat Badan : 60 Kg, Respirasi : 22 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm POST HD TD: TD : 141/76 mmHG BB : - KG IDWG : - KG UFGOAL: 1,5 L QB : 180 ML/i DURASI : 3,5 Jam AKSES VASCULER VIA CDL+ FULL HEPARIN</p> <p>Assesment (A) : - gangguan filtasi ginjal</p> <p>Planning (P) Observasi ttv durante HD uf goal dan time tercapai kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi</p>	acc pbj post hd kalau ku stabil
------------------------	---------	---	---------------------------------

Saat Pulang Rawat

Tanggal Masuk	30/01/2025 / 23:00:00 WIB	RINGKASAN PASIEN KELUAR (DISCHARGE SUMMARY)
Tanggal Keluar	05/02/2025 / 13:00:00 WIB	
Ruangan/Kelas	Ruang Rawat Anggrek / Kelas III	
Alasan Pasien Di Rawat	Sesak nafas (+), mual (+), muntah (+)	
Anamnese	Pasien rujukan keluhan sesak nafas dan menyesak dialami memberat 1 minggu ini disertai mual dan muntah (+), bab (+), bak urin 300 cc di urin bag, flatus (+), Riwayat Penyakit : CHF	
Pemeriksaan Fisik	Suhu : 36,6 °C Tinggi Badan : 160 Cm Nadi : 80 x/i Tekanan Darah : 145/80 mmHg, Berat Badan : 59 Kg, Respirasi : 28 x/i Kesadaran : cm Dyspnoe (+) Thorax Ronkhi +/- minimal Abdomen peristaltik (+), soepel (+) Ekstremitas Superior akral hangat +/-	
Pemeriksaan Penunjang	Tgl 30/01/2025 : - Elektrolit Lengkap : Natrium : 132 mmol/L - Agda-> PCO2 23.9 mmHg, PO2 171 mmHg, HCO3 18.3 mmol/L, CO2 Total 19.1 mmol/L - Ureum/Urea-N : 155 Mg/di, Creatinin : 3.6 Mg/di - THORAX (AP) : Cardiomegali. Pneumonia. - USG KIDNEY & BLADDER : Proses kronis parenchym kedua ginjal (GGK).	
Diagnosa Masuk	CKD Stage IV-V + CHF/HHD	
Pengobatan dan Tindakan	Pengobatan : Ringer Lactat 500 Mg Inf, Ranitidin 25 Mg/ml Inj, Dexametason 5 Mg/ml Inj, Norages 2 MI Inj, Furosemid 10mg/ml / Roxemid Inj Tindakan : - Pemasangan CDL (Tgl 31/01/2025) - AV Shunt (tgl 02/02/2025), Hemodialisa (tgl 31,04/02/2025) - Echocardiography (tgl 03/02/2025)	

Diagnosa Akhir	CKD ON HD + CHF ec HHD
Kondisi Pasien dan Obat-Obatan Yang di Bawa Saat Pasien Pulang	PBJ dengan membaik Obat Pulang : Alprazolam 0.5 Mg Tab, Bisoprolol 2.5 Mg Tab, Candesartan 8 Mg Tab, Cefixime 200 Mg Cap, Clopidogrel 75 Mg Tab, Furosemide 40 Mg Tab, Notisil / Simarc 2 Mg Tab, Paracetamol Tab, Simvastatin 20 Mg Tab
Instruksi Tindak Lanjut	Kontrol ulang tgl 11/02/2025 ke Poliklinik Penyakit Dalam
Edukasi	- minum obat sesuai dengan anjuran dokter - banyak istirahat - mengonsumsi makanan yang bergizi - menjaga kebersihan lingkungan pasien - hindari asap rokok - kontrol ulang sesuai jadwal

Komponen 2 Review Kekonsistensian Pencatatan Klinis

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Pencatatan dan SOAP yang Konsisten	K	TK
Saat Masuk Rawat				
1	Konsistensi pencatatan di pengkajian awal perawatan rawat inap dan pengkajian awal medis rawat inap	Kekonsistenan saat masuk rawat pada formulir asesmen IGD dan asesmen medis rawat inap pasien mengalami sesak napas dan memberat sudah 1 minggu, disertai mual dan muntah, tidak adanya demam dan batuk, adanya bab dan bak urin 300 cc di urin bag , adanya flatul, dilakukannya pemeriksaan fisik dan diberikannya tindakan pemeriksaan laboratorim, foto thorax dan EKG serta pemberian terapi obat-obatan kepada pasien.	✓	
Catatan dokter dan perawat saat sedang dirawat				
2	Konsistensi Pencatatan di Catatan Perkembangan Pasien oleh dokter dan perawat dari hari pertama sampai pulang.	Kekonsistenan pencatatan SOAP pada formulir CPPT dihari pertama pasien dirawat pada tanggal 30-01-2025 sampai pasien pulang pada tanggal 05-02-2025 dan informed consent sudah tercatat dengan konsisten.	✓	
Saat Akan Pulang Rawat				
3	Menganalisis mulai dari pengkajian awal, CPPT sampai ringkasan pulang (<i>Discharge summary</i>)	Kekonsistenan pencatatan pada formulir asesmen IGD, CPPT dan ringkasan pasien keluar yang berisi keluhan pasien, diagnosa, tindakan, dan obat obatan yang diberikan kepada pasien sudah tercatat dengan konsisten.	✓	

Saat Masuk Rawat

ASSESMEN IGD DEWASA

Masuk IGD Hari/ Tanggal : 30/01/2025 , Pukul 23:00:54

Bahasa sehari-hari yang diinginkan : Indonesia

Agama : Kristen Protestan

Suku : Batak Toba

ASSESMEN KEPERAWATAN

Mulai Asesmen Tanggal : 30/01/2025 , Pukul 23:00:54

A Keluhan

pasien rujukan , keluhan sesak napas dan menyesak dialami memberat 1 minggu ini , disertai mual dan muntah + , demam - , batuk - , bab + , bak urin 300 cc di urin bag , flatus + .

Alergi :

Alergi Obat : tidak ada

Bukan Obat : tidak ada

B Riwayat Pasien

Apakah ada riwayat penyakit dalam keluarga? (Ayah/ Ibu/ Saudara Kandung/ Kakek/ Nenek), seperti:
CHF

C Riwayat Psikososial

Status Psikologi : Cemas,

Status Biologis : Menikah

Status Mental : stabil

Status Sosial

a. Hubungan pasien dengan anggota keluarga : Baik

b. Tempat tinggal : rumah

Status Ekonomi : Lain-Lain

Status Spiritual yang perlu diperhatikan dalam keluarga :

a. Agama : kristen

b. Kebiasaan menjalankan ibadah : Teratur

Status nilai budaya yang perlu diketahui tenaga kesehatan : tidak ada

D Pemeriksaan Fisik

Tanda Vital

Tekanan Darah : 145/80 mmHg

Suhu : 36.6 °C

Pernafasan : 26 x/menit

Nadi : 80 x/menit

Kesadaran Terganggu : Tidak

Kepala

a . Pendengaran : normal

b . Penglihatan : normal

c . Hidung : Normal

d . Gigi Palsu : Tidak

Gastrointestinal

a . Keluhan perubahan nafsu makan : Tidak Ada

b . Pembatasan makanan pantang pedas : **tidak ada**

c . Penurunan berat badan dalam waktu 3 bulan terakhir : Tidak

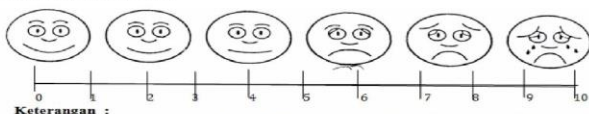
d . Mual : Ya

e . Muntah : Ya

Eliminasi

a . Defekasi : normal

b . Miksi : normal

Anus	
Hemoroid	: Tidak Ada
Genitalia	
Perdarahan	: tidak ada
a. Pengeluaran Lochea	: -
b. Luka Episiotomi	: -
Integumen	
a. Warna Kulit	: normal
b. Luka	: Tidak Ada
Muskuloskeletal	
Kelainan Tulang	: Tidak Ada
E Skrining Nyeri - Skala Nyeri VAS (Visual Analog Scale)	
Apakah pasien mengalami nyeri ? : Ya	
(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	
Skor/Nilai <input checked="" type="checkbox"/> 4 - 6 : Nyeri Sedang	

F Skrining Resiko Jatuh			
DEWASA (Penilaian Skala Resiko Jatuh Morse Falls Scale / MFS)			
NO	TINGKAT RESIKO	URAIAN	SKOR
1	Riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	Tidak Ada	0
2	Alat bantu jalan	Bed Rest/Kursi Roda/Tidak ada	0
3	Terapi Intra Vena (IV)	Ada	25
4	Cara berjalan/berpindah	Normal/Bedrest/Imobilisasi	0
5	Status mental	Orientasi sesuai kemampuan	0
TOTAL SKOR			25
Catatan : Bila Nilai Total : 0-24 => Resiko Rendah, 25-50 => Resiko Sedang, >50 => Resiko Tinggi			

G Skrining Resiko Nutrisional		
NO	KRITERIA	KETERANGAN
1	Apakah IMT < 18.5 kg/m ² atau LLA < 25 cm untuk wanita dan LLA < 26.3 cm untuk pria?	Tidak
2	Apakah pasien kehilangan BB dalam 3 minggu terakhir?	Tidak
3	Apakah asupan makan pasien menurun 1 minggu terakhir?	Tidak
4	Apakah pasien dengan penyakit berat dan atau membutuhkan terapi gizi?	Tidak
Jika Tidak untuk semua kriteria => skrining diulang 1 minggu kemudian Jika ada 1 atau lebih kriteria dengan jawaban Ya => Konsultasi ke Ahli Gizi		

H Asesmen Kebutuhan Fungsional	
a. Neurosensorik	
Pendengaran	: Normal
Penglihatan	: Normal,
Bicara komunikatif	: Normal,
b. Respirasi	
Pernafasan	: Reguler,
c. Sirkulasi	
Nadi Ekstremitas	: Hangat,
d. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan	
Kebiasaan bita sakit	: Periksa ke fasilitas kesehatan,
Persepsi mengenai sakitnya	: Tidak tahu,
e. Pola Nutrisi dan Metabolik	
Antropometri	
BB	: 59
TB	: 160
IMT	: -
Tanda-tanda klinis	: -
Riwayat Nutrisi	: Mual, Muntah,
Porsi Makan	: Cukup
Diet	: Nasi
Jenis Diet	: Lain-Lain,
Kalori : , Jumlah minum : 100 ml/hari , Makanan yang disukai : ml/hari.	
f. Pola Eliminasi	
BAB	: 2. kali/ hari
Konsistensi	: Lunak,
Warna	: Normal,
Keluhan	: -
Peristaltik Usus	: 7
BAK	: 2. kali/ hari, -
Jumlah	: , ml/ hari
Warna Urine	: Kekuningan,
Terpasang Kateter	: Tidak
g. Pola Istirahat/ Tidur	
Jumlah jam tidur malam	: 7. jam/hari
Kebiasaan tidur siang	: 2. jam/hari
Insomnia	: Tidak
Kebiasaan mengkonsumsi obat sebelum tidur	: Tidak
h. Integritas Kulit	
Luka/ lesi	: tidak ada
Perembesan pada luka	: Tidak
Luka karena	: tidak ada
Tanda-tanda radang	: Nyeri,
i. Pola Toleransi Koping Stress	
Koping terhadap sakitnya	: Cemas,

	Penyelesaian bila ada masalah	: Minta bantuan orang terdekat,
	Orang yang dekat dengan pasien	: Istri/Suami,
j. Pola Hubungan dan Peran		
	Hubungan dengan orang lain selama dirawat	: Tidak Terganggu,
	Peran didalam keluarga sebagai	: Ayah,
	Perannya selama sakit	: Minimal,
k. Pola seksual dan reproduksi		
	Jumlah anak	: ... Orang
	Menikah umur	: ... Tahun
	Jenis/ Keluhan	:
l. Pola Nilai dan Kepercayaan Yang Diperhatikan Dalam Keluarga		
	Pola Nilai dan Kepercayaan Yang Diperhatikan Dalam Keluarga : <input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur	
	Nilai/ kepercayaan/ budaya yang perlu diketahui tenaga kesehatan :	
	Pantangan makanan/ minuman berkaitan dengan kepercayaan :	

I Skrining Kelompok Resiko Tinggi		
NO	IDENTIFIKASI RESIKO TINGGI	KETERANGAN
1	Apakah pasien memerlukan tindakan beresiko (HD, Kemo, Transfusi)	Ya
2	Apakah pasien mengidap penyakit menular?	Tidak
3	Apakah pasien memiliki resiko mengalami kekerasan fisik sebelum masuk RS (kekerasan rumah tangga, kekerasan pada anak, pemerkosaan dan ditelantarkan)	Tidak
4	Apakah pasien memiliki ketergantungan pada alat bantu hidup?	Tidak
5	Apakah pasien kurang orientasi?	Tidak
6	Apakah pasien tidak ada penjaga atau pendamping?	Tidak

J Skrining Kebutuhan Edukasi Pasien		
NO	KEBUTUHAN EDUKASI	KETERANGAN
1	Apakah pasien/ keluarga memiliki pengetahuan yang cukup tentang penyakit yang diderita pasien?	Tidak
2	Apakah pasien/ keluarga memerlukan edukasi tentang rencana tindakan yang akan dilakukan pada pasien ?	Ya
3	Apakah pasien/ keluarga memerlukan edukasi tentang resiko terhadap tindakan yang akan dilakukan pada pasien ?	Ya
4	Apakah pasien/ keluarga memerlukan edukasi tentang proses pembiayaan ?	Tidak
5	Apakah pasien memerlukan penggunaan peralatan medis yang membutuhkan edukasi tentang keamanan dan efektifitas peralatan medis tersebut ?	Ya
6	Apakah pasien/ keluarga memerlukan edukasi tentang pelayanan kesehatan lainnya yang tersedia selain yang disebutkan di atas ?	Ya
7	Apakah pasien/ keluarga memerlukan edukasi tentang kebutuhan khusus ?	Tidak

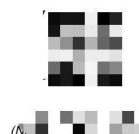
K Proses Keperawatan			
NO	TANGGAL	MASALAH KEPERAWATAN	Teratasi (T), Teratasi Sebagian (TS), Tidak Teratasi (TT)
1	2025-01-30	Pola nafas tidak adekuat	ts

2	2025-01-30	Risiko/ aktual gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit	ts
3	2025-01-30	Risiko/ aktual perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	ts
4		Risiko/ aktual infeksi	
5		Risiko gangguan perfusi jaringan	
6	2025-01-30	Gangguan rasa nyaman : nyeri	ts
7		Risiko/ aktual gangguan integritas kulit	
8		Risiko cidera	
9		Kurang pengetahuan orangtua	
10	2025-01-30	Cemas	ts
11		Risiko/ aktual gangguan eliminasi : BAK / BAB	

L Observasi Khusus			
OBSERVASI			
1	Waktu		
2	Tekanan Darah (TD)	145/80	
3	Nadi (N)	80	
4	Respiratory Rate (RR)	26	
5	Temperatur	26.6	
6	Intake Cairan/ Infus	120	
7	NGT/ Minum	100	
8	Muntah		
9	BAK	300	
10	BAB		

Catatan : pantau ku dan tvv pasien

Selesai Assesmen Hari/ Tanggal, 30/01/2025 , Pukul 23:55:54



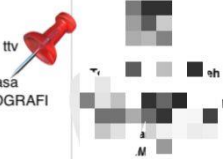
Saat Pulang Rawat

Tanggal Masuk	30/01/2025 / 23:00:00 WIB	RINGKASAN PASIEN KELUAR (DISCHARGE SUMMARY)
Tanggal Keluar	05/02/2025 / 13:00:00 WIB	
Ruangan/Kelas	Ruang Rawat Anggrek / Kelas III	
Alasan Pasien Di Rawat	Sesak nafas (+), mual (+), muntah (+)	
Anamnese	Pasien rujukan keluhan sesak nafas dan menyesak dialami memberat 1 minggu ini disertai mual dan muntah (+), bab (+), bak urin 300 cc di urin bag, flatus (+), Riwayat Penyakit : CHF	
Pemeriksaan Fisik	Suhu : 36.6 °C Tinggi Badan : 160 Cm Nadi : 80 x/i Tekanan Darah : 145/80 mmHg, Berat Badan : 59 Kg, Respirasi : 28 x/i Kesadaran : cm Dyspnoe (+) Thorax Ronkhi +/- minimal Abdomen peristaltik (+), soeipel (+) Ektremitas Superior distal hangat (+)	
Pemeriksaan Penunjang	<p>Tgl 30/01/2025 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elektrolit Lengkap : Natrium : 132 mmol/L - Agda-> PCO2 23.9 mmHg, PO2 171 mmHg, HCO3 18.3 mmol/L, CO2 Total 19.1 mmol/L - Ureum/Urea-N : 155 Mg/dl, Creatinin : 3.6 Mg/dl - THORAX (AP) : Cardiomegali. - Pneumonia. - USG KIDNEY & BLADDER : Proses kronis parenchym kedua ginjal (GGK). 	
Diagnosa Masuk		
Pengobatan dan Tindakan	<p>Pengobatan : Ringer Lactat 500 Mg Inf, Ranitidin 25 Mg/ml Inj, Dexametason 5 Mg/ml Inj, Norages 2 Mg/ml Inj, Furosemid 10mg/ml / Roxemid Inj</p> <p>Tindakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemasangan CDL (Tgl 31/01/2025) - AV Shunt (tgl 02/02/2025), Hemodialisa (tgl 31,04/02/2025) - Echocardiography (tgl 03/02/2025) 	
Perkembangan selama dirawat	<p>- Tgl 31/01/2025 : Pasien tiba di ruangan Anggrek pukul 01.30 wib dengan keluhan Sesak nafas (+), mual (+), muntah (+), TD : 145/80 mmhg, HR : 80 x/i, RR : 28 x/i, T : 36.6 C, Terapi dokter Sp.JP-> Inj Furosemide 1 Amp/12 Jam, Cpg 1x75, Bisoprolol 1x2.5, Candesartan 1x8, Simvastatin 1x20, Alprazolam 1x0.5, Hasil Urine Rutine-> Protein (+) Positif, Leukosit (+) Positif.</p> <p>- Tgl 01/02/2025 : sesak nafas berkurang, menyesak (+) mual dan muntah (+), TD : 152/77 mmHg, HR : 77 x/i, RR : 22 x/i, T : 37 °C, Rencana pasang cemino (tgl 02/02/2025), Rencana HD ke 2 selasa.</p> <p>- Tgl 02/02/2025 : nyeri post cimino (+), badan lemas (+), mual (+), TD : 128/87 mmHg, HR : 90 x/i, RR : 22 x/i, T : 36,8 °C, Echocardiography (tgl 03/02/2025)</p> <p>- Tgl 03/02/2025 : sulit tidur (+), menyesak berkurang (+), TD : 132/76 mmHg, HR : 86 x/i, RR : 20 x/i, T : 36,7 °C</p> <p>- Tgl 04/02/2025 : sulit tidur berkurang, menyesak (-), TD : 129/74 mmHg, HR : 92 x/i, RR : 20 x/i, T : 36,9 °C</p> <p>- Tgl 05/02/2025 : menyesak (-), sulit tidur (-), TD : 129/89 mmHg, HR : 90 x/i, RR : 22 x/i, T : 36,5 °C,</p>	
Diagnosa Akhir	CKD ON HD + CHF ec HHD	
Kondisi Pasien dan Obat-Obatan Yang di Bawa Saat Pasien Pulang	<p>Obat Pulang : Alprazolam 0.5 Mg Tab, Bisoprolol 2.5 Mg Tab, Candesartan 8 Mg Tab, Cefixime 200 Mg Cap, Clopidogrel 75 Mg Tab, Furosemide 40 Mg Tab, Notisil / Simarc 2 Mg Tab, Paracetamol Tab, Simvastatin 20 Mg Tab</p>	
Instruksi Tindak Lanjut	Kontrol ulang tgl 11/02/2025 ke Poliklinik Penyakit Dalam	
Edukasi	<ul style="list-style-type: none"> - minum obat sesuai dengan anjuran dokter - banyak istirahat - mengkonsumsi makanan yang bergizi - menjaga kebersihan lingkungan pasien - hindari asap rokok - kontrol ulang sesuai jadwal 	

Komponen 3 : Review Penjelasan dan Konfirmasi Pengobatan yang Dilakukan

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Adanya Konsistensi Pencatatan	K	TK
Keselamatan Pasien				
1	Konsistensi skor dan kategori ketergantungan pada Skrinning risiko cedera/ jatuh	Pada skrinning risiko cedera/ jatuh memiliki kriteria menggunakan terapi infus dengan skor 25. Untuk total skor 0-24 yaitu risiko rendah, 25-50 yaitu risiko sedang, >50 risiko tinggi sehingga Tn. H masuk kedalam kategori risiko sedang.	✓	
Tatalaksana Medis				
1	Konsistensi Instruksi dan Pelaksanaan Pemberian Obat	Selama masa perawatan dari 1 hingga 5-01-2025, pasien menerima terapi obat-obatan yang sudah terjadwal dan mencakup berbagai jenis obat. Terapi utama meliputi diuretik (furosemid), obat untuk menurunkan tekanan darah (bisoprolol, candesartan, amlodipin, valsartan), dan antibiotik (cefixime, ceftriaxone). Pemberian simvastatin secara teratur menunjukkan adanya pengendalian dislipidemia. Pasien juga menerima pengobatan simtomatik, termasuk donperidone untuk masalah lambung, ranitidin dan omeprazole untuk pengobatan lambung, paracetamol (PCT) untuk mengatasi demam atau rasa sakit, serta ondansetron sebagai obat anti-mual. Pada malam hari, alprazolam diberikan secara teratur untuk membantu mengontrol kecemasan dan memperbaiki tidur. Pada 4 Februari, terdapat penambahan pengobatan berupa Novorapid (insulin), vitamin C, dan injeksi asam traneksamat, yang menunjukkan adanya pengelolaan kadar gula darah, peningkatan daya tahan tubuh, serta upaya mencegah perdarahan.	✓	
2	Konsistensi Instruksi dan pelaksanaan penghentian/	Terdapat pencatatan instruksi penghentian obat inj omz pada tanggal	✓	

Instruksi Dan Pelaksanaan Pemeriksaan Penunjang

<p>03/02/2025 00:57:46</p> <p>Ruang Rawat Anggrek</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) os mengeluh nyeri post chimino (+)menyesak(+)</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36,4 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 89 x/i Tekanan Darah : 132/76 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 22 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : Cm Lemas Chimino terpasang di tangan kiri skala nyeri :3</p> <p>Assesment (A) : Gangguan pola nutrisi gangguan pada filtrasi ginjal gangguan pemenuhan nutrisi gangguan pada rasa nyeri</p> <p>Planning (P) pantau k/u dan ttv Pantau skala nyeri,target skala 0 Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi</p>	<p>Pantau ku dan ttv terapi lanjut R/HD ke 2 selasa ECHOCARDIOGRAFI SENIN</p> 
<p>Pemeriksaan Penunjang yang dilakukan : Laboratorium Dikirim Tgl/Pukul : 2025-01-30 / 23:00:00 WIB Pemeriksaan : DL , Kgd , elektrolit , Ur Cr ,Agda , Screening HD</p> <p>Radiologi Dikirim Tgl/Pukul : 2025-01-30 / 23:00:00 WIB Pemeriksaan : FOTO THORAX</p>		<p>Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-01-30 / 23:30:00 WIB Hasil Pemeriksaan Laboratorium yang perlu diobservasi : hb : 13.9 leukosit : 7.600 trombosit : 272.000</p> <p>Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-01-30 / 23:30:00 WIB Hasil Pemeriksaan Radiologi :</p>	

Komponen 4 Review Pencatatan Surat Persetujuan/ Penolakan Tindakan Kedokteran (SPTK)

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Pencatatan yang Konsisten	K	TK
Bagian Pemberian Informasi				
1	a. Jenis Informasi b. Isi Informasi	Konsistensi pada formulir persetujuan tindakan kedokteran yang berisi tentang diagnosa, tindakan yang dilakukan, tujuan, resiko dan komplikasi sudah sesuai dan lengkap yang dijelaskan oleh dokter kepada pasien dan sudah terdapat tanda tangan oleh dokter yang menjelaskan informasi dan tanda tangan pasien yang menerima informasi oleh dokter.		✓
Bagian Kesetujuan/ Penolakan Tindakan Kedokteran				
1	a. Diagnosa b. Tindakan	Konsistensi formulir persetujuan/penolakan tindakan kedokteran yang berisikan persetujuan dengan informasi tindakan yang sudah di jelaskan dokter dan sudah tanda tangan oleh dokter dan pasien	✓	

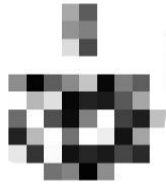
PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi / Pemberi Persetujuan			
NO	Jenis Informasi	Isi Informasi	Check List (√)
1	Diagnosis (WD & DD)	CICD & KED.	
2	Dasar Diagnosis	kelainan	
3	Tindakan Kedokteran	Pemasangan CDL	
4	Indikasi Tindakan	Aritmia	
5	Tata cara	di RS P.	
6	Tujuan	Aritmia	
7	Risiko	Pemeriksaan	
8	Komplikasi	kegagalan	
9	Prognosis		
10	Alternatif & Risiko		
11	Lain-lain		
<p>Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi.</p>		<p>Tanda Tangan Dokter</p>	
<p>Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dan telah memahami sebagaimana disebut diatas, dan telah saya beri check list (√) pada kolom disebelahnya.</p>		<p>Tanda Tangan Pasien/Keluarga</p>	
PEMBERIAN PERSETUJUAN			
<p>Yang bertanda tangan dibawah ini, nama : _____ umur _____ tahun, jenis kelamin : laki-laki / perempuan, alamat : <u>Sumahuang</u> dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan <u>CDL</u></p> <p>saya/orangtua/suami/istri/anak/saudara _____ saya, bernama _____ umur _____ tahun, jenis kelamin : laki-laki / perempuan, alamat : _____</p> <p>Saya memahami perlunya manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut dilakukan. Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul dengan dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.</p> <p>Medan, tanggal <u>31/01/20</u>, Pukul : <u>10-30</u> WIB. Saksi, _____</p> <p>Yang Menyatakan _____</p>			
*) Lingkari yang sesuai			

Komponen 5 Review Praktik Pendokumentasian

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Praktik Pencatatan yang Konsisten	K	TK
Waktu Pencatatan				
1	Saat baru masuk rawat a. Dokter b. Perawat	Kekonsistenan pada asesmen IGD lengkap tanggal dan jam oleh dokter maupun perawat.	✓	
2	Saat sedang dirawat a. Dokter b. Perawat	Kekonsistenan pada CPPT dan informed consent yang berisikan tanggal dan waktu pencatatan oleh dokter dan perawat sudah tercatat lengkap.	✓	
3	Saat akan pulang a. Dokter b. Perawat	Kekonsistenan pencatatan tanggal dan waktu pada resume medis pasien tercatat dengan lengkap oleh dokter dan perawat.	✓	

Keterbacaan dan Kebermaknaan				
1	Saat baru masuk rawat a. Dokter b. Perawat	Keterbacaan dan kebermaknaan pada asesmen IGD dan asesmen medis rawat inap oleh dokter dan perawat dapat dimengerti sehingga konsisten	✓	
2	Saat sedang dirawat a. Dokter b. Perawat	Keterbacaan dan kebermaknaan pada CPPT dan informed consent yang diisi oleh dokter dan perawat dapat dibaca dan dimengerti sehingga konsisten		✓
3	Saat akan pulang a. Dokter b. Perawat	Keterbacaan dan kebermaknaan pada ringkasan pasien pulang dapat dimengerti sehingga konsisten.	✓	

Waktu Pencatatan

<p>03/02/2025 00:57:46</p> <p>Ruang Rawat Angrek</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) os mengeluh nyeri post chimino (+)menyesak(+)</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36,4 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 89 x/i Tekanan Darah : 132/76 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 22 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : Cm Lemas Chimino terpasang di tangan kiri skala nyeri :3</p> <p>Assesment (A) : Gangguan pola nutrisi gangguan pada filtrasi ginjal gangguan pemenuhan nutrisi gangguan pada rasa nyeri</p> <p>Planning (P) pantau k/u dan ttv Pantau skala nyeri,target skala 0 Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi</p>	<p>Pantau ku dan ttv terapi lanjut R/HD ke 2 selasa ECHOCARDIOGRAFI SENIN</p>	
--	----------------	--	---	--

segala akibat yang mungkin timbul dengan dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.

Medan, tanggal 31/01/2025, Pukul: 10-30 WIB.

Yang Menvatakan

Saksi,

Keterbacaan dan Kebermaknaan

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan		[Redacted]	
Pemberi Informasi		[Redacted]	
Penerima Informasi / Pemberi Persetujuan		[Redacted]	
NO	Jenis Informasi	Isi Informasi	Check List (v)
1	Diagnosis (WD & DD)	cek SW 100	
2	Dasar Diagnosis	lepra & bonda	
3	Tindakan Kedokteran	operasi	
4	Indikasi Tindakan	A. hipotesis 100	
5	Tata cara	DRP	
6	Tujuan	SW 100	
7	Risiko	penyakit	
8	Komplikasi	infeksi	
9	Prognosis	baik	
10	Alternatif & Risiko	operasi	
11	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi.		Tanda Tangan Dokter	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dan telah memahami sebagaimana disebut di atas, dan telah saya beri check list (v) pada kolom disebelahnya.		Tanda Tangan Pasien/Keluarga	
PEMBERIAN PERSETUJUAN			
Yang bertanda tangan dibawah ini, nama: [Redacted], umur: [Redacted] tahun, jenis kelamin: laki-laki / perempuan, alamat: <u>Jumanwang</u> dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan <u>operasi</u> saya/orang tua/suami/istri/anak/saudara [Redacted] saya, bernama [Redacted] umur <u>52</u> tahun, jenis kelamin: laki-laki / perempuan, alamat: <u>Jumanwang</u> .			
Saya memahami perlunya manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, serta risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut dilakukan. Saya bertanggung jawab secara penuh terhadap segala akibat yang mungkin timbul dengan dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.			
Medan, tanggal <u>02-02-25</u> , Pukul: <u>08.52</u> WIB.		Saksi, <u>1/1</u>	
Yang menyatakan [Redacted]		[Redacted]	
*) Lingkari yang sesuai			

Komponen 6 Review Hal-hal yang Berpotensi Tuntutan/Kompensasi Ganti Rugi

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Pencatatan Kejadian Penting	A	TA
Saat Masuk Rawat				
1	Masuk RS kembali dengan kasus yang sama <2 hari	Pasien tidak ada masuk RS dengan kasus yang sama selama <2 hari		✓
Saat Sedang Rawat				
1	Komplikasi masalah pengobatan: Reaksi alergi obat/ transfuse, infeksi sesudah masuk, infeksi	Tidak ada alergi/infeksi		✓

	sesudah operasi			
2	Komplikasi masalah perawatan : decubitus, infeksi, infus dan lainnya.	Tidak ada decubitus, infeksi dan infus		✓
3	Tindakan yang dilakukan : Prosedur batal yang dilakukan, masuk OK 2x, masuk ICU 2x, masuk ICU tanpa rencana	Tidak ada prosedur tindakan yang batal dilakukan		✓
Saat Akan Pulang Rawat				
1	Pulang paksa/ pasien pindah bukan alasan administrasi	Pasien berobat jalan dengan membaik		✓

KASUS 3

Nama : Ny. D

No. RM : 3149xx

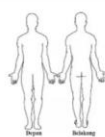
Komponen 1 Review Kekonsistensian Diagnosa dan Tindakan

No	Lembaran RM yang ada catatan diagnosis dan tindakan	Diagnosis dan tindakan yang dicatat	K	TK
Saat Masuk Rawat				
1	Konsistensi diagnosa pada surat rujukan/pengantar rawat, pengkajian awal perawat dan dokter	Kekonsistenan diagnosa saat masuk rawat pada Formulir Assesmen IGD dan Assesmen medis pasien rencana pemasangan cimino dan double lumen, pasien HD reguler dengan hasil pemeriksaan fisik TD : 110/85 mmHg, HR : 100 x/i, Suhu : 36,1, RR : 23 x/i, BB : 64 kg dan TB : 155 cm dan hasil pemeriksaan penunjang laboratorium cholestrol total 243 mg/dL dan triglycerida 297 mg/dL. Maka dokter memperkirakan diagnosa kerja yaitu pro cimino dan double lumen a/i CKD on HD.	✓	
Saat Sedang Dirawat				
2	Konsistensi diagnosa pada CPPT hari pertama sampai hari terakhir rawat	Tanggal 08/01/2025, Hari ke-1 Pasien tiba diruangan pukul 17:00 dengan keluhan pasien mengalami nyeri post pemasangan cimino dan doblolumen. Pasien telah terpasang	✓	

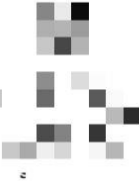
		<p>cimino dan doublelumen. Dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil Suhu : 36.8 °C, TB : 155 Cm, HR : 70 x/i, TD : 116/80 mmHg, BB : 64 Kg, RR : 20 x/i.</p> <p>Tanggal 09/01/2025,</p> <p>Hari ke-2</p> <p>Pasien mengalami nyeri post cimino dan doublelumen, berkurangnya muntah dan mual. Dilakukannya pemeriksaan fisik dengan hasil TD: 106/71 mmHg, BB : 64 kg, TB : 155 cm, HR : 86 x/i, RR : 20 x/i, suhu : 36,4.. Pasien telah terpasang cimino, doublelumen dan treeway dengan diagnosa CKD on HD + Hipertriglicerid.</p>		
Saat Akan Pulang Rawat				
3	Konsistensi diagnosa mulai dari saat masuk, CPPT dan pulang pada ringkasan pulang	<p>Kekonsistensian diagnosa mulai dari saat masuk rawat, saat sedang rawat dan saat akan pulang yang terdapat pada formulir ringkasan pasien keluar. Alasan dirawat pasien rencana pemasangan cimino dan double lumen, pasien HD reguler dengan diagnosa CKD on HD + Hipertriglycerida, diberikannya tindakan AV Shunt + Double Lumen dan terapi berupa cefixime, fenofibrate, simarc, dan PCT tab.</p>	✓	


Saat Masuk Rawat


ASSESMEN IGD DEWASA		
Masuk IGD Hari/ Tanggal : 08/01/2025 , Pukul 10:00:47		
Bahasa sehari-hari yang diinginkan : Indonesia		
Agama : Kristen Protestan		
Suku : Batak		
ASSESMEN KEPERAWATAN		
Mulai Asesmen Tanggal : 08/01/2025 , Pukul 10:03:47		
A Keluhan		
pasien rencana pemasangan cimino dan double lumen, pasien hd reguler, hari Selasa dan Jumat		
Alergi :		
Alergi Obat : tidak ada	Bukan Obat : tidak ada	
B Riwayat Pasien		
Apakah ada riwayat penyakit dalam keluarga? (Ayah/ Ibu/ Saudara Kandung/ Kakek/ Nenek), seperti: ckd on hd		
C Riwayat Psikososial		
Status Psikologi :	Cemas,	
Status Biologis :	Menikah	
Status Mental :	Cemas	
Status Sosial		
a. Hubungan pasien dengan anggota keluarga :	Baik	
b. Tempat tinggal :	Rumah	
Status Ekonomi :	Pegawai Swasta	
Status Spiritual yang perlu diperhatikan dalam keluarga :		
a. Agama :	Kristen	
b. Kebiasaan menjalankan ibadah :	Teratur	
Status nilai budaya yang perlu diketahui tenaga kesehatan :-		
D Pemeriksaan Fisik		
Tanda Vital		
Tekanan Darah : 110/85 mmHg	Suhu : 36,1 °C	Pernafasan : 22 x/menit
Nadi : 100 x/menit	Kesadaran Terganggu : Tidak	
Kepala		
a. Pendengaran :	Normal	
b. Penglihatan :	Normal	
c. Hidung :	Normal	
d. Gigi Palsu :	Tidak	
Gastrointestinal		
a. Keluhan perubahan nafsu makan :	Ada, kurang nafsu makan	
b. Pembatasan makanan pantang pedas :	kurangi makan pedas	
c. Penurunan berat badan dalam waktu 3 bulan terakhir :	Tidak	
d. Mual :	Tidak	
e. Muntah :	Tidak	
Eliminasi		
a. Defekasi :	Normal	
b. Miksi :	Normal	
Anus		

ASESMEN MEDIS		
Mulai Asesmen Tanggal : 08/01/2025 , Pukul 10:00:00		
A. Anamnesa (Auto-anamnesa)		
pasien rencana pemasangan cimino dan double lumen, pasien hd reguler, hari Selasa dan Jumat		
Riwayat Penyakit : ckd on hd	Riwayat Penggunaan Obat-Obatan : Riwayat Perawatan / Pengobatan sebelumnya haemodialisa rs imleda	Alergi Obat : Alergi Makanan
B. Pemeriksaan Fisik		
1. Pemeriksaan Umum		
Sensorium : cm	Anemis : -	Berat Badan : 64 Kg
Tekanan Darah : 110/85 mmHg	Iktik : -	Tinggi Badan : 155 CM
Nadi : 100 x/l	Dyspnoe : -	Nafas : 22 x/l
Oedem : -	Suhu : 36,1 °C	
2. Pemeriksaan Khusus		
	Kepala dan Leher	konjungtiva anemis (-) iktik (-)
	Thorax	ronki (-) wheezing (-)
	Abdomen	peristaltik (+) sopele (+)
	Ekstremitas Superior	akral hangat
	Genitalia & Anus	-
	Ekstremitas Inferior	akral hangat
C. Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik		
Pemeriksaan Penunjang yang dilakukan : Laboratorium Dikirim Tgl/Pukul : 2025-01-08 / 10:10:00 WIB Pemeriksaan :	Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-01-08 / 10:10:00 WIB Hasil Pemeriksaan Laboratorium yang perlu diobservasi :	
Radiologi Dikirim Tgl/Pukul : 2025-01-08 / 10:10:00 WIB Pemeriksaan :	Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-01-08 / 10:10:00 WIB Hasil Pemeriksaan Radiologi :	
D. Diagnosa		
Diagnosa Primer	pro cimino dan double lumen a/l ckd on hd	
Diagnosa Sekunder		
E. Penatalaksanaan		
Terapi Cairan		
Terapi Injeksi		
Terapi Oral		
Diet	-	

Saat Sedang Rawat

<p>08/01/2025 21:21:38</p> <p>Ruang Rawat Sakura</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) pasien di jemput dari ruang bedah tiba diruang sakura pukul 17.00 wib nyeri post pemasangan cimino dan dobelumen</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36.8 °C Tinggi Badan : 155 Cm Nadi : 70 x/i Tekanan Darah : 116/80 mmHg, Berat Badan : 64 Kg, Respirasi : 20 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm hd reguler selasa dan jumat cimino (+) doblelumen (+)</p> <p>Assesment (A) : gangguan rasa nyaman</p> <p>Planning (P) beri posisi nyaman kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi</p>	<p>pantau ku dan tv hd reguler selasa dan jumat</p>	
--	-----------------------	---	---	---

<p>09/01/2025 12:00:35</p> <p>Ruang Rawat Sakura</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) nyeri post pemasangan cimino dan dobelumen berkurang mual (-) muntah (-)</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36.4 °C Tinggi Badan : 155 Cm Nadi : 86 x/i Tekanan Darah : 106/71 mmHg, Berat Badan : 64 Kg, Respirasi : 20 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm cimino (+) doblelumen (+) Treeway (+)</p> <p>Assesment (A) : gangguan rasa nyeri mulai teratasi</p> <p>Planning (P) beri posisi nyaman kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi</p>	<p>pantau ku dan tv hd reguler selasa dan jumat</p>	
--	-----------------------	---	---	---

<p>09/01/2025 13:21:56</p> <p>Ruang Rawat Sakura</p>	<p>Dokter</p>	<p>Subyektif (S) keluhan -</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36.5 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 86 x/i Tekanan Darah : 106/71 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 20 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm triglisericid 297</p> <p>Assesment (A) : ckd on hd + hipertriglicerid</p> <p>Planning (P) hd sesuai jadwal fenofibrat 300 mg 1x1</p>	<p>acc pbj</p>	
--	----------------------	---	----------------	---

		dengan konsisten.		
Saat Akan Pulang Rawat				
3	Menganalisis mulai dari pengkajian awal, CPPT sampai ringkasan pulang (<i>Discharge summary</i>)	Kekonsistenan pencatatan pada formulir asesmen IGD, CPPT dan ringkasan pasien keluar yang berisi keluhan pasien, diagnosa, tindakan, dan obat-obatan yang diberikan kepada pasien sudah tercatat dengan konsisten.	✓	

Saat Masuk Rawat

ASSESMEN IGD DEWASA			
Masuk IGD Hari/ Tanggal : 08/01/2025 , Pukul 10:00:47			
Bahasa sehari-hari yang diinginkan : Indonesia			
Agama : Kristen Protestan			
Suku : Batak			
ASSESMEN KEPERAWATAN			
Mulai Asesmen Tanggal : 08/01/2025 , Pukul 10:03:47			
A Keluhan			
pasien rencana pemasangan cimino dan double lumen, pasien hd reguler, hari selasa dan jumat			
Alergi :		Bukan Obat : tidak ada	
Alergi Obat : tidak ada			
B Riwayat Pasien			
Apakah ada riwayat penyakit dalam keluarga? (Ayah/ Ibu/ Saudara Kandung/ Kakek/ Nenek), seperti: ckd on hd			
C Riwayat Psikososial			
Status Psikologi	: Cemas,		
Status Biologis	: Menikah		
Status Mental	: Cemas		
Status Sosial			
a. Hubungan pasien dengan anggota keluarga	: Baik		
b. Tempat tinggal	: Rumah		
Status Ekonomi	: Pegawai Swasta		
Status Spiritual yang perlu diperhatikan dalam keluarga :			
a. Agama	: Kristen		
b. Kebiasaan menjalankan ibadah	: Teratur		
Status nilai budaya yang perlu diketahui tenaga kesehatan : -			
D Pemeriksaan Fisik			
Tanda Vital			
Tekanan Darah : 110/85 mmHg	Suhu : 36,1 °C	Pernafasan : 22 x/menit	
Nadi : 100 x/menit	Kesadaran Terganggu : Tidak		
Kepala			
a. Pendengaran	: Normal		
b. Penglihatan	: Normal		
c. Hidung	: Normal		
d. Gigi Palsu	: Tidak		
Gastrointestinal			
a. Keluhan perubahan nafsu makan	: Ada, kurang nafsu makan		
b. Pembatasan makanan pantang pedas	: kurangi makan pedas		
c. Penurunan berat badan dalam waktu 3 bulan terakhir	: Tidak		
d. Mual	: Tidak		
e. Muntah	: Tidak		
Eliminasi			
a. Defekasi	: Normal		
b. Miksi	: Normal		
Anus			

 RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA	No Reg / RM	: 66360 / 314902	RM 06-a Revisi 05/2020  Halaman - 4
	Nama Pasien	: DELIANA FLORIDA TAMBA	
	Tgl Lahir	: 08/06/1985	
	Jenis Kelamin	: Perempuan	

Orang yang dekat dengan pasien	: Istri/Suami,
j. Pola Hubungan dan Peran	
Hubungan dengan orang lain selama dirawat	: Tidak Terganggu,
Peran didalam keluarga sebagai	: Ibu,
Perannya selama sakit	: Minimal,
k. Pola seksual dan reproduksi	
Jumlah anak	:... Orang
Menikah umur	:... Tahun
Jenis/ Keluhan	:
l. Pola Nilai dan Kepercayaan Yang Diperhatikan Dalam Keluarga	
Pola Nilai dan Kepercayaan Yang Diperhatikan Dalam Keluarga :	<input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur
Nilai/ kepercayaan/ budaya yang perlu diketahui tenaga kesehatan :	
Pantangan makanan/ minuman berkaitan dengan kepercayaan :	

I Skrining Kelompok Resiko Tinggi		
NO	IDENTIFIKASI RESIKO TINGGI	KETERANGAN
1	Apakah pasien memerlukan tindakan beresiko (HD, Kemo, Transfusi)	Ya
2	Apakah pasien mengidap penyakit menular?	Tidak
3	Apakah pasien memiliki resiko mengalami kekerasan fisik sebelum masuk RS (kekerasan rumah tangga, kekerasan pada anak, pemerkosaan dan ditelantarkan)	Tidak
4	Apakah pasien memiliki ketergantungan pada alat bantu hidup?	Ya
5	Apakah pasien kurang orientas?	Tidak
6	Apakah pasien tidak ada penjaga atau pendamping?	Tidak

J Skrining Kebutuhan Edukasi Pasien		
NO	KEBUTUHAN EDUKASI	KETERANGAN
1	Apakah pasien/ keluarga memiliki pengetahuan yang cukup tentang penyakit yang diderita pasien?	Tidak
2	Apakah pasien/ keluarga memerlukan edukasi tentang rencana tindakan yang akan dilakukan pada pasien ?	Ya
3	Apakah pasien/ keluarga memerlukan edukasi tentang resiko terhadap tindakan yang akan dilakukan pada pasien ?	Tidak
4	Apakah pasien/ keluarga memerlukan edukasi tentang proses pembiayaan ?	Tidak
5	Apakah pasien memerlukan penggunaan peralatan medis yang membutuhkan edukasi tentang keamanan dan efektifitas peralatan medis tersebut ?	Ya
6	Apakah pasien/ keluarga memerlukan edukasi tentang pelayanan kesehatan lainnya yang tersedia selain yang disebutkan di atas ?	Tidak
7	Apakah pasien/ keluarga memerlukan edukasi tentang kebutuhan khusus ?	Tidak

K Proses Keperawatan			
NO	TANGGAL	MASALAH KEPERAWATAN	Teratasi (T), Teratasi Sebagian (TS), Tidak Teratasi (TT)
1		Pola nafas tidak adekuat	
2	2025-01-08	Risiko/ aktual gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit	TS

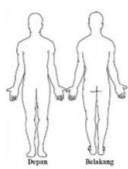
3	2025-01-08	Risiko/ aktual perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	TS
4		Risiko/ aktual infeksi	
5		Risiko gangguan perfusi jaringan	
6	2025-01-08	Gangguan rasa nyaman : nyeri	TS
7		Risiko/ aktual gangguan integritas kulit	
8		Risiko cedera	
9		Kurang pengetahuan orangtua	
10	2025-01-08	Cemas	TS
11		Risiko/ aktual gangguan eliminasi : BAK / BAB	

L Observasi Khusus			
OBSERVASI			
1	Waktu	2025-01-08	
2	Tekanan Darah (TD)	110/85	
3	Nadi (N)	100	
4	Respiratory Rate (RR)	22	
5	Temperatur	36,1	
6	Intake Cairan/ Infus	tidak ada	
7	NGT/ Minum	30cc	
8	Muntah	tidak ada	
9	BAK	50cc	
10	BAB	tidak ada	

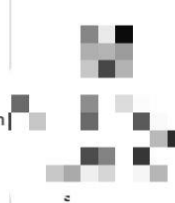
Catatan : pantau ttv os

Selesai Assesmen Hari/ Tanggal, 08/01/2025 , Pukul 10:40:47



ASESMEN MEDIS					
Mulai Asesmen Tanggal : 08/01/2025 , Pukul 10:00:00					
A. Anamnesa (Auto-anamnesa)					
pasien rencana pemasangan cimino dan double lumen, pasien hd reguler, hari selasa dan jumat					
Riwayat Penyakit : ckd on hd	Riwayat Penggunaan Obat-Obatan : Riwayat Perawatan / Pengobatan sebelumnya : haemodialisa rs imleda	Alergi Obat :			
		Alergi Makanan			
B. Pemeriksaan Fisik					
1. Pemeriksaan Umum					
Sensorium	: cm	Anemis	: -	Berat Badan	: 64 Kg
Tekanan Darah	: 110/85 mmHg	Ikterik	: -	Tinggi Badan	: 155 CM
Nadi	: 100 x/i	Dyspnoe	: -	Nafas	: 22 x/i
Oedem	: -	Suhu	: 36,1 °C		
2. Pemeriksaan Khusus					
			Kepala dan Leher	konjungtiva anemis (-) ikterik (-)	
			Thorax	ronki (-) wheezing (-/-)	
			Abdomen	peristaltik (+) sopel (+)	
			Ekstremitas Superior	akral hangat	
			Genitalia & Anus	-	
			Ekstremitas Inferior	akral hangat	
C. Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik					
Pemeriksaan Penunjang yang dilakukan : Laboratorium Dikirim Tgl/Pukul : 2025-01-08 / 10:10:00 WIB Pemeriksaan :			Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-01-08 / 10:10:00 WIB Hasil Pemeriksaan Laboratorium yang perlu diobservasi :		
Radiologi Dikirim Tgl/Pukul : 2025-01-08 / 10:10:00 WIB Pemeriksaan :			Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-01-08 / 10:10:00 WIB Hasil Pemeriksaan Radiologi :		
D. Diagnosa					
Diagnosa Primer	pro cimino dan double lumen a/i ckd on hd				
Diagnosa Sekunder					
E. Penatalaksanaan					
Terapi Cairan					
Terapi Injeksi					
Terapi Oral					
Diet	-				

Saat Sedang Dirawat

08/01/2025 21:21:38 Ruang Rawat Sakura	Perawat	<p>Subyektif (S) pasien di jemput dari ruang bedah tiba diruang sakura pukul 17.00 wib nyeri post pemasangan cimino dan dobelumen</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36.8 °C Tinggi Badan : 155 Cm Nadi : 70 x/i Tekanan Darah : 116/80 mmHg, Berat Badan : 64 Kg, Respirasi : 20 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm hd reguler selasa dan jumat cimino (+) dobelumen (+)</p> <p>Assesment (A) : gangguan rasa nyaman</p> <p>Planning (P) beri posisi nyaman kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi</p>	pantau ku dan ttv hd reguler selasa dan jumat	
---	----------------	--	---	---

09/01/2025 12:00:35	Perawat	<p>Subyektif (S) nyeri post pemasangan cimino dan dobelumen berkurang mual (-) muntah (-)</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36.4 °C Tinggi Badan : 155 Cm Nadi : 86 x/i Tekanan Darah : 106/71 mmHg. Berat Badan : 64 Kg, Respirasi : 20 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm cimino (+) dobelumen (+) Treeway (+)</p> <p>Assesment (A) : gangguan rasa nyeri mulai teratasi</p> <p>Planning (P) beri posisi nyaman kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi</p>	pantau ku dan tv hd reguler selasa dan jumat
------------------------	---------	--	---

09/01/2025 13:21:56	Dokter	<p>Subyektif (S) keluhan -</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36.5 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 86 x/i Tekanan Darah : 106/71 mmHg. Berat Badan : - Kg, Respirasi : 20 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm triglisericid 297</p> <p>Assesment (A) : ckd on hd + hipertriglicerid</p> <p>Planning (P) hd sesuai jadwal fenofibrat 300 mg 1x1</p>	acc pbj
------------------------	--------	---	---------

Saat Pulang Rawat

Tanggal Masuk	08/01/2025 / 10:00:00 WIB	RINGKASAN PASIEN KELUAR (DISCHARGE SUMMARY)
Tanggal Keluar	09/01/2025 / 15:00:00 WIB	
Ruangan/Kelas	Ruang Rawat Sakura / Kelas III	
Alasan Pasien Di Rawat	Rencana pemasangan cimino dan double lumen	
Anamnese	Pasien rencana pemasangan cimino dan double lumen, pasien HD reguler, hari selasa dan jumat.	
Pemeriksaan Fisik	Suhu : 36.1 °C Tinggi Badan : 155 Cm Nadi : 100 x/i Tekanan Darah : 110/85 mmHg, Berat Badan : 64 Kg, Respirasi : 22 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : CM - Abdomen : Soepel peristaltik(+) - Ekstremitas Superior : Akral hangat(+) - Ekstremitas Inferior : Akral hangat(+)	
Pemeriksaan Penunjang	Tgl. 08/01/2025 : - Profil lipid->Cholestrol total : 243 mg/dl, HDL cholestrol : 50 mg/dl, LDL cholestrol : 133 mg/dl, Triglycerida : 297 mg/dl.	
Diagnosa Masuk	[REDACTED]	
Pengobatan dan Tindakan	Pengobatan : - - TINDAKAN : AV SHUNT + DOUBLE LUMEN	
Perkembangan selama dirawat	Tgl. 08/01/2025 Sesuai operasi dan ruang bedah ada diruang sakura dengan Nyeri post pemasangan cimino dan dobelumen(+), TD : 116/80 mmHg, HR : 70x/i, RR : 20x/i, Temp : 36.8°C. Tgl. 09/01/2025 Nyeri post pemasangan cimino dan dobelumen ber(-), mual(-), muntah(-), TD : 106/71 mmHg, HR : 70x/i, RR : 20x/i, Temp : 36.5°C. Pasien boleh PBJ.	
Diagnosa Akhir	CKD on HD + Hipertriglycerida	
Kondisi Pasien dan Obat-Obatan Yang di Bawa Saat Pasien Pulang	<p>DP Lemah :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CEFIXIME 100 MG CAP - FENOFIBRATE 300 CAP - NOTISIL / SIMARC 2 MG TAB - PARACETAMOL TAB 	
Instruksi Tindak Lanjut	Kontrol ke haemodialisa Tgl : 14/01/2025	
Edukasi	<ul style="list-style-type: none"> - Makan makanan yang bergizi - Banyak istirahat - Hindari sitres - Konsumsi obat sesuai aturan dokter - Kontrol sesuai jadwal 	
	Medan, 09/01/2025 / 15:00:00 WIB DPJP	Diketahui Oleh Pasien / Keluarga
	[REDACTED]	(Nama & Tanda Tangan)

Komponen 3 Review Penjelasan dan Konfirmasi Pengobatan yang Dilakukan

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Adanya Konsistensi Pencatatan	K	TK
Keselamatan Pasien				
1	Konsistensi skor dan kategori ketergantungan pada Skrinning risiko cedera/ jatuh	Pada skrinning risiko cedera/ jatuh memiliki kriteria tingkat risiko terapi infus dengan skor 25 dan cara berjalan/berpindah dengan skor 15. Untuk total skor 0-24 yaitu risiko rendah, 25-50 yaitu risiko sedang, >50 risiko tinggi sehingga Ny. D masuk kedalam kategori risiko sedang.	✓	
Tatalaksana Medis				
1	Konsistensi Instruksi dan Pelaksanaan Pemberian Obat	Pada tanggal 08-01-2025 pukul 17:00 tercatat pemberian obat cefixime, paracetamol dan simarc. Pada tanggal 09-01-2025 tercatat pemberian obat yang sama pada hari sebelumnya.	✓	
2	Konsistensi Instruksi dan pelaksanaan penghentian/ penggantian obat	Tidak terdapat pencatatan instruksi penghentian/ penggantian pemberian obat pada Ny. D.		✓
3	Konsistensi Instruksi dan pelaksanaan pemeriksaan penunjang	Instruksi dan pelaksanaan pemeriksaan penunjang terdapat pada formulir IGD, Asesmen Medis dan CPPT. Pemasangan Cimino dan Double Lumen pada tanggal 08-01-2025	✓	

Skrinning Risiko Cedera/ Jatuh

F Skrining Resiko Jatuh			
DEWASA (Penilaian Skala Resiko Jatuh Morse Falls Scale / MFS)			
NO	TINGKAT RESIKO	URAIAN	SKOR
1	Riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	Tidak Ada	0
2	Alat bantu jalan	Bed Rest/Kursi Roda/Tidak ada	0
3	Terapi Intra Vena (IV)	Ada	25
4	Cara berjalan/berpindah	Lamah	15
5	Status mental	Orientasi sesuai kemampuan	0
TOTAL SKOR			40
Catatan : Bila Nilai Total : 0-24 => Resiko Rendah, 25-50 => Resiko Sedang, >50 => Resiko Tinggi			

Pelaksanaan Pemberian Obat

FORMULIR JADWAL PEMBERIAN OBAT															Revisi 02/2019				
1x1 = per 24 jam	4x1 = per 6 jam																		
2x1 = per 12 jam	5x1 = per 5 jam																		
3x1 = per 8 jam	6x1 = per 4 jam																		
Hari/Tanggal :		Jadwal Pemberian Obat										Ruangan :							
No	Nama Obat dan Dosis	Aturan Pakai	Tanggal	Ber-bentuk	I			II			III			IV			V		
					TT1	TT2	P/K	TT1	TT2	P/K	TT1	TT2	P/K	TT1	TT2	P/K	TT1	TT2	P/K
1	Cefpr Kuni 200mg		18-04	tblt															
2	Pan Cephamol 3x 500mg		18-04	tblt															
3	Simvast 1x 20mg		18-04	tblt															
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			

Keterangan :
 CA : Nama/No. Kamar Rawat Inap TT1 : Nama/Tanda Tangan I TT2 : Nama/Tanda Tangan II P/K : Nama/Tanda Tangan Pasien/Keluarga Halaman 1/2

FORMULIR JADWAL PEMBERIAN OBAT															Revisi 02/2019				
1x1 = per 24 jam	4x1 = per 6 jam																		
2x1 = per 12 jam	5x1 = per 5 jam																		
3x1 = per 8 jam	6x1 = per 4 jam																		
Hari/Tanggal :		Jadwal Pemberian Obat										Ruangan :							
No	Nama Obat dan Dosis	Aturan Pakai	Tanggal	Ber-bentuk	I			II			III			IV			V		
					TT1	TT2	P/K	TT1	TT2	P/K	TT1	TT2	P/K	TT1	TT2	P/K	TT1	TT2	P/K
1	Cefixime 200mg			tblt															
2	PCT 300mg		19-04	tblt															
3	Simvast 1x 20mg			tblt															
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			

Keterangan :
 CA : Nama/No. Kamar Rawat Inap TT1 : Nama/Tanda Tangan I TT2 : Nama/Tanda Tangan II P/K : Nama/Tanda Tangan Pasien/Keluarga Halaman 1/2

Pelaksanaan Pemeriksaan Penunjang

09/01/2025 13:21:56 Ruang Rawat Sakura	Dokter	Subyektif (S) keluhan -	acc pbj
		Obyektif (O) Suhu : 36.5 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 86 x/i Tekanan Darah : 106/71 mmHg. Berat Badan : Respirasi : 20 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm trigliserid 297	
		Assesment (A) : ckd on hd + hipertriglicerid	
		Planning (P) hd sesuai jadwal fenofibrat 300 mg 1x1	

Komponen 4 Review Pencatatan Surat Persetujuan/ Penolakan Tindakan Kedokteran (SPTK)

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Pencatatan yang Konsisten	K	TK
Bagian Pemberian Informasi				
1	a. Jenis Informasi b. Isi Informasi	Konsistensi pada formulir persetujuan tindakan kedokteran yang berisi tentang diagnosa, tindakan yang dilakukan, tujuan, resiko dan komplikasi sudah sesuai dan lengkap yang dijelaskan oleh dokter kepada pasien dan sudah terdapat tanda tangan oleh dokter yang menjelaskan informasi dan tanda tangan pasien yang menerima informasi oleh dokter.	✓	
Bagian Kesetujuan/ Penolakan Tindakan Kedokteran				
1	a. Diagnosa b. Tindakan	Konsistensi formulir persetujuan/penolakan tindakan kedokteran yang berisikan persetujuan dengan informasi tindakan yang sudah di jelaskan dokter dan sudah tanda tangan oleh dokter dan pasien	✓	

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi / Pemberi Persetujuan			
NO	Jenis Informasi	Isi Informasi	Check List (v)
1	Diagnosis (WD & DD)	CKA DRS 119	
2	Dasar Diagnosis	teknis & bond	
3	Tindakan Kedokteran	Rencana di Jantung & COL (R)	
4	Indikasi Tindakan	kefeg 110	
5	Tata cara	DDP	
6	Tujuan	AKOR 119	
7	Risiko	pendarahan	
8	Komplikasi	2 Jamb	
9	Prognosis	baik	
10	Alternatif & Risiko	AKOR 119	
11	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi.		Dokter	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dan telah memahami sebagaimana disebut diatas, dan telah saya beri check list (v) pada kolom disebelahnya.		Tanda Tangan Pasien/Keluarga	
PEMBERIAN PERSETUJUAN			
Yang bertanda tangan dibawah ini, nama _____, umur _____ tahun, jenis kelamin : laki-laki / perempuan, alamat : <u>ke II BLW Sidanang</u> dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan <u>CIMINO</u>			
saya/orangtua/suami/istri/anak/saudara _____ saya bernama _____ terlah _____ umur <u>39</u> tahun, jenis kelamin : laki-laki / perempuan, alamat : _____			
Saya memahami perlunya manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, terdapat risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut dilakukan. Saya bertanggung jawab secara penuh terhadap segala akibat yang mungkin timbul dengan dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.			
Medan, tanggal <u>8/01/25</u> , Pukul <u>10.00</u> WIB.			
Yang Menyatakan		Saksi,	

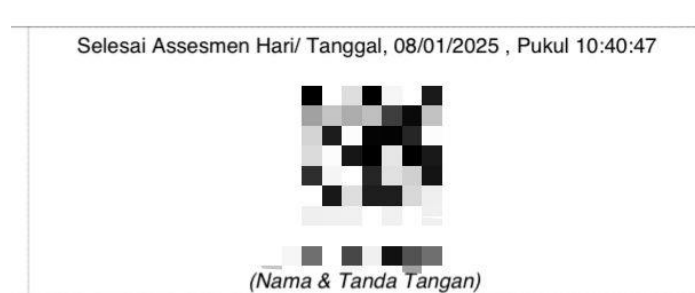
*) Lingkari yang sesuai

Komponen 5 Review Praktik Pendokumentasian

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Praktik Pencatatan yang Konsisten	K	TK
Waktu Pencatatan				
1	Saat baru masuk rawat a. Dokter b. Perawat	Kekonsistenan pada asesmen IGD lengkap tanggal dan jam oleh dokter maupun perawat.	✓	
2	Saat sedang dirawat a. Dokter b. Perawat	Kekonsistenan pada CPPT dan informed consent yang berisikan tanggal dan waktu pencatatan oleh dokter dan perawat sudah tercatat lengkap.	✓	
3	Saat akan pulang a. Dokter b. Perawat	Kekonsistenan pencatatan tanggal dan waktu pada resume medis pasien tercatat dengan lengkap oleh dokter dan perawat.	✓	

Keterbacaan dan Kebermaknaan				
1	Saat baru masuk rawat a. Dokter b. Perawat	Keterbacaan dan kebermaknaan pada asesmen IGD dan asesmen medis rawat inap oleh dokter dan perawat dapat dimengerti sehingga konsisten	✓	
2	Saat sedang dirawat a. Dokter b. Perawat	Keterbacaan dan kebermaknaan pada CPPT dan informed consent yang diisi oleh dokter dan perawat dapat dibaca dan dimengerti sehingga konsisten		✓
3	Saat akan pulang a. Dokter b. Perawat	Keterbacaan dan kebermaknaan pada ringkasan pasien pulang dapat dimengerti sehingga konsisten.	✓	

Waktu Pencatatan



segala akibat yang mungkin timbul dengan dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.

Medan, tanggal 8/01/25, Pukul 10.11 WIB.

Yang Menyatakan _____ Saksi, _____

*) Lingkari yang sesuai

Keterbacaan dan Kebermaknaan

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi / Pemberi Persetujuan			
NO	Jenis Informasi	Isi Informasi	Check List (v)
1	Diagnosis (WD & DD)	CKD GRS 1-2	
2	Dasar Diagnosis	teknik & prosedur	
3	Tindakan Kedokteran	Renal dialisis + COL (R)	
4	Indikasi Tindakan	skema 1-2	
5	Tata cara	SDP	
6	Tujuan	skema 1-2	
7	Risiko	pendarahan	
8	Komplikasi	kegagalan	
9	Prognosis	stabil	
10	Alternatif & Risiko	obat-obatan	
11	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi.		Dokter	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dan telah memahami sebagaimana disebut diatas, dan telah saya beri check list (v) pada kolom disebelahnya.		Tanda Tangan Pasien/Keluarga	
PEMBERIAN PERSETUJUAN			
Yang bertanda tangan dibawah ini, nama _____, umur _____ tahun, jenis kelamin : laki-laki/perempuan, alamat : <u>He II BLW Cibeunang</u> dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan <u>CIMINDO</u> terdapat			
saya/orangtua/suami/istri/anak/saudara _____ saya, bernomor _____ umur <u>39</u> tahun, jenis kelamin : laki-laki / perempuan, alamat : _____			
Saya memahami perlunya manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, terdapat risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut dilakukan. Saya bertanggung jawab secara penuh terhadap segala akibat yang mungkin timbul dengan dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.			
Medan, tanggal <u>8/01/2025</u> , Pukul <u>10.00</u> WIB.		Saksi,	
Yang Menyatakan			

*) Lingkari yang sesuai

Komponen 6 Review Hal-hal yang Berpotensi Tuntutan/Kompensasi Ganti Rugi

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Pencatatan Kejadian Penting	A	TA
Saat Masuk Rawat				
1	Masuk RS kembali dengan kasus yang sama <2 hari	Pasien tidak ada masuk RS dengan kasus yang sama selama <2 hari		✓
Saat Sedang Rawat				
1	Komplikasi masalah pengobatan: Reaksi alergi obat/ transfuse, infeksi sesudah masuk, infeksi sesudah operasi	Tidak ada alergi/infeksi		✓

2	Komplikasi masalah perawatan : decubitus, infeksi, infus dan lainnya.	Tidak ada decubitus, infeksi dan infus		✓
3	Tindakan yang dilakukan : Prosedur batal yang dilakukan, masuk OK 2x, masuk ICU 2x, masuk ICU tanpa rencana	Tidak ada prosedur tindakan yang batal dilakukan		✓
Saat Akan Pulang Rawat				
1	Pulang paksa/ pasien pindah bukan alasan administrasi	Pasien berobat jalan dengan membaik		✓

KASUS 4

Nama : Tn. J

No. RM : 3167xx

Komponen 1 Review Kekonsistensian Diagnosa dan Tindakan

No	Lembaran RM yang ada catatan diagnosis dan tindakan	Diagnosis dan tindakan yang dicatat	K	TK
Saat Masuk Rawat				
1	Konsistensi diagnosa pada surat rujukan/pengantar rawat, pengkajian awal perawat dan dokter	Kekonsistenan diagnosa saat masuk rawat pada Formulir Assesmen IGD pasien mengalami sesak nafas dan wajah pucat selama 1 minggu, sesak nafas memberat sudah 3 hari, sesak nafas bertambah bila berjalan, wajah pucat terlihat selama 1 minggu, tidak ada riwayat BAB/muntah hitam, kaki bengkak dan BAK sedikit selama 3 hari dengan hasil pemeriksaan fisik TD : 125/62 mmHg, HR : 86 x/i, Suhu : 36,8, RR : 32 x/i, BB : 58 kg dan TB : 160 cm dan hasil pemeriksaan penunjang laboratorium Hemoglobin 8.0 g/dL, Leukosit 13.3 ribu/uL, KGD 323 mg/dL, Ureum 210 mg/dL, Creatinin 5.80 mg/dL, Natrium 129 mmol/L, AGDA pH 7.24, HCO3 10.6 mmol/L, PCO2 23.3 mmHg. Pasien merupakan pasien rujukan dari RS Porsea. Maka dokter memperkirakan diagnosa kerja yaitu Oedem paru pada Akut on CKD +	✓	

		Urtemic Encephalopathy + Ketoacidosis Diabetic + Pneumonia.		
Saat Sedang Dirawat				
2	Konsistensi diagnosa pada CPPT hari pertama sampai hari terakhir rawat	<p>Tanggal 15/01/2025 Hari Pertama 07:05 wib</p> <p>Pasien mengalami sesak nafas berat dan gelisah. Dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil Suhu : 36,5 °C, HR : 62 x/i, TD : 99/47 mmHg, BB : TDT Kg, RR : 38 x/i, GCS (E,V,M) : 8, pasien tampak penurunan kesadaran UFG : 1 L, QB : 150 – 180, TIME : 2,5 jam, SPO2 : 86 % akses HD via CDL + full heparin, pasien dilakukan HD berjalan 40 menit pasien henti nafas, HD di stop, 10 menit kemudian pasien exit.</p> <p>16:06 wib</p> <p>Pasien dalam keadaan apnea. Dilakukannya RJP 5 siklus 45 menit dan diberikan terapi inj. Epineprin, inj. SA dengan diagnosa Cardiac Arrest, Oedem Paru pada Acute on CKD, Uremic Encephalopathy, KAD, Pneumonia.</p>	✓	
Saat Akan Pulang Rawat				
3	Konsistensi diagnosa mulai dari saat masuk, CPPT dan pulang pada ringkasan pulang	<p>Kekonsistensian diagnosa mulai dari saat masuk rawat, saat sedang rawat dan saat akan pulang yang terdapat pada formulir ringkasan pasien keluar. Alasan dirawat pasien mengalami sesak nafas dan wajah pucat selama 1 minggu, sesak nafas memberat sudah 3 hari, sesak nafas bertambah bila berjalan, tidak ada riwayat BAB/muntah hitam, kaki bengkak dan BAK sedikit sudah 3 hari dengan diagnosa Acute on CKD ec DN dengan Uremic Encephalopathy + Oedem Paru dan Asidosis Metabolik + Pneumonia + DM Thype II, diberikannya tindakan trilumen dan hemodialisa serta terapi berupa inj atropin, inj ceftriaxone, inj epinephrin, inj lidocain, meylon, inf nacl, dan novorapid flex pen.</p>	✓	



Saat Masuk Rawat

ASSESMEN IGD DEWASA		
Masuk IGD Hari/ Tanggal : 15/01/2025 , Pukul 10:50:28		
Bahasa sehari-hari yang diinginkan : Indonesia		
Agama : Kristen Protestan		
Suku : Batak Toba		
ASSESMEN KEPERAWATAN		
Mulai Asesmen Tanggal : 15/01/2025 , Pukul 10:50:28		
A	Keluhan	
	Rujukan RS Porsea tiba dengan sesak nafas dan wajah pucat selama 1 minggu. Sesak nafas memberat 3 hari ini. Sesak nafas bertambah bila berjalan. Wajah pucat terlihat selama 1 minggu. Tdk ada riwayat BAB/muntah hitam.Kaki bengkak dan BAK sedikit dalam 3 hari ini. Lemas +, mual +,	
	Alergi : Alergi Obat : -	Bukan Obat : -
B	Riwayat Pasien	
	Apakah ada riwayat penyakit dalam keluarga? (Ayah/ Ibu/ Saudara Kandung/ Kakek/ Nenek), seperti: CKD	
C	Riwayat Psikososial	
	Status Psikologi	: Takut,
	Status Biologis	: Menikah
	Status Mental	: Baik
	Status Sosial	
	a. Hubungan pasien dengan anggota keluarga	: Baik
	b. Tempat tinggal	: Rumah
	Status Ekonomi	: Tidak Bekerja
	Status Spiritual yang perlu diperhatikan dalam keluarga :	
	a. Agama	: Kristen
	b. Kebiasaan menjalankan ibadah	: Teratur
	Status nilai budaya yang perlu diketahui tenaga kesehatan : -	
D	Pemeriksaan Fisik	
	Tanda Vital	
	Tekanan Darah : 125/62 mmHg	Suhu : 36,8 °C Pernafasan : 32 x/menit
	Nadi : 86 x/menit	Kesadaran Terganggu : Tidak
	Kepala	
	a . Pendengaran	: Normal
	b . Penglihatan	: Normal
	c . Hidung	: Normal
	d . Gigi Palsu	: Tidak
	Gastrointestinal	
	a . Keluhan perubahan nafsu makan	: Ada, kurang nafsu makan
	b . Pembatasan makanan pantang pedas : Pantang Lemak	
	c . Penurunan berat badan dalam waktu 3 bulan terakhir : Tidak	
	d . Mual	: Ya
	e . Muntah	: Tidak
	Eliminasi	
	a. Defekasi	: Normal
	b. Miksi	: Sedikit

ASESMEN MEDIS					
Mulai Asesmen Tanggal : 15/01/2025 , Pukul 10:50:00					
A. Anamnesa (Allo-anamnesa)					
Rujukan RS Porsea tiba dengan sesak nafas dan wajah pucat selama 1 minggu. Sesak nafas memberat 3 hari ini. Sesak nafas bertambah bila berjalan. Wajah pucat terlihat selama 1 minggu. Tdk ada riwayat BAB/muntah hitam. Kesadaran mulai menurun sejak pagi ini. Batuk darah -. Kaki bengkak dan BAK sedikit dalam 3 hari ini. Lemas +, mual +, muntah -.					
Riwayat Penyakit : CKD	Riwayat Penggunaan Obat-Obatan : Inj Furosemide Murni 1cc/jam, Inj OMZ 1 amp/hari Riwayat Perawatan / Pengobatan sebelumnya : RSUD Porsea				
	Alergi Obat : -- Alergi Makanan --				
B. Pemeriksaan Fisik					
1. Pemeriksaan Umum					
Sensorium	: Apatis	Anemis	: +	Berat Badan	: 58 Kg
Tekanan Darah	: 125/62 mmHg	Iktirik	: -	Tinggi Badan	: 160 CM
Nadi	: 86 x/i	Dyspnoe	: +	Nafas	: 32 x/i
Oedem	: +	Suhu	: 36,8 °C		
2. Pemeriksaan Khusus					
Kepala dan Leher	pembesaran kelenjar -.				
Thorax	simteris, ronchi +/+, ronchi basal +/-.				
Abdomen	ascites -, nyeri epigastric +.				
Ekstremitas Superior	Ruam -, oedem -.				
Genitalia & Anus	Cateter terpasang UOP di selang				
Ekstremitas Inferior	Oedem +.				
C. Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik					
Pemeriksaan Penunjang yang dilakukan : Laboratorium Dikirim Tgl/Pukul : 2025-01-15 / 11:05:00 WIB Pemeriksaan : DL KGD Elektrolit UR Cr AGDA Radiologi Dikirim Tgl/Pukul : 2025-01-15 / 11:15:00 WIB Pemeriksaan : EKG	Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-01-15 / 12:10:00 WIB Hasil Pemeriksaan Laboratorium yang perlu diobservasi : Hb 8,0 Leucocyt 13300 Trombocyt 163000 KGD random 323 Ur 210 Cr 5,80 Na 129 K 4,0 Cl 100 AGDA pH 7,264 HCO3 10,6 Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-01-15 / 11:35:00 WIB Hasil Pemeriksaan Radiologi : EKG :				
D. Diagnosa					
Diagnosa Primer	Oedem paru pd Akut on CKD + Urtemic Encephalopathy + Ketoacidosis Diabetic + Pneumonia				
Diagnosa Sekunder	--				
E. Penataklasaan					

Terapi Cairan	Na Cl 0,9 10 tpm, + Meylon 4 flaqon dalam 400 cc NaCl 0,9 >> on HD
Terapi Injeksi	Inj Ceftriaxone 1 gr, Inj Novorapid 6 unit
Terapi Oral	--
Diet	MB
F. Tindak Lanjut Pelayanan	
<input type="checkbox"/> Rawat Jalan	<input checked="" type="checkbox"/> Rawat Inap : Intensive Care Unit (ICU)
<input checked="" type="checkbox"/> Konsul DPJP :	
Dirujuk ke Rumah Sakit Lain	--
Alasan dirujuk	--
G. Edukasi Pasien & Keluarga	
berdoa	
Selesai Asesmen Hari/ Tanggal : 15/01/2025, Pukul : 13:10:00 WIB	

Saat Sedang Rawat

<p>15/01/2025 14:03:56</p> <p>Intensive Care Unit (ICU)</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) perawat igd mengataka os sesak nafas berat (+)</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36,5 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 102 x/i Tekanan Darah : 171/75 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 30 x/i GCS (E,V,M) : 8, Kesadaran : somnolen os lemah , sesak nafas (+) , o2 nrm 15lm , penurunan kesadaran</p> <p>Assesment (A) : - gangguan fungsi ginjal - gangguan pola nafas - resiko infeksi</p> <p>Planning (P) - panatau ku dan ttv - pantau intake output - berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi</p>	<p>- pantau ku dan ttv - subtitusi meylon 4 flacon dalam 400cc nacl 0,9% - cdl telah terpasang oleh dr aswadi sp.bv (+)</p>	
<p>15/01/2025 15:05:00</p> <p>Intensive Care Unit (ICU)</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) perawat icu mengatakan os sesak nafas berat (+), gelisah (+), k/u os buruk</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36,5 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 62 x/i Tekanan Darah : 99/47 mmHg, Berat Badan : TDT Kg, Respirasi : 38 x/i GCS (E,V,M) : 8, Kesadaran : somnolen os tampak penurunan kesadaran IDWG : kg UFG : 1 L QB : 150 - 180 TIME : 2,5 jam SPO2 : 86 % AKSES HD VIA CDL + FULL HEPARIN</p> <p>POST HD ; TD : mmHg BB : kg</p> <p>Assesment (A) : - Gangguan pola nafas inefektif - Gangguan filtrasi ginjal - Resiko tinggi infeksi</p> <p>Planning (P) - Pantau pola nafas inefektif - Pantau intake output cairan - Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therapy</p>	<p>os hd berjalan 40 menit os henti nafas. hd di stop. 10 menit kemudian os exit dr. lili syarif sp.PD sudah tau.</p>	

Saat Pulang Rawat

Tanggal Masuk	15/01/2025 / 10:50:00 WIB	RINGKASAN PASIEN KELUAR (DISCHARGE SUMMARY)
Tanggal Keluar	15/01/2025 / 16:05:00 WIB	
Ruangan/Kelas	Intensive Care Unit (ICU) / Kelas I	
Alasan Pasien Di Rawat	Sesak nafas (+), pucat (+), kaki bengkak (+), Bak sedikit (+), mual (+).	
Anamnese	Pasien rujukan dari Rs Porsea dengan sesak nafas dan wajah pucat selama 1 minggu, sesak nafas memberat 3 hari ini, sesak nafas bertambah bila berjalan, wajah pucat terlihat selama 1 minggu, kesadaran mulai menurun sejak pagi ini, kaki bengkak dan Bak sedikit dalam 3 hari ini, lemas (+), mual (+), riwayat penyakit CKD.	
Pemeriksaan Fisik	Suhu : 36.8 °C Tinggi Badan : 160 Cm Nadi : 86 x/i Tekanan Darah : 125/62 mmHg, Berat Badan : 58 Kg, Respirasi : 32 x/i Kesadaran : apatis Oedem : (+), Anemis : (+), Dyspnoe : (+) Thorax : simetris, ronchi (++) , ronchi basal (++) Abdomen : nyeri epigastrik (+) Genitalia & anus : kateter dipasang UOP diselang Ekstremitas inferior : oedem (+).	
Pemeriksaan Penunjang	Tgl 15/01/2025 - Darah lengkap -> Hemoglobin : 8.0 g/dl, Leukosit : 13.3 *3/uL, Hematokrit : 21.9%, Eritrosit : 2.52 juta/mm3 - Glukosa ad random : 323 Mg/dl - Elektrolit lengkap -> Natrium : 129 mmol/L - Analisa gas darah -> pH : 7.264, pco2 : 23.3 mmHg, po2 : 165 mmHg, hco3 : 10.6 mmol/L, co2 total : 11.4 mmol/L, base excess : -16.6 mmol/L - Faal ginjal -> Ureum : 210 Mg/dl, Creatinin : 5.80 Mg/dl.	
Diagnosa Masuk	Acute on CKD ec DN dengan Uremic Encephalopathy + Oedem Paru dan Asidosis Metabolik + Pneumonia	
Pengobatan dan Tindakan	- Pengobatan : atropin 0,25 mg inj; ceftriaxone 1 gr inj; epinephrin 1 mg inj; lidocain inj ; meylon 84 % amp; nacl 0,9% 500 ml inf, novorapid flex pen. - Tindakan : Pemasangan Trilumen (tgl 15/01/2025), HD (tgl 15/01/2025)	
Perkembangan selama dirawat	- Tgl 15/01/2025 : pasien baru dari Igd tiba diruangan Icu dengan keluhan sens : samnolen, sesak nafas (+), o2 nrm 15 lpm, kaki bengkak (+), mual (-), TD : 171/75 mmHg, HR : 102 x/i, RR : 30 x/i, T : 36.5 c, inj novorapide 6 unit, meylon 4 flc dalam 400 nacl 0,9% on HD, pukul 13.00 wib telah dilakukan pemasangan Trilumen -> HD hari ini pukul 15.15 wib -> berjalan 40 menit pasien henti nafas -> HD di stop, pukul 15.55 wib pasien apnoem TD (-), HR (-), RR (-), rjp 5 siklus + inj epineprin -> rjp 5 siklus -> respon (-), pupil dilatasi maksimal, refleks cahaya (-), pasien dinyatakan meninggal dunia pukul 16.05 wib dihadapan dokter, perawat dan keluarga pasien.	
Diagnosa Akhir	Acute on CKD ec DN dengan Uremic Encephalopathy + Oedem Paru dan Asidosis Metabolik + Pneumonia + DM Thype II	
Kondisi Pasien dan Obat-Obatan Yang di Bawa Saat Pasien Pulang	Meninggal dunia	
Instruksi Tindak Lanjut	Tidak ada	
Edukasi	-	

Komponen 2 Review Kekonsistensian Pencatatan Klinis

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Pencatatan dan SOAP yang Konsisten	K	TK
Saat Masuk Rawat				
1	Konsistensi pencatatan di pengkajian awal perawatan rawat inap dan pengkajian awal medis rawat inap	Kekonsistenan saat masuk rawat pada formulir asesmen IGD dan asesmen medis rawat inap pasien mengalami sesak nafas dan wajah pucat selama 1 minggu, sesak nafas memberat sudah 3 hari, sesak nafas bertambah bila berjalan, tidak ada riwayat BAB/muntah	✓	

		hitam, kaki bengkak dan BAK sedikit sudah 3 hari ini, dilakukannya pemeriksaan fisik dan diberikannya tindakan pemasangan CDL dan hemodialisa serta pemberian terapi kepada pasien.		
Catatan dokter dan perawat saat sedang dirawat				
2	Konsistensi Pencatatan di Catatan Perkembangan Pasien oleh dokter dan perawat dari hari pertama sampai pulang.	Kekonsistenan pencatatan SOAP pada formulir CPPT dihari pertama pasien dirawat pada tanggal 15-01-2025 sampai pasien meninggal dunia pada tanggal 15-01-2025 dan informed consent sudah tercatat dengan konsisten.	✓	
Saat Akan Pulang Rawat				
3	Menganalisis mulai dari pengkajian awal, CPPT sampai ringkasan pulang (<i>Discharge summary</i>)	Kekonsistenan pencatatan pada formulir asesmen IGD, CPPT dan ringkasan pasien keluar yang berisi keluhan pasien, diagnosa, tindakan, dan obat-obatan yang diberikan kepada pasien sudah tercatat dengan konsisten.	✓	

Saat Masuk Rawat

ASSESMEN IGD DEWASA		
Masuk IGD Hari/ Tanggal : 15/01/2025 , Pukul 10:50:28		
Bahasa sehari-hari yang diinginkan : Indonesia		
Agama : Kristen Protestan		
Suku : Batak Toba		
ASSESMEN KEPERAWATAN		
Mulai Asesmen Tanggal : 15/01/2025 , Pukul 10:50:28		
A Keluhan		
Rujukan RS Porsea tiba dengan sesak nafas dan wajah pucat selama 1 minggu. Sesak nafas memberat 3 hari ini. Sesak nafas bertambah bila berjalan. Wajah pucat terlihat selama 1 minggu. Tdk ada riwayat BAB/muntah hitam.Kaki bengkak dan BAK sedikit dalam 3 hari ini. Lemas +, mual +,		
Alergi :		
Alergi Obat : -		Bukan Obat : -
B Riwayat Pasien		
Apakah ada riwayat penyakit dalam keluarga? (Ayah/ Ibu/ Saudara Kandung/ Kakek/ Nenek), seperti: CKD		
C Riwayat Psikososial		
Status Psikologi	: Takut,	
Status Biologis	: Menikah	
Status Mental	: Baik	
Status Sosial		
a. Hubungan pasien dengan anggota keluarga	: Baik	
b. Tempat tinggal	: Rumah	
Status Ekonomi	: Tidak Bekerja	
Status Spiritual yang perlu diperhatikan dalam keluarga :		
a. Agama	: Kristen	
b. Kebiasaan menjalankan ibadah	: Teratur	
Status nilai budaya yang perlu diketahui tenaga kesehatan : -		
D Pemeriksaan Fisik		
Tanda Vital		
Tekanan Darah : 125/62 mmHg	Suhu : 36,8 °C	Pernafasan : 32 x/menit
Nadi : 86 x/menit	Kesadaran Terganggu : Tidak	
Kepala		
a . Pendengaran	: Normal	
b . Penglihatan	: Normal	
c . Hidung	: Normal	
d . Gigi Palsu	: Tidak	
Gastrointestinal		
a . Keluhan perubahan nafsu makan	: Ada, kurang nafsu makan	
b . Pembatasan makanan pantang pedas : Pantang Lemak		
c . Penurunan berat badan dalam waktu 3 bulan terakhir : Tidak		
d . Mual	: Ya	
e . Muntah	: Tidak	
Eliminasi		
a. Defekasi	: Normal	
b. Miksi	: Sedikit	

Anus	
Hemoroid	: Tidak Ada
Genitalia	
Perdarahan	:
a. Pengeluaran Lochea	: -
b. Luka Episiotomi	: -
Integumen	
a. Warna Kulit	: Pucat
b. Luka	: Tidak Ada
Muskuloskeletal	
Kelainan Tulang	: Tidak Ada
E Skrining Nyeri - Skala Nyeri VAS (Visual Analog Scale)	
Apakah pasien mengalami nyeri 7: Ya	
(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	
Skor/Nilai <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 3 : Nyeri Ringan	

F Skrining Resiko Jatuh			
DEWASA (Penilaian Skala Resiko Morse Falls Scale / MFS)			
NO	TINGKAT RESIKO	URAIAN	SKOR
1	Riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	Tidak Ada	0
2	Alat bantu jalan	Furniture	30
3	Terapi Intra Vena (IV)	Tidak ada	0
4	Cara berjalan/berpindah	Terganggu	30
5	Status mental	Lupa keterbatasan diri	15
TOTAL SKOR			75
Catatan : Bila Nilai Total : 0-24 => Resiko Rendah, 25-50 => Resiko Sedang, >50 => Resiko Tinggi			

G Skrining Resiko Nutrisional		
NO	KRITERIA	KETERANGAN
1	Apakah IMT < 18,5 kg/m ² atau LLA < 25 cm untuk wanita dan LLA < 26,3 cm untuk pria?	Tidak
2	Apakah pasien kehilangan BB dalam 3 minggu terakhir?	Ya
3	Apakah asupan makan pasien menurun 1 minggu terakhir?	Ya
4	Apakah pasien dengan penyakit berat dan atau membutuhkan terapi gizi?	Ya
Jika Tidak untuk semua kriteria => skrining diulang 1 minggu kemudian Jika ada 1 atau lebih kriteria dengan jawaban Ya => Konsultasi ke Ahli Gizi		

H Asesmen Kebutuhan Fungsional	
a. Neurosensorik	
Pendengaran	: Normal
Penglihatan	: Normal,
Bicara komunikatif	: Normal,
b. Respirasi	
Pernafasan	: Dyspnea,
c. Sirkulasi	
Nadi	: Dingin,
d. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan	
Kebiasaan bila sakit	: Tidak/jarang diobati karena sembuh sendiri,
Persepsi mengenai sakitnya	: Tidak tahu,
e. Pola Nutrisi dan Metabolik	
Antropometri	
BB	: 58
TB	: 160
IMT	:
Tanda-tanda klinis	: -
Riwayat Nutrisi	: Mual,
Porsi Makan	: Kurang
Diet	: Sonde
Jenis Diet	: -
Kalori : , Jumlah minum : 100 ml/hari , Makanan yang disukai : Lemak ml/hari.	
f. Pola Eliminasi	
BAB	: 3, kali/ hari
Konsistensi	: Lunak,
Warna	: Normal,
Keluhan	: -
Peristaltik Usus	: 18
BAK	: 2, kali/ hari, -
Jumlah	: , ml/ hari
Warna Urine	: Kekuningan,
Terpasang Kateter	: Ya
g. Pola Istirahat/ Tidur	
Jumlah jam tidur malam	: 6, jam/hari
Kebiasaan tidur siang	: 1, jam/hari
Insomnia	: Tidak
Kebiasaan mengkonsumsi obat sebelum tidur	: Tidak
h. Integritas Kulit	
Luka/ lesi	: Tidak ada
Perembesan pada luka	: -
Luka karena	:
Tanda-tanda radang	: -
i. Pola Toleransi Koping Stress	
Koping terhadap sakitnya	: Takut/ kuatir,

Penyelesaian bila ada masalah	: Minta bantuan orang terdekat,
Orang yang dekat dengan pasien	: Istri/Suami,
j. Pola Hubungan dan Peran	
Hubungan dengan orang lain selama dirawat	: Tidak Terganggu,
Peran didalam keluarga sebagai	: Ayah,
Perannya selama sakit	: Tidak dapat dilakukan,
k. Pola seksual dan reproduksi	
Jumlah anak	: ... Orang
Menikah umur	: ... Tahun
Jenis/ Keluhan	:
l. Pola Nilai dan Kepercayaan Yang Diperhatikan Dalam Keluarga	
Pola Nilai dan Kepercayaan Yang Diperhatikan Dalam Keluarga	: <input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur
Nilai/ kepercayaan/ budaya yang perlu diketahui tenaga kesehatan :	
Pantangan makanan/ minuman berkaitan dengan kepercayaan :	

I Skrining Kelompok Resiko Tinggi		
NO	IDENTIFIKASI RESIKO TINGGI	KETERANGAN
1	Apakah pasien memerlukan tindakan beresiko (HD, Kemo, Transfusi)	Ya
2	Apakah pasien mengidap penyakit menular?	Tidak
3	Apakah pasien memiliki resiko mengalami kekerasan fisik sebelum masuk RS (kekerasan rumah tangga, kekerasan pada anak, pemerkosaan dan ditelantarkan)	Tidak
4	Apakah pasien memiliki ketergantungan pada alat bantu hidup?	Ya
5	Apakah pasien kurang orientasi?	Ya
6	Apakah pasien tidak ada penjaga atau pendamping?	Tidak

J Skrining Kebutuhan Edukasi Pasien		
NO	KEBUTUHAN EDUKASI	KETERANGAN
1	Apakah pasien/ keluarga memiliki pengetahuan yang cukup tentang penyakit yang diderita pasien?	Tidak
2	Apakah pasien/ keluarga memerlukan edukasi tentang rencana tindakan yang akan dilakukan pada pasien ?	Ya
3	Apakah pasien/ keluarga memerlukan edukasi tentang resiko terhadap tindakan yang akan dilakukan pada pasien ?	Ya
4	Apakah pasien/ keluarga memerlukan edukasi tentang proses pembiayaan ?	Tidak
5	Apakah pasien/ keluarga memerlukan penggunaan peralatan medis yang membutuhkan edukasi tentang keamanan dan efektifitas peralatan medis tersebut ?	Tidak
6	Apakah pasien/ keluarga memerlukan edukasi tentang pelayanan kesehatan lainnya yang tersedia selain yang disebutkan di atas ?	Ya
7	Apakah pasien/ keluarga memerlukan edukasi tentang kebutuhan khusus ?	Ya

K Proses Keperawatan			
NO	TANGGAL	MASALAH KEPERAWATAN	Teratasi (T), Teratasi Sebagian (TS), Tidak Teratasi (TT)
1	2025-01-15	Pola nafas tidak adekuat	TT

2		Risiko/ aktual gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit	
3		Risiko/ aktual perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	
4	2025-01-15	Risiko/ aktual infeksi	TT
5	2025-01-15	Risiko gangguan perfusi jaringan	TT
6	2025-01-15	Gangguan rasa nyaman : nyeri	TT
7		Risiko/ aktual gangguan integritas kulit	
8		Risiko cedera	
9		Kurang pengetahuan orangtua	
10		Cemas	
11	2025-01-15	Risiko/ aktual gangguan eliminasi : BAK / BAB	TT

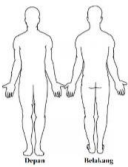
L Observasi Khusus				
OBSERVASI				
1	Waktu	2025-01-15	2025-01-15	
2	Tekanan Darah (TD)	125/62	100/62	
3	Nadi (N)	86	81	
4	Respiratory Rate (RR)	30	27	
5	Temperatur	36,7	36,3	
6	Intake Cairan/ Infus	-	-	
7	NGT/ Minum	-	-	
8	Muntah	-	-	
9	BAK	40 cc	-	
10	BAB	-	-	



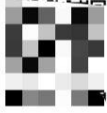
Catatan : Pantau TTV dan K/U

Selesai Assesmen Hari/ Tanggal, 15/01/2025 , Pukul 11:00:28



(Nama & Tanda Tangan)

ASESMEN MEDIS					
Mulai Asesmen Tanggal : 15/01/2025 , Pukul 10:50:00					
A. Anamnesa (Allo-anamnesa)					
Rujukan RS Porsea tiba dengan sesak nafas dan wajah pucat selama 1 minggu. Sesak nafas memberat 3 hari ini. Sesak nafas bertambah bila berjalan. Wajah pucat terlihat selama 1 minggu. Tdk ada riwayat BAB/muntah hitam. Kesadaran mulai menurun sejak pagi ini. Batuk darah -. Kaki bengkak dan BAK sedikit dalam 3 hari ini. Lemas +, mual +, muntah -.					
Riwayat Penyakit : CKD	Riwayat Penggunaan Obat-Obatan : Inj Furosemide Murni 1cc/jam, Inj OMZ 1 amp/hari Riwayat Perawatan / Pengobatan sebelumnya : RSUD Porsea				
	Alergi Obat : -- Alergi Makanan --				
B. Pemeriksaan Fisik					
1. Pemeriksaan Umum					
Sensorium	: Apatis	Anemis	: +	Berat Badan	: 58 Kg
Tekanan Darah	: 125/62 mmHg	Iktirik	: -	Tinggi Badan	: 160 CM
Nadi	: 86 x/i	Dyspnoe	: +	Nafas	: 32 x/i
Oedem	: +	Suhu	: 36,8 °C		
2. Pemeriksaan Khusus					
		Kepala dan Leher	pembesaran kelenjar -.		
		Thorax	simteris, ronchi +/+, ronchi basal +/-.		
		Abdomen	ascites -, nyeri epigastric +.		
		Ekstremitas Superior	Ruam -, oedem -.		
		Genitalia & Anus	Cateter terpasang UOP di selang		
		Ekstremitas Inferior	Oedem +.		
C. Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik					
Pemeriksaan Penunjang yang dilakukan : Laboratorium Dikirim Tgl/Pukul : 2025-01-15 / 11:05:00 WIB Pemeriksaan : DL KGD Elektrolit UR Cr AGDA		Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-01-15 / 12:10:00 WIB Hasil Pemeriksaan Laboratorium yang perlu diobservasi : Hb 8,0 Leucocyt 13300 Trombocyt 163000 KGD random 323 Ur 210 Cr 5,80 Na 129 K 4,0 Cl 100 AGDA pH 7,264 HCO3 10,6			
Radiologi Dikirim Tgl/Pukul : 2025-01-15 / 11:15:00 WIB Pemeriksaan : EKG		Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-01-15 / 11:35:00 WIB Hasil Pemeriksaan Radiologi : EKG :			
D. Diagnosa					
Diagnosa Primer	Oedem paru pd Akut on CKD + Urtemic Encephalopathy + Ketoacidosis Diabetic + Pneumonia				
Diagnosa Sekunder	--				
E. Penataklasaan					

Terapi Cairan	Na Cl 0,9 10 tpm, + Meylon 4 flaqon dalam 400 cc NaCl 0,9 >> on HD
Terapi Injeksi	Inj Ceftriaxone 1 gr, Inj Novorapid 6 unit
Terapi Oral	--
Diet	MB
F. Tindak Lanjut Pelayanan	
<input type="checkbox"/> Rawat Jalan	<input checked="" type="checkbox"/> Rawat Inap : Intensive Care Unit (ICU)
<input checked="" type="checkbox"/> Konsul DPJP :	 Konsul Rawat Bersama 
Dirujuk ke Rumah Sakit Lain	--
Alasan dirujuk	--
G. Edukasi Pasien & Keluarga	
berdoa	
Selesai Asesmen Hari/ Tanggal : 15/01/2025, Pukul : 13:10:00 WIB	
	

Saat Sedang Rawat

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)				
TGL/WAKTU	PROFESI (PPA)	HASIL ASSESSMENT PENATALAKSANAAN PASIEN ATAU SOAP	INSTRUKSI	TTD & VERIFIKASI
15/01/2025 13:20:00 Intensive Care Unit (ICU)	Dokter	<p>Subyektif (S) Sesak nafas + Kesadaran menurun</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36,8 °C Tinggi Badan : 164 Cm Nadi : 98 x/i Tekanan Darah : 127/84 mmHg, Berat Badan : 58 Kg, Respirasi : 32 x/i GCS (E,V,M) : 13, Kesadaran : Apatis Ronchi basal ++, wheezing -/-.</p> <p>Assesment (A) : Oedem paru pd Akut on CKD + Uremic Encephalopathy + KAD + pneumonia</p> <p>Planning (P) Konsul Dr Lili SppD dan Dr Widi SpP</p>	HD 2.5 jam , UFG 1500 Qb 180, full heparin. Inj Ceftriaxone 1 gr, Meylon 4 flacon dalam 400 NaCl 0,9 on HD. Inj Novorapid 6 unit. Konsul Dr Widi SpP : visit di ICU	
15/01/2025 14:03:56 Intensive Care Unit (ICU)	Perawat	<p>Subyektif (S) perawat igd mengataka os sesak nafas berat (+)</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36,5 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 102 x/i Tekanan Darah : 171/75 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 30 x/i GCS (E,V,M) : 8, Kesadaran : somnolen os lemah , sesak nafas (+) , o2 nrm 15lm , penurunan kesadaran</p> <p>Assesment (A) : - gangguan fungsi ginjal - gangguan pola nafas - resiko infeksi</p> <p>Planning (P) - panatau ku dan ttv - pantau intake output - berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi</p>	- pantau ku dan ttv - substitusi meylon 4 flacon dalam 400cc nacl 0,9% - cdl telah terpasang oleh dr aswadi sp.bv (+)	

15/01/2025 15:05:00 Intensive Care Unit (ICU)	Perawat	<p>Subyektif (S) perawat icu mengatakan os sesak nafas berat (+), gelisah (+), k/u os buruk</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36,5 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 62 x/i Tekanan Darah : 99/47 mmHg, Berat Badan : TDT Kg, Respirasi : 38 x/i GCS (E,V,M) : 8, Kesadaran : somnolen os tampak penurunan kesadaran IDWG : kg UFG : 1 L QB : 150 - 180 TIME : 2,5 jam SPO2 : 86 % AKSES HD VIA CDL + FULL HEPARIN</p> <p>POST HD ; TD : mmHg BB : kg</p> <p>Assesment (A) : - Gangguan pola nafas inefektif - Gangguan filtrasi ginjal - Resiko tinggi infeksi</p> <p>Planning (P) - Pantau pola nafas inefektif - Pantau intake output cairan - Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therapy</p>	os hd berjalan 40 menit os henti nafas. hd di stop. 10 menit kemudian os sudah tau.	
15/01/2025 16:06:26 Intensive Care Unit (ICU)	Dokter	<p>Subyektif (S) apnue</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36,0 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : - x/i Tekanan Darah : - mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : - x/i GCS (E,V,M) : 3, Kesadaran : - a. carotis -</p> <p>Assesment (A) : cardiac arrest, odem paru pada acte on CKD, uremic encephalopathy, KAD, pnemonia</p> <p>Planning (P) RJP 5 siklus 45 mnt inj. epineprin amp inj. SA amp</p>	RJP 5 siklus 45 mnt inj. epineprin amp inj. SA amp	

Saat Pulang Rawat

Tanggal Masuk	15/01/2025 / 10:50:00 WIB	RINGKASAN PASIEN KELUAR (DISCHARGE SUMMARY)
Tanggal Keluar	15/01/2025 / 16:05:00 WIB	
Ruangan/Kelas	Intensive Care Unit (ICU) / Kelas I	
Alasan Pasien Di Rawat	Sesak nafas (+), pucat (+), kaki bengkak (+), Bak sedikit (+), mual (+).	
Anamnese	Pasien rujukan dari Rs Porsea dengan sesak nafas dan wajah pucat selama 1 minggu, sesak nafas memberat 3 hari ini, sesak nafas bertambah bila berjalan, wajah pucat terlihat selama 1 minggu, kesadaran mulai menurun sejak pagi ini, kaki bengkak dan Bak sedikit dalam 3 hari ini, lemas (+), mual (+), riwayat penyakit CKD.	
Pemeriksaan Fisik	Suhu : 36.8 °C Tinggi Badan : 160 Cm Nadi : 86 x/i Tekanan Darah : 125/62 mmHg, Berat Badan : 58 Kg, Respirasi : 32 x/i Kesadaran : apatis Oedem : (+), Anemis : (+), Dyspnoe : (+) Thorax : simetris, ronchi (++) , ronchi basal (++) Abdomen : nyeri epigastrik (+) Genitalia & anus : kateter dipasang UOP diselang Ekstremitas inferior : oedem (+)	
Pemeriksaan Penunjang	Tgl 15/01/2025 - Darah lengkap -> Hemoglobin : 8.0 g/dl, Leukosit : 13.3 *3/uL, Hematokrit : 21.9%, Eritrosit : 2.52 juta/mm3 - Glukosa ad random : 323 Mg/dl - Elektrolit lengkap -> Natrium : 129 mmol/L - Analisa gas darah -> pH : 7.264, pco2 : 23.3 mmHg, po2 : 165 mmHg, hco3 : 10.6 mmol/L, co2 total : 11.4 mmol/L, base excess : -16.6 mmol/L - Faal ginjal -> Ureum : 210 Mg/dl, Creatinin : 5.80 Mg/dl.	
Diagnosa Masuk	Acute on CKD ec DN dengan Uremic Encephalopathy + Oedem Paru dan Asidosis Metabolik +	
Pengobatan dan Tindakan	- Pengobatan : atropin 0,25 mg inj; ceftriaxone 1 gr inj; epinephrin 1 mg inj; lidocain inj ; meylon 84 % amp; nacl 0,9% 500 ml inf, novorapid flex pen. - Tindakan : Pemasangan Trilumen (tgl 15/01/2025), HD (tgl 15/01/2025)	
Perkembangan selama dirawat	(+) , o2 nrm 15 lpm, kaki bengkak (+), mual (-), TD : 171/75 mmHg, HR : 102 x/i, RR : 30 x/i, T : 36.5 c, inj novorapide 6 unit, meylon 4 flc dalam 400 nacl 0,9% on HD, pukul 13.00 wib telah dilakukan pemasangan Trilumen -> HD hari ini pukul 15.15 wib -> berjalan 40 menit pasien henti nafas -> HD di stop, pukul 15.55 wib pasien apnoem TD (-), HR (-), RR (-), rjp 5 siklus + inj epineprin -> rjp 5 siklus -> respon (-), pupil dilatasi maksimal, refleks cahaya (-), pasien dinyatakan meninggal dunia pukul 16.05	
Diagnosa Akhir	Acute on CKD ec DN dengan Uremic Encephalopathy + Oedem Paru dan Asidosis Metabolik + Pneumonia + DM Thype II	
Kondisi Pasien dan Obat-Obatan Yang di Bawa Saat Pasien Pulang	Meninggal dunia	
Instruksi Tindak Lanjut	Tidak ada	
Edukasi	-	

Komponen 3 Review Penjelasan dan Konfirmasi Pengobatan yang Dilakukan

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Adanya Konsistensi Pencatatan	K	TK
Keselamatan Pasien				
1	Konsistensi skor dan kategori ketergantungan pada Skrinning risiko cedera/ jatuh	Pada skrinning risiko cedera/ jatuh Tn. J memiliki kriteria tingkat risiko alat bantu jalan dengan skor 30, cara berjalan/berpindah dengan skor 30 dan status mental dengan skor 15. Untuk total skor 0-24 yaitu risiko rendah, 25-50 yaitu risiko sedang, >50 risiko tinggi	✓	

		sehingga Tn. H memiliki skor 75 yang masuk kedalam kategori risiko tinggi.		
Tatalaksana Medis				
1	Konsistensi Instruksi dan Pelaksanaan Pemberian Obat	Pada tanggal 15-02-2025 pukul 12:05 tercatat pemberian obat meylon dan nacl. Pukul 13:00 tercatat pemberian obat inj ceftriaxone.	✓	
2	Konsistensi Instruksi dan pelaksanaan penghentian/ penggantian obat	Tidak terdapat pencatatan instruksi penghentian/ penggantian pemberian obat pada Tn. J.		✓
3	Konsistensi Instruksi dan pelaksanaan pemeriksaan penunjang	Instruksi dan pelaksanaan pemeriksaan penunjang terdapat pada formulir IGD, Asesmen Medis dan CPPT. Pemasangan trilumen dan Hemodialisa pada tanggal 15-01-2025.	✓	

Skrining Risiko Cedera/ Jatuh

F Skrining Resiko Jatuh			
DEWASA (Penilaian Skala Resiko Jatuh Morse Falls Scale / MFS)			
NO	TINGKAT RESIKO	URAIAN	SKOR
1	Riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	Tidak Ada	0
2	Alat bantu jalan	Furniture	30
3	Terapi Intra Vena (IV)	Tidak ada	0
4	Cara berjalan/berpindah	Terganggu	30
5	Status mental	Lupa keterbatasan diri	15
TOTAL SKOR			75
Catatan : Bila Nilai Total : 0-24 => Resiko Rendah, 25-50 => Resiko Sedang, >50 => Resiko Tinggi			

Pelaksanaan Pemberian Obat dan Penghentian/ Penggantian Obat

1x1 = per 24 jam 2x1 = per 12 jam 3x1 = per 8 jam		4x1 = per 6 jam 5x1 = per 5 jam 6x1 = per 4 jam		FORMULIR JADWAL PEMBERIAN OBAT																				
Hari/Tanggal : 15-1-2025		Jadwal Pemberian Obat														Ruangan : IGP								
No	Nama Obat dan Dosis	Aturan Pakai	Tanggal Mulai	Berhenti	Jam Pemberian																			
					I				II				III				IV				V			
					Tanda Tangan	SA	Tanda Tangan	SA	Tanda Tangan	SA	Tanda Tangan	SA	Tanda Tangan	SA	Tanda Tangan	SA	Tanda Tangan	SA	Tanda Tangan	SA	Tanda Tangan	SA		
					TT1	TT2	P/K	TT1	TT2	P/K	TT1	TT2	P/K	TT1	TT2	P/K	TT1	TT2	P/K	TT1	TT2	P/K		
1	Mepron		15/1																					
2	Nacl 0,9%		15/1																					
3	400cc K4els meylon		15/1																					
4	Inj Ceftriaxone 1g/100ml		15/1																					
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								

Pelaksanaan Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang yang dilakukan : Laboratorium Dikirim Tgl/Pukul : 2025-01-15 / 11:05:00 WIB Pemeriksaan : DL KGD Elektrolit UR Cr AGDA Radiologi Dikirim Tgl/Pukul : 2025-01-15 / 11:15:00 WIB Pemeriksaan : EKG	Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-01-15 / 12:10:00 WIB Hasil Pemeriksaan Laboratorium yang perlu diobservasi : Hb 8,0 Leucocyt 13300 Trombocyt 163000 KGD random 323 Ur 210 Cr 5,80 Na 129 K 4,0 Cl 100 AGDA pH 7,264 HCO3 10,6 Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-01-15 / 11:35:00 WIB Hasil Pemeriksaan Radiologi : EKG :
--	--


Komponen 4 Review Pencatatan Surat Persetujuan/ Penolakan Tindakan Kedokteran (SPTK)

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Pencatatan yang Konsisten	K	TK
Bagian Pemberian Informasi				
1	a. Jenis Informasi b. Isi Informasi	Konsistensi pada formulir persetujuan tindakan kedokteran yang berisi tentang diagnosa, tindakan yang dilakukan, tujuan, resiko dan komplikasi sudah sesuai dan lengkap yang dijelaskan oleh dokter kepada pasien dan sudah terdapat tanda tangan oleh dokter yang menjelaskan informasi dan tanda tangan pasien yang menerima informasi oleh dokter.	✓	
Bagian Kesetujuan/ Penolakan Tindakan Kedokteran				
1	a. Diagnosa b. Tindakan	Konsistensi formulir persetujuan/penolakan tindakan kedokteran yang berisikan persetujuan dengan informasi tindakan yang sudah di jelaskan dokter dan sudah tanda tangan oleh dokter dan pasien.	✓	

Keterbacaan dan Kebermaknaan				
1	Saat baru masuk rawat a. Dokter b. Perawat	Keterbacaan dan kebermaknaan pada asesmen IGD dan asesmen medis rawat inap oleh dokter dan perawat dapat dimengerti sehingga konsisten	✓	
2	Saat sedang dirawat a. Dokter b. Perawat	Keterbacaan dan kebermaknaan pada CPPT dan informed consent yang diisi oleh dokter dan perawat dapat dibaca dan dimengerti sehingga konsisten		✓
3	Saat akan pulang a. Dokter b. Perawat	Keterbacaan dan kebermaknaan pada ringkasan pasien pulang dapat dimengerti sehingga konsisten.	✓	

Waktu Pencatatan

Selesai Assesmen Hari/ Tanggal, 15/01/2025 , Pukul 11:00:28



(Nama & Tanda Tangan)

segala akibat yang mungkin timbul dengan dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.

Medan, tanggal 15/1.2025, Pukul : 12⁴⁵ WIB.

Yang Menyatakan

Saksi,

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Keterbacaan dan Kebermaknaan

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan	a. Nili Syarif Sp. B.		
Pemberi Informasi	Pasawat		
Penerima Informasi / Pemberi Persetujuan	IMELDA SIRAIT		
NO	Jenis Informasi	Isi Informasi	Check List (v)
1	Diagnosis (WD & DD)	Perk. sy. m. ec.	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Dasar Diagnosis	penyakit simtomatik	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Tindakan Kedokteran	transfusi	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Indikasi Tindakan	perk.	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Tata cara	perk. sy. m. ec.	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Tujuan	meningkatkan kedu. d. cup.	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Risiko	kecukupan	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Komplikasi	hipotensi	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Prognosis	ns	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Alternatif & Risiko	cah	<input checked="" type="checkbox"/>
11	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi.		Tanda Tangan Dokter	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dan telah memahami sebagaimana disebut diatas, dan telah saya beri check list (v) pada kolom disebelahnya.		Tanda Tangan Pasien/Keluarga	
PEMBERIAN PERSETUJUAN			
Yang bertanda tangan dibawah ini, nama: [redacted] tahun, jenis kelamin: laki-laki/perempuan, alamat: [redacted] dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan [redacted] saya/orang tua/suami/istri/anak/saudara umur [redacted] tahun, jenis kelamin: laki-laki / perempuan, alamat [redacted]			
Saya memahami perlunya manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, tentang risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut dilakukan. Saya bertanggung jawab secara penuh terhadap segala akibat yang mungkin timbul dengan dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.			
Medan, tanggal 11/1/2024, Pukul: 12 ⁴⁵ WIB.			
Yang Menyatakan		Saksi,	
[redacted]		[redacted]	

Komponen 6 Review Hal-hal yang Berpotensi Tuntutan/Kompensasi Ganti Rugi

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Pencatatan Kejadian Penting	A	TA
Saat Masuk Rawat				
1	Masuk RS kembali dengan kasus yang sama <2 hari	Pasien tidak ada masuk RS dengan kasus yang sama selama <2 hari		✓
Saat Sedang Rawat				
1	Komplikasi masalah pengobatan: Reaksi alergi obat/ transfuse, infeksi sesudah masuk, infeksi	Tidak ada alergi/infeksi		✓

	sesudah operasi			
2	Komplikasi masalah perawatan : decubitus, infeksi, infus dan lainnya.	Tidak ada decubitus, infeksi dan infus		✓
3	Tindakan yang dilakukan : Prosedur batal yang dilakukan, masuk OK 2x, masuk ICU 2x, masuk ICU tanpa rencana	Tidak ada prosedur tindakan yang batal dilakukan		✓
Saat Akan Pulang Rawat				
1	Pulang paksa/ pasien pindah bukan alasan administrasi	Pasien berobat jalan dengan membaik		✓

KASUS 5

Nama : Ny. S

No. RM : 3007xx

Komponen 1 Review Kekonsistensian Diagnosa dan Tindakan

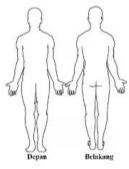
No	Lembaran RM yang ada catatan diagnosis dan tindakan	Diagnosis dan tindakan yang dicatat	K	TK
Saat Masuk Rawat				
1	Konsistensi diagnosa pada surat rujukan/ pengantar rawat, pengkajian awal perawat dan dokter	Kekonsistenan diagnosa saat masuk rawat pada Formulir Assesmen IGD pasien mengeluh sesak nafas, badan oedem, dan perut membesar sudah 1 minggu, pasien HD reguler (Selasa - jumat), pasien tidak cuci darah selama 2 minggu dengan hasil pemeriksaan fisik TD : 160/80 mmHg, HR : 68 x/i, Suhu : 36,1, RR : 26 x/i, BB : 59 kg dan TB : 165 cm serta hasil pemeriksaan penunjang laboratorium hemoglobin : 6.5 g/dL, hematokrit 18.3 %, ureum 191 mg/dL, creatinin 8.8 mg/dL, natrium 128 mmol/L, PCO2 19.2 mmHg, HCO3 12.2 mmol/L, albumin 3.0 g/dL dan hasil pemeriksaan thorax yaitu cardiomegali. Pneumonia. Maka dokter memperkirakan diagnosa kerja yaitu CKD on HD + overload cairan.	✓	
Saat Sedang Dirawat				
2	Konsistensi diagnosa	Tanggal 07/01/2025	✓	

	<p>pada CPPT hari pertama sampai hari terakhir rawat</p>	<p>Hari ke-1 Pasien tiba diruangan mengalami sesak nafas, oedem pada kedua tungkai dan wajah sembab dengan hasil pemeriksaan fisik Suhu : 37 °C, HR : 83 x/i, TD : 173/84 mmHg, RR : 28 x/i, dilakukan tindakan hemodialisa dengan UFG : 2 L QB : 250 selama 5 jam, akses HD via Av-Shunt + Full Heparine dan tranfusi darah sebanyak 2 bag saat HD dilakukan. Tanggal 09/01/2025 Hari ke- 3 Pasien mengeluhkan nyeri post parasintesis dengan bengkak di badan, tangan dan kaki, dilakukannya pemeriksaan fisik Suhu : 36,6 °C, HR : 78 x/i, TD : 123/67 mmHg, RR : 20 x/i dengan diagnosa tension acites post parasintesis. Dokter memberikan instruksi pemberian terapi furosemid 1 am/12 jam. Tanggal 10/01/2025 Hari ke- 4 Pasien mengeluh sesak nafas berkurang, adanya ascites dan berkurangnya oedem anasarca dengan diagnosa CKD ON HD reguler dengan volume overload dengan hasil pemeriksaan fisik Suhu : 37 °C, TB : 162 cm, HR : 88 x/i, TD : 175/62 mmHg, Respirasi : 24 x/i. Saat ini pasien sedang HD dengan dosis UF GOAL : 3 L, QB : 230 ml/I, durasi : 4 jam, akses vasculer via av shunt+ full heparin.</p>		
Saat Akan Pulang Rawat				
3	<p>Konsistensi diagnosa mulai dari saat masuk, CPPT dan pulang pada ringkasan pulang</p>	<p>Kekonsistenan diagnosa mulai dari saat masuk rawat, saat sedang rawat dan saat akan pulang yang terdapat pada formulir ringkasan pasien keluar. Alasan dirawat pasien mengeluh sesak nafas, badan oedem, dan perut membesar sudah 1 minggu, pasien HD reguler (Selasa - Jumat), pasien tidak cuci darah selama 2 minggu dengan diagnosa CKD on HD + Edema paru + Asites + PPOK + Anemia, diberikannya</p>	✓	

		tindakan parasintesis + haemodialisa + transfusi darah 1 bag dan terapi omeprazole, furosemid, inj roxemid, inj ceftriaxone.		
--	--	--	--	--

Saat Masuk Rawat

ASSESMEN IGD DEWASA			
Masuk IGD Hari/ Tanggal : 07/01/2025 , Pukul 23:00:47			
Bahasa sehari-hari yang diinginkan : Indonesia			
Agama : Islam			
Suku : Jawa			
ASSESMEN KEPERAWATAN			
Mulai Asesmen Tanggal : 07/01/2025 , Pukul 23:00:47			
A Keluhan			
pasien mengaluh sesak nafas, badan oedem, dan perut membesar 1 minggu ini, pasien hd reguler (selasa -juumat), pasien tidak cuci darah selama 2minggu			
Alergi :		Bukan Obat : -	
Alergi Obat : -			
B Riwayat Pasien			
Apakah ada riwayat penyakit dalam keluarga? (Ayah/ Ibu/ Saudara Kandung/ Kakek/ Nenek), seperti: tension asites, ckd on hd			
C Riwayat Psikososial			
Status Psikologi	: Cemas,		
Status Biologis	:		
Status Mental	: kooperatif		
Status Sosial			
a. Hubungan pasien dengan anggota keluarga	: Baik		
b. Tempat tinggal	: rumah		
Status Ekonomi	: Tidak Bekerja		
Status Spiritual yang perlu diperhatikan dalam keluarga :			
a. Agama	: islam		
b. Kebiasaan menjalankan ibadah	: Teratur		
Status nilai budaya yang perlu diketahui tenaga kesehatan : tidak ada			
D Pemeriksaan Fisik			
Tanda Vital			
Tekanan Darah : 160/80 mmHg	Suhu : 36.1 °C	Pernafasan : 26 x/menit	
Nadi : 68 x/menit	Kesadaran Terganggu : Tidak		
Kepala			
a . Pendengaran	: normal		
b . Penglihatan	: normal		
c . Hidung	: Normal		
d . Gigi Palsu	: Tidak		
Gastrointestinal			
a . Keluhan perubahan nafsu makan	: Ada, kurang nafsu makan		
b . Pembatasan makanan pantang pedas :	pantang pedas		
c . Penurunan berat badan dalam waktu 3 bulan terakhir :	Tidak		
d . Mual	: Ya		
e . Muntah	: Tidak		
Eliminasi			
a. Defekasi	:		
b. Miksi	: sedikit		

ASESMEN MEDIS			
Mulai Asesmen Tanggal : 06/01/2025 , Pukul 23:00:00			
A. Anamnesa (Auto-anamnesa) pasien mengalah sesak nafas, badan oedem, dan perut membesar 1 minggu ini, pasien hd reguler (selasa -juumat), pasien tidak cuci darah selama 2minggu			
Riwayat Penyakit : tension asites, ckd on hd	Riwayat Penggunaan Obat-Obatan : Riwayat Perawatan / Pengobatan sebelumnya : haemodialisa rs imleda	Alergi Obat : Alergi Makanan	
B. Pemeriksaan Fisik			
1. Pemeriksaan Umum			
Sensorium	: cm	Anemis	: +
Tekanan Darah	: 160/80 mmHg	Ikerik	: -
Nadi	: 68 x/i	Dyspnoe	: +
Oedem	: +	Suhu	: 36,1 °C
2. Pemeriksaan Khusus			
		Kepala dan Leher	konjungtiva anemis (+) ikerik (-)
		Thorax	ronki (+/-) wheezing (-/-)
		Abdomen	asites (+) lingk perut 131 cm
		Ekstremitas Superior	akral hangat
		Genitalia & Anus	-
		Ekstremitas Inferior	akral hangat, oedem (+)
C. Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik			
Pemeriksaan Penunjang yang dilakukan : Laboratorium Dikirim Tgl/Pukul : 2025-01-06 / 23:10:00 WIB Pemeriksaan : agda, dl,kgd,elektrolit, ur.cr, lft , hbsag		Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-01-06 / 23:38:00 WIB Hasil Pemeriksaan Laboratorium yang perlu diobservasi : agda= alkalosis dl = hb 6,5 leukoist 8,100 trombosit 248.000	
Radiologi Dikirim Tgl/Pukul : 2025-01-06 / 23:10:00 WIB Pemeriksaan : foto thorax ekg		Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-01-06 / 23:23:00 WIB Hasil Pemeriksaan Radiologi : foto thorax = cardiomegali	
D. Diagnosa			
Diagnosa Primer	ckd on hd + overload cairan		
Diagnosa Sekunder	tension asites anemia penyakit kronik		
E. Penatalaksanaan			
Terapi Cairan	three way		
Terapi Injeksi	furosemid 1amp (1x) omz 1amp/12 jam ceftriaxon 1gr/12 jam		

Saat Sedang Rawat

07/01/2025 14:20:00	Perawat	<p>Subyektif (S) Sesak nafas (+), oedem pada kedua tungkai (+),wajah sembab</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 37 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 83 x/i Tekanan Darah : 173/84 mmHg, Berat Badan : TDT Kg, Respirasi : 28 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : CM IDWG : kg UFG : 2 L QB : 250 TIME : 5 jam AKSES HD VIA AV-SHUNT + FULL HEPARINE</p> <p>POST HD TD : mmHg BB : kg</p> <p>Assesment (A) : - Gangguan pola nafas inefektif - Gangguan filtasi ginjal - Resiko tinggi infeksi</p> <p>Planning (P) - Pantau pola nafas inefektif - Pantau balance cairan - Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapy</p>	<p>- pantau tanda-tanda vital os - lapor dr. lili syarif sp.PD via WA at 15:00 wib mengenai akses AV-Shunt os lemah. advice pasan doule lument - os menolak pasang double lument kemudian akses Av-shunr di coba lagi dan berhasil.</p>
------------------------	---------	--	---

		therapy	
09/01/2025 08:20:08	Ruang Rawat Sakura	Dokter	<p>Subyektif (S) nyeri post parasintesis</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36,6 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 78 x/i Tekanan Darah : 123/5/67 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 20 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm bengkak di badan tangan dan kaki</p> <p>Assesment (A) : tension acites post parasintesis</p> <p>Planning (P) terapi teruskan</p>
			furosemid 1 am/12 jam

10/01/2025 15:30:00	Ruang Rawat Sakura	Perawat	<p>Subyektif (S) Mengeluh sesak nafas berkurang</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 37 °C Tinggi Badan : 162 Cm Nadi : 88 x/i Tekanan Darah : 175/62 mmHg, Berat Badan : TDT Kg, Respirasi : 24 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : CM Sesak nafas ber kurang, support oksigen nasal kanul 4l/i, oedem anasarka, pasien tidak disiplin dalam pengobatan. Saat ini pasien sedang Hd dengan dosis</p> <p>Assesment (A) : * Pola nafas inefektif * KETidak patuhan terhadap pengobatan * Kelebihan Volume cairan dalam tubuh</p> <p>Planning (P) * Pantau k/u dan TTV * Pantau Pemasukan cairan</p>
			* HD reguler 2x seminggu selasa dan jumat

Saat Pulang Rawat

Tanggal Masuk	06/01/2025 / 23:00:00 WIB	RINGKASAN PASIEN KELUAR (DISCHARGE SUMMARY)
Tanggal Keluar	10/01/2025 / 17:00:00 WIB	
Ruangan/Kelas	Ruang Rawat Sakura / Kelas III	
Alasan Pasien Di Rawat	Sesak nafas(+), badan oedem(+), perut membesar(+)	
Anamnesa	Pasien mengeluh sesak nafas, badan oedem, dan perut membesar 1 minggu ini. Pasien HD reguler (Selasa - Jumat), pasien tidak cuci darah selama 2 minggu.	
Pemeriksaan Fisik	Suhu : 36,1 °C Tinggi Badan : 165 Cm Nadi : 68 x/i Tekanan Darah : 160/80 mmHg, Berat Badan : 59 Kg, Respirasi : 26 x/i Kesadaran : CM - Anemis : (+), Dyspnoe : (+) - Thorax - Ronchi(+/-) - Abdomen : Asites(+) Lingkar perut 131 CM - Ekstremitas Superior : Akral hangat(+) - Ekstremitas Inferior : Akral hangat(+), Oedem(+)	
Pemeriksaan Penunjang	Tgl. 06/01/2025 : - THORAX (PA) Kesimpulan : Cardiomegali. Pneumonia. - HB : 6,5 g/dl, Natrium : 128 mmol/L, Ureum/urea-N : 191 Mg/dl, Creatinin : 8,8 Mg/dl. AGDA->pH : 7,407, PCO2 : 19,2 mmHg, PO2 : 187 mmHg, HCO3 : 12,2 mmol/L, CO2 total ; 12,8 mmol/L, Base excess : - 12,7 mmol/L.	
Diagnosa Masuk	CKD on HD + Overload Cairan + Tension asites + Anemia penyakit kronik	
Pengobatan dan Tindakan	Pengobatan : OMEPRAZOLE 40 MG INJ, FUROSEMID 10MG/ML / ROXEMID INJ, CEFTRIAKSONE 1 GR INJ, - TINDAKAN : PARASINTESIS + HAEMODIALISA + TRANSFUSI DARAH 1 BAG	
Perkembangan selama dirawat	Tgl. 06/01/2025 Sesak nafas(+), bengkak seluruh badan(+), perut membesar(+) 1 minggu, os reguler selasa & jumat, tidak cuci darah selama 2 minggu, TD : 160/76mmHg, HR : 86x/i, RR : 24x/i, Temp : 36,3°C. Tgl. 07/01/2025 Sesak nafas(+), oedem pada kedua tungkai(+), wajah sembab(+), TD : 173/84mmHg, HR : 83x/i, RR : 28x/i, Temp : 37°C. Instruksi pemasangan double lumen->pasien dan keluarga menolak (surat penolakan terlampir). Tgl. 08/01/2025 Nyeri post parasintesis(+), TD : 122/89mmHg, HR : 87x/i, RR : 20x/i, Temp : 36°C, HB : 8,0 g/dl. Tgl. 09/01/2025 Nyeri post parasintesis(+), kaki bengkak(+), lemas(+), sesak nafas ber(-), TD : 123/67mmHg, HR : 78x/i, RR : 20x/i, Temp : 36,6°C. Tgl. 10/01/2025 Nyeri post parasintesis ber(-), perut membesar ber(-), mual(-), sesak nafas ber(-), TD : 175/62mmHg, HR : 88x/i, RR : 20x/i, Temp : 37°C. Pasien boleh PBJ.	
Diagnosa Akhir	CKD on HD + Edema paru + Asites + PPOK + Anemia	
Kondisi Pasien dan Obat-Obatan Yang di Bawa Saat Pasien Pulang	PBJ kembali : FUROSEMIDE 40 MG TAB, SALBUTAMOL 2 MG TAB, VALSARTAN 80 MG TAB, CHANNA 500 MG CAPS, FUROSEMIDE 40 MG TAB, OMEPRAZOLE 20 MG TAB,	
Instruksi Tindak Lanjut	Kontrol Ke Haemodialisa Tgl : 14/01/2025	
Edukasi	- Makan makanan yang bergizi - Banyak istirahat - Hindari sitres - Konsumsi obat sesuai aturan dokter - Kontrol sesuai jadwal	

Komponen 2 Review Kekonsistensian Pencatatan Klinis

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Pencatatan dan SOAP yang Konsisten	K	TK
Saat Masuk Rawat				
1	Konsistensi pencatatan di pengkajian awal perawatan rawat inap dan pengkajian awal medis rawat inap	Kekonsistenan saat masuk rawat pada formulir asesmen IGD dan asesmen medis rawat inap pasien dengan keluhan sesak nafas, badan oedem, dan perut membesar sudah 1 minggu, pasien HD reguler (selasa -jumat), pasien tidak cuci darah selama 2 minggu, dilakukannya pemeriksaan fisik dan diberikannya tindakan pemeriksaan laboratorium, foto thorax dan EKG serta pemberian terapi kepada pasien.	✓	
Catatan dokter dan perawat saat sedang dirawat				
2	Konsistensi Pencatatan di Catatan Perkembangan Pasien oleh dokter dan perawat dari hari pertama sampai pulang.	Kekonsistenan pencatatan SOAP pada formulir CPPT dihari pertama pasien dirawat pada tanggal 07-01-2025 sampai pasien pulang pada tanggal 10-01-2025 dan informed consent sudah tercatat dengan konsisten	✓	
Saat Akan Pulang Rawat				
3	Menganalisis mulai dari pengkajian awal, CPPT sampai ringkasan pulang (<i>Discharge summary</i>)	Kekonsistenan pencatatan pada formulir asesmen IGD, CPPT dan ringkasan pasien keluar yang berisi keluhan pasien, diagnosa, tindakan, dan obat obatan yang diberikan kepada pasien sudah tercatat dengan konsisten.	✓	

Saat Masuk Rawat

ASSESMEN IGD DEWASA		
Masuk IGD Hari/ Tanggal : 07/01/2025 , Pukul 23:00:47		
Bahasa sehari-hari yang diinginkan : Indonesia		
Agama : Islam		
Suku : Jawa		
ASSESMEN KEPERAWATAN		
Mulai Asesmen Tanggal : 07/01/2025 , Pukul 23:00:47		
A Keluhan	pasien mengaluh sesak nafas, badan oedem, dan perut membesar 1 minggu ini, pasien hd reguler (Selasa -juumat), pasien tidak cuci darah selama 2minggu	
Alergi : Alergi Obat : -	Bukan Obat : -	
B Riwayat Pasien	Apakah ada riwayat penyakit dalam keluarga? (Ayah/ Ibu/ Saudara Kandung/ Kakek/ Nenek), seperti: tension asites, ckd on hd	
C Riwayat Psikososial		
Status Psikologi	: Cemas,	
Status Biologis	:	
Status Mental	: kooperatif	
Status Sosial		
a. Hubungan pasien dengan anggota keluarga	: Baik	
b. Tempat tinggal	: rumah	
Status Ekonomi	: Tidak Bekerja	
Status Spiritual yang perlu diperhatikan dalam keluarga :		
a. Agama	: islam	
b. Kebiasaan menjalankan ibadah	: Teratur	
Status nilai budaya yang perlu diketahui tenaga kesehatan :	: tidak ada	
D Pemeriksaan Fisik		
Tanda Vital		
Tekanan Darah : 160/80 mmHg	Suhu : 36.1 °C	Pernafasan : 26 x/menit
Nadi : 68 x/menit	Kesadaran Terganggu : Tidak	
Kepala		
a . Pendengaran	: normal	
b . Penglihatan	: normal	
c . Hidung	: Normal	
d . Gigi Palsu	: Tidak	
Gastrointestinal		
a . Keluhan perubahan nafsu makan	: Ada, kurang nafsu makan	
b . Pembatasan makanan pantang pedas :	pantang pedas	
c . Penurunan berat badan dalam waktu 3 bulan terakhir :	Tidak	
d . Mual	: Ya	
e . Muntah	: Tidak	
Eliminasi		
a. Defekasi	:	
b. Miksi	: sedikit	

Anus	
Hemoroid	: Tidak Ada
Genitalia	
Perdarahan	:
a. Pengeluaran Lochea	: -
b. Luka Episiotomi	: -
Integumen	
a. Warna Kulit	: pucat
b. Luka	: Tidak Ada
Muskuloskeletal	
Kelainan Tulang	: Tidak Ada
E Skrining Nyeri - Skala Nyeri VAS (Visual Analog Scale)	
Apakah pasien mengalami nyeri ? : Ya	
(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	
Skor/Nilai <input checked="" type="checkbox"/> 4 - 6 : Nyeri Sedang	

F Skrining Resiko Jatuh			
DEWASA (Penilaian Skala Resiko Jatuh Morse Falls Scale / MFS)			
NO	TINGKAT RESIKO	URAIAN	SKOR
1	Riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	Tidak Ada	0
2	Alat bantu jalan	Bed Rest/Kursi Roda/Tidak ada	0
3	Terapi Intra Vena (IV)	Ada	25
4	Cara berjalan/berpindah	Terganggu	30
5	Status mental	Orientasi sesuai kemampuan	0
TOTAL SKOR			55
Catatan : Bila Nilai Total : 0-24 => Resiko Rendah, 25-50 => Resiko Sedang, >50 => Resiko Tinggi			

G Skrining Resiko Nutrisional		
NO	KRITERIA	KETERANGAN
1	Apakah IMT < 18.5 kg/m ² atau LLA < 25 cm untuk wanita dan LLA < 26.3 cm untuk pria?	
2	Apakah pasien kehilangan BB dalam 3 minggu terakhir?	
3	Apakah asupan makan pasien menurun 1 minggu terakhir?	Ya
4	Apakah pasien dengan penyakit berat dan atau membutuhkan terapi gizi?	Ya
Jika Tidak untuk semua kriteria => skrining diulang 1 minggu kemudian Jika ada 1 atau lebih kriteria dengan jawaban Ya => Konsultasi ke Ahli Gizi		

H Asesmen Kebutuhan Fungsional	
a. Neurosensorik	
Pendengaran	: Normal
Penglihatan	: Normal,
Bicara komunikatif	: Normal,
b. Respirasi	
Pernafasan	: Reguler,
c. Sirkulasi	
Nadi	
Ekstremitas	: Dingin,
d. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan	
Kebiasaan bila sakit	: Periksa ke fasilitas kesehatan,
Persepsi mengenai sakitnya	: Tahu sedikit,
e. Pola Nutrisi dan Metabolik	
BB	: 59
TB	: 165
IMT	:
Tanda-tanda klinis	: -
Riwayat Nutrisi	: Mual,
Porsi Makan	: Kurang
Diet	: Bubur kasar
Jenis Diet	: Lain-Lain,
Kalori : , Jumlah minum : 600 ml/hari , Makanan yang disukai : ml/hari.	
f. Pola Eliminasi	
BAB	: 2, kali/ hari
Konsistensi	: Lunak,
Warna	: Normal,
Kekuhan	: -
Peristaltik Usus	: 12
BAK	: 3, kali/ hari, -
Jumlah	: , ml/ hari
Warna Urine	: Kekuningan,
Terpasang Kateter	: Tidak
g. Pola Istirahat/ Tidur	
Jumlah jam tidur malam	: 8, jam/hari
Kebiasaan tidur siang	: 2, jam/hari
Insomnia	: Tidak
Kebiasaan mengkonsumsi obat sebelum tidur	: Tidak
h. Integritas Kulit	
Luka/ lesi	:
Perembesan pada luka	: -
Luka karena	:
Tanda-tanda radang	: -
i. Pola Toleransi Koping Stress	
Koping terhadap sakitnya	: Cemas,

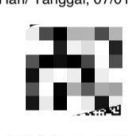

Penyelesaian bila ada masalah	: Minta bantuan orang terdekat,
Orang yang dekat dengan pasien	: -
j. Pola Hubungan dan Peran	
Hubungan dengan orang lain selama dirawat	: Terganggu,
Peran didalam keluarga sebagai	: Lain-Lain,
Perannya selama sakit	: Minimal,
k. Pola seksual dan reproduksi	
Jumlah anak	: ... Orang
Menikah umur	: ... Tahun
Jenis/ Keluhan	:
l. Pola Nilai dan Kepercayaan Yang Diperhatikan Dalam Keluarga	
Pola Nilai dan Kepercayaan Yang Diperhatikan Dalam Keluarga	: <input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur
Nilai/ kepercayaan/ budaya yang perlu diketahui tenaga kesehatan :	
Pantangan makanan/ minuman berkaitan dengan kepercayaan :	

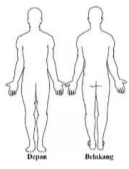
I Skrining Kelompok Resiko Tinggi		
NO	IDENTIFIKASI RESIKO TINGGI	KETERANGAN
1	Apakah pasien memerlukan tindakan beresiko (HD, Kemo, Transfusi)	
2	Apakah pasien mengidap penyakit menular?	
3	Apakah pasien memiliki resiko mengalami kekerasan fisik sebelum masuk RS (kekerasan rumah tangga, kekerasan pada anak, pemerkosaan dan ditelantarkan)	
4	Apakah pasien memiliki ketergantungan pada alat bantu hidup?	
5	Apakah pasien kurang orientasi?	Ya
6	Apakah pasien tidak ada penjaga atau pendamping?	

J Skrining Kebutuhan Edukasi Pasien		
NO	KEBUTUHAN EDUKASI	KETERANGAN
1	Apakah pasien/ keluarga memiliki pengetahuan yang cukup tentang penyakit yang diderita pasien?	
2	Apakah pasien/ keluarga memerlukan edukasi tentang rencana tindakan yang akan dilakukan pada pasien ?	Ya
3	Apakah pasien/ keluarga memerlukan edukasi tentang resiko terhadap tindakan yang akan dilakukan pada pasien ?	Ya
4	Apakah pasien/ keluarga memerlukan edukasi tentang proses pembiayaan ?	
5	Apakah pasien memerlukan penggunaan peralatan medis yang membutuhkan edukasi tentang keamanan dan efektifitas peralatan medis tersebut ?	
6	Apakah pasien/ keluarga memerlukan edukasi tentang pelayanan kesehatan lainnya yang tersedia selain yang disebutkan di atas ?	
7	Apakah pasien/ keluarga memerlukan edukasi tentang kebutuhan khusus ?	






K Proses Keperawatan			
NO	TANGGAL	MASALAH KEPERAWATAN	Teratasi (T), Teratasi Sebagian (TS), Tidak Teratasi (TT)
1	2025-01-06	Pola nafas tidak adekuat	TS




2	2025-01-06	Risiko/ aktual gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit	TS
3	2025-01-06	Risiko/ aktual perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	TS
4		Risiko/ aktual infeksi	
5		Risiko gangguan perfusi jaringan	
6	2025-01-06	Gangguan rasa nyaman : nyeri	TS
7		Risiko/ aktual gangguan integritas kulit	
8		Risiko cidera	
9		Kurang pengetahuan orangtua	
10	2025-01-06	Cemas	T
11		Risiko/ aktual gangguan eliminasi : BAK / BAB	

L Observasi Khusus			
OBSERVASI			
1	Waktu	2025-01-06	
2	Tekanan Darah (TD)	160/90	
3	Nadi (N)	82	
4	Respiratory Rate (RR)	24	
5	Temperatur	36.8	
6	Intake Cairan/ Infus		
7	NGT/ Minum	50	
8	Muntah		
9	BAK		
10	BAB		
Catatan : PANTAU TTV RUTIN			
		Selesai Assesmen Hari/ Tanggal, 07/01/2025 , Pukul 00:15:47	
		 	

ASESMEN MEDIS			
Mulai Asesmen Tanggal : 06/01/2025 , Pukul 23:00:00			
A. Anamnesa (Auto-anamnesa) pasien mengalah sesak nafas, badan oedem, dan perut membesar 1 minggu ini, pasien hd reguler (Selasa -juumat), pasien tidak cuci darah selama 2minggu			
Riwayat Penyakit : tension asites, ckd on hd	Riwayat Penggunaan Obat-Obatan : Riwayat Perawatan / Pengobatan sebelumnya : haemodialisa rs imleda	Alergi Obat : Alergi Makanan	
B. Pemeriksaan Fisik			
1. Pemeriksaan Umum			
Sensorium	: cm	Anemis	: +
Tekanan Darah	: 160/80 mmHg	Ikerik	: -
Nadi	: 68 x/i	Dyspnoe	: +
Oedem	: +	Suhu	: 36,1 °C
2. Pemeriksaan Khusus			
		Kepala dan Leher	konjungtiva anemis (+) ikerik (-)
		Thorax	ronki (+/-) wheezing (-/-)
		Abdomen	asites (+) lingk perut 131 cm
		Ekstremitas Superior	akral hangat
		Genitalia & Anus	-
		Ekstremitas Inferior	akral hangat, oedem (+)
C. Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik			
Pemeriksaan Penunjang yang dilakukan : Laboratorium Dikirim Tgl/Pukul : 2025-01-06 / 23:10:00 WIB Pemeriksaan : agda, dl,kgd,elektrolit, ur.cr, lft , hbsag		Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-01-06 / 23:38:00 WIB Hasil Pemeriksaan Laboratorium yang perlu diobservasi : agda= alkalosis dl = hb 6,5 leukoist 8,100 trombosit 248.000	
Radiologi Dikirim Tgl/Pukul : 2025-01-06 / 23:10:00 WIB Pemeriksaan : foto thorax ekg		Hasil diterima Tgl/Pukul : 2025-01-06 / 23:23:00 WIB Hasil Pemeriksaan Radiologi : foto thorax = cardiomegali	
D. Diagnosa			
Diagnosa Primer	ckd on hd + overload cairan		
Diagnosa Sekunder	tension asites anemia penyakit kronik		
E. Penatalaksanaan			
Terapi Cairan	three way		
Terapi Injeksi	furosemid 1amp (1x) omz 1amp/12 jam ceftriaxon 1gr/12 jam		

Saat Sedang Rawat

<p>07/01/2025 14:10:58</p> <p>Ruang Rawat Sakura</p>	<p>Apotek</p>	<p>Subyektif (S) Sesak (+) menggigil (+)</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36.4 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 84 x/i Tekanan Darah : 154/83 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 22 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm -</p> <p>Assesment (A) : pemberian terapi obat sesuai indikasi, tepat dosis dan tepat rute pemberian</p> <p>Planning (P) terapi lanjut sesuai instruksi DPJP</p>	<p>pantau jadwal pemberian obat</p>	
<p>07/01/2025 14:20:00</p> <p>Ruang Rawat Sakura</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) Sesak nafas (+), oedem pada kedua tungkai (+),wajah sembab</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 37 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 83 x/i Tekanan Darah : 173/84 mmHg, Berat Badan : TDT Kg, Respirasi : 28 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : CM IDWG : kg UFG : 2 L QB : 250 TIME : 5 jam AKSES HD VIA AV-SHUNT + FULL HEPARINE</p> <p>POST HD TD : mmHg BB : kg</p> <p>Assesment (A) : - Gangguan pola nafas inefektif - Gangguan filtrasi ginjal - Resiko tinggi infeksi</p> <p>Planning (P) - Pantau pola nafas inefektif - Pantau balance cairan - Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therapy</p>	<p>- pantau tanda-tanda vital os - lapor dr. lili syarif sp.PD via WA at 15:00 wib mengenai akses AV-Shunt os lemah. advice pasan doule lument - os menolak pasang double lument kemudian akses Av-shunr di coba lagi dan berhasil.</p>	
<p>08/01/2025 17:17:19</p> <p>Ruang Rawat Sakura</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) nyeri post parasintesis</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 87 x/i Tekanan Darah : 122/89 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 20 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm lemas</p> <p>Assesment (A) : gangguan rasa nyeri</p> <p>Planning (P) kaji ulang skala nyeri target 0 kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therapy</p>	<p>pantau ku dan tv batasi cairan masuk diet M2</p>	
<p>09/01/2025 00:31:24</p> <p>Ruang Rawat Sakura</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) os mengatakan nyeri post parasintesis sudah tidak lagi</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36.4 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 68 x/i Tekanan Darah : 121/69 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 20 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm lemas</p> <p>Assesment (A) : gangguan rasa nyeri</p> <p>Planning (P) kaji ulang skala nyeri target 0 kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therapy</p>	<p>pantau ku dan tv batasi cairan masuk diet M2</p>	
<p>09/01/2025 08:20:08</p> <p>Ruang Rawat Sakura</p>	<p>Dokter</p>	<p>Subyektif (S) nyeri post parasintesis</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36.6 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 78 x/i Tekanan Darah : 1235/67 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 20 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm bengkak di badan tangan dan kaki</p> <p>Assesment (A) : tension acites post parasintesis</p> <p>Planning (P) terapi teruskan</p>	<p>furosemid 1 am/12 jam</p>	

<p>10/01/2025 11:30:00</p> <p>Ruang Rawat Sakura</p>	<p>Dokter</p>	<p>Subyektif (S) post parasintesis, perut membesar berkurang mual (+)</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36,4 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 78 x/i Tekanan Darah : 191/82 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 20 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm sens cm</p> <p>Assesment (A) : acites non sirotik dd/ sirotik ckd selasa jumat</p> <p>Planning (P) therapy lanjut acc pbj sesuai dpjp</p>	<p>spironolacton 1 x 25 mg (P) furosemide 1x 40 (p) channa 3 x 1 omeoerazole 2 x 20 mg</p>	
<p>10/01/2025 12:38:07</p> <p>Ruang Rawat Sakura</p>	<p>Perawat</p>	<p>Subyektif (S) nyeri paha dan keras sebelah kiri (+)</p> <p>Obyektif (O) Suhu : 36,4 °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 78 x/i Tekanan Darah : 191/82 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : 20 x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm treeway (+)</p> <p>Assesment (A) : gangguan rasa nyeri gangguan pola aktifitas</p> <p>Planning (P) pantau k/u dan ttv kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therapy</p>	<p>pantau ku dan ttv batasi cairan masuk spirometri diet M2 ginjal HD REGULER SELASA- JUMAT rencana pbj setelah hd apabila ku stabil</p>	
<p>10/01/2025 13:48:03</p> <p>Ruang Rawat Sakura</p>	<p>Dokter</p>	<p>Subyektif (S) keluhan -</p> <p>Obyektif (O) Suhu : - °C Tinggi Badan : - Cm Nadi : 78 x/i Tekanan Darah : 1901/82 mmHg, Berat Badan : - Kg, Respirasi : - x/i GCS (E,V,M) : 15, Kesadaran : cm ascites + berkurang oedem anasarca +</p> <p>Assesment (A) : CKD ON HDreguler DENGAN VOLUME OVERLOAD</p> <p>Planning (P) hd reguler selasa jumat 4 jam qb 230 ufgoal 3000 minimal heparin furosemide 2x1 valsartan 1 x 80 mg</p>	<p>acc pbj setelah hd kalau ku stabil</p>	

Saat Pulang Rawat

Tanggal Masuk	06/01/2025 / 23:00:00 WIB	RINGKASAN PASIEN KELUAR (DISCHARGE SUMMARY)
Tanggal Keluar	10/01/2025 / 17:00:00 WIB	
Ruangan/Kelas	Ruang Rawat Sakura / Kelas III	
Alasan Pasien Di Rawat	Sesak nafas(+), badan oedem(+), perut membesar(+)	
Anamnese	Pasien mengeluh sesak nafas, badan oedem, dan perut membesar 1 minggu ini. Pasien HD reguler (Selasa - Jumat), pasien tidak cuci darah selama 2 minggu.	
Pemeriksaan Fisik	Suhu : 36.1 °C Tinggi Badan : 165 Cm Nadi : 68 x/i Tekanan Darah : 160/80 mmHg, Berat Badan : 59 Kg, Respirasi : 26 x/i Kesadaran : CM - Anemis : (+), Dyspnoe : (+) - Thorax : Ronchi(+/-) - Abdomen : Asites(+) Lingkar perut 131 CM - Ekstremitas Superior : Akral hangat(+) - Ekstremitas Inferior : Mual bengkak(+), Oedem(+)	
Pemeriksaan Penunjang	Tgl. 06/01/2025 : - THORAX (PA) Kesimpulan ; Cardiomegali. Pneumonia. - HB : 6.5 g/dl, Natrium : 128 mmol/L, Ureum/urea-N : 191 Mg/dl, Creatinin : 8.8 Mg/dl, AGDA->pH : 7.407, PCO2 : 19.2 mmHg, PO2 : 187 mmHg, HCO3 : 12.2 mmol/L, CO2 total ; 12.8 mmol/L, Base excess : - 12.7 mmol/L.	
Diagnosa Masuk		
Pengobatan dan Tindakan	Pengobatan : OMEPRAZOLE 40 MG INJ, FUROSEMID 10MG/ML / ROXEMID INJ, CEFTRIAXONE 1 GR INJ, - TINDAKAN : PARASINTESIS + HAEMODIALISA + TRANSFUSI DARAH 1 BAG	
Perkembangan selama dirawat	Tgl. 06/01/2025 Sesak nafas(+), bengkak seluruh badan(+), perut membesar(+), 1 minggu, US Reguler Selasa & Jumat, tidak cuci darah selama 2 minggu, TD : 160/76mmHg, HR : 86x/i, RR : 24x/i, Temp : 36.3°C. Tgl. 07/01/2025 Sesak nafas(+), oedem pada kedua tungkai(+), wajah sembab(+), TD : 173/84mmHg, HR : 83x/i, RR : 28x/i, Temp : 37°C. Instruksi pemasangan double lumen->pasien dan keluarga menolak (surat penolakan terlampir). Tgl. 08/01/2025 Nyeri post parasintesis(+), TD : 122/89mmHg, HR : 87x/i, RR : 20x/i, Temp : 36°C, HB : 8.0 g/dl. Tgl. 09/01/2025 Nyeri post parasintesis(+), kaki bengkak(+), lemas(+), sesak nafas ber(-), TD : 123/67mmHg, HR : 78x/i, RR : 20x/i, Temp : 36.6°C. Tgl. 10/01/2025 Nyeri post parasintesis ber(-), perut membesar ber(-), mual(-), sesak nafas ber(-), TD : 123/67mmHg, HR : 78x/i, RR : 20x/i, Temp : 36.6°C. Pasien dapat beraktivitas normal, dapat makan dan minum, dapat berjalan dengan bantuan PBJ.	
Diagnosa Akhir	CKD on HD + Edema paru + Asites + PPOK + Anemia	
Kondisi Pasien dan Obat-Obatan Yang di Bawa Saat Pasien Pulang	PBJ membaik : FUROSEMIDE 40 MG TAB, SALBUTAMOL 2 MG TAB, VALSARTAN 80 MG TAB, CHANNA 500 MG CAPS, FUROSEMIDE 40 MG TAB, OMEPRAZOLE 20 MG TAB,	
Instruksi Tindak Lanjut	Kontrol Ke Haemodialisa Tgl : 14/01/2025	
Edukasi	- Makan makanan yang bergizi - Banyak istirahat - Hindari stres - Konsumsi obat sesuai aturan dokter - Kontrol sesuai jadwal	

Komponen 3 Review Penjelasan dan Konfirmasi Pengobatan yang Dilakukan

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Adanya Konsistensi Pencatatan	K	TK
Keselamatan Pasien				
1	Konsistensi skor dan kategori ketergantungan pada Skrinning risiko cedera/ jatuh	Pada skrinning risiko cedera/ jatuh memiliki kriteria tingkat risiko terapi intra vena dengan skor 25 dan tingkat risiko cara berjalan/berpindah dengan skor 30. Untuk total skor 0-24 yaitu	✓	

		risiko rendah, 25-50 yaitu risiko sedang, >50 risiko tinggi sehingga Ny. S masuk kedalam kategori risiko tinggi dengan jumlah skor 55.		
Tatalaksana Medis				
1	Konsistensi Instruksi dan Pelaksanaan Pemberian Obat	Pada tanggal 7 Januari 2025 pukul 10:00, pasien menerima injeksi furosemide, omz, dan ceftriaxone. Pukul 12:00, diberikan kembali injeksi omz dan ceftriaxone. Pada tanggal 8 Januari 2025, terapi omz dan ceftriaxone diberikan pada pukul 07:00 dan diulang pada pukul 19:00. Pada tanggal 9 Januari 2025 pukul 07:00, pasien menerima omz, ceftriaxone, dan injeksi furosemide. Pada pukul 14:00, diberikan terapi ventolin dan pulmicort, kemudian pukul 19:00 diberikan kembali ceftriaxone. Pada tanggal 10 Januari 2025 pukul 07:00, pasien menerima terapi lengkap berupa omz, ceftriaxone, furosemide, serta ventolin dan pulmicort. Terapi ventolin dan pulmicort kembali diberikan pada pukul 14:00.	✓	
2	Konsistensi Instruksi dan pelaksanaan penghentian/penggantian obat	Tidak terdapat pencatatan instruksi penghentian/penggantian pemberian obat pada Ny. S		✓
3	Konsistensi Instruksi dan pelaksanaan pemeriksaan penunjang	Instruksi dan pelaksanaan pemeriksaan penunjang terdapat pada formulir IGD, Asesmen Medis dan CPPT. Tindakan hemodialisa dan double lumen dilakukan pada tanggal 07-01-2025 serta parasintesis pada tanggal 08-01-2025.	✓	

Skrining Risiko Cedera/ Jatuh

F Skrining Risiko Jatuh			
DEWASA (Penilaian Skala Risiko Jatuh Morse Falls Scale / MFS)			
NO	TINGKAT RESIKO	URAIAN	SKOR
1	Riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	Tidak Ada	0
2	Alat bantu jalan	Bed Rest/Kursi Roda/Tidak ada	0
3	Terapi Intra Vena (IV)	Ada	25
4	Cara berjalan/berpindah	Terganggu	30
5	Status mental	Orientasi sesuai kemampuan	0
TOTAL SKOR			55
Catatan : Bila Nilai Total : 0-24 => Risiko Rendah, 25-50 => Risiko Sedang, >50 => Risiko Tinggi			

Komponen 4 Review Pencatatan Surat Persetujuan/ Penolakan Tindakan Kedokteran (SPTK)

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Pencatatan yang Konsisten	K	TK
Bagian Pemberian Informasi				
1	a. Jenis Informasi b. Isi Informasi	Konsistensi pada formulir persetujuan tindakan kedokteran yang berisi tentang diagnosa, tindakan yang dilakukan, tujuan, resiko dan komplikasi sudah sesuai dan lengkap yang dijelaskan oleh dokter kepada pasien dan sudah terdapat tanda tangan oleh dokter yang menjelaskan informasi dan tanda tangan pasien yang menerima informasi oleh dokter.		✓
Bagian Kesetujuan/ Penolakan Tindakan Kedokteran				
1	a. Diagnosa b. Tindakan	Konsistensi formulir persetujuan/penolakan tindakan kedokteran yang berisikan persetujuan dengan informasi tindakan yang sudah di jelaskan dokter dan sudah tanda tangan oleh dokter dan pasien.	✓	

PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan		[Redacted]	
Pemberi Informasi		[Redacted]	
Penerima Informasi / Pemberi Penolakan		[Redacted]	
NO	Jenis Informasi	Isi Informasi	Check List (v)
1	Diagnosis (WD & DD)	Chd - HD	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Dasar Diagnosis	Revisi dokumentasi	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Tindakan Kedokteran	CDL	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Indikasi Tindakan	PKL	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Tata cara	CDL	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Tujuan	meningkatkan kualitas hidup	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Risiko		<input checked="" type="checkbox"/>
8	Komplikasi		<input checked="" type="checkbox"/>
9	Prognosis		<input checked="" type="checkbox"/>
10	Alternatif & Risiko		<input checked="" type="checkbox"/>
11	Lain-lain		<input checked="" type="checkbox"/>
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi.		Tanda Tangan [Redacted]	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dan telah memahami sebagaimana disebut diatas, dan telah saya beri check list (v) pada kolom disebelahnya.		Tanda Tangan Pasien/Keluarga [Redacted]	
PERNYATAAN PENOLAKAN			
Yang bertanda tangan dibawah ini, nama [Redacted] tahun, jenis kelamin: [Redacted] perempuan, alamat: MAWA PASAK U 4-ABR11 dengan ini menyatakan penolakan untuk dilakukannya tindakan [Redacted] saya/orangtua/suami/istri/anak/saudara [Redacted] saya, bermata [Redacted] umur [Redacted] tahun, jenis kelamin: laki-laki/perempuan, alamat: [Redacted]			
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, dan risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan. Saya bertanggung jawab penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.			
Medan, tanggal 02-01-2015, Pukul: 15-10 WIB.		Saksi,	
Yang Menyatakan [Redacted]		[Redacted]	

Komponen 5 Review Praktik Pendokumentasian

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Praktik Pencatatan yang Konsisten	K	TK
Waktu Pencatatan				
1	Saat baru masuk rawat a. Dokter b. Perawat	Kekonsistenan pada asesmen IGD lengkap tanggal dan jam oleh dokter maupun perawat.	✓	
2	Saat sedang dirawat a. Dokter b. Perawat	Kekonsistenan pada CPPT dan informed consent yang berisikan tanggal dan waktu pencatatan oleh dokter dan perawat sudah tercatat lengkap.	✓	
3	Saat akan pulang a. Dokter b. Perawat	Kekonsistenan pencatatan tanggal dan waktu pada resume medis pasien tercatat dengan lengkap oleh dokter dan perawat.	✓	

Keterbacaan dan Kebermaknaan				
1	Saat baru masuk rawat a. Dokter b. Perawat	Keterbacaan dan kebermaknaan pada asesmen IGD dan asesmen medis rawat inap oleh dokter dan perawat dapat dimengerti sehingga konsisten	✓	
2	Saat sedang dirawat a. Dokter b. Perawat	Keterbacaan dan kebermaknaan pada CPPT dan informed consent yang diisi oleh dokter dan perawat dapat dibaca dan dimengerti sehingga konsisten		✓
3	Saat akan pulang a. Dokter b. Perawat	Keterbacaan dan kebermaknaan pada ringkasan pasien pulang dapat dimengerti sehingga konsisten.	✓	

Waktu Pencatatan

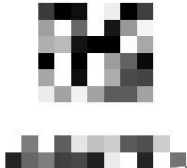
segala akibat yang mungkin timbul dengan dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.

Medan, tanggal 08-01-25, Pukul: 01-50 WIB.

Yang Menyatakan _____ Saksi, _____

*) Lingkari yang sesuai

Selesai Assesmen Hari/ Tanggal, 07/01/2025 , Pukul 00:15:47



Keterbacaan dan Kebermaknaan

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi / Pemberi Persetujuan		Surijat	
NO	Jenis Informasi	Isi Informasi	Check List (√)
1	Diagnosis (WD & DD)	LDK R	—
2	Dasar Diagnosis	LDK R	—
3	Tindakan Kedokteran	Marsa fure	—
4	Indikasi Tindakan	LDK R	—
5	Tata cara	LDK R	—
6	Tujuan	LDK R	—
7	Risiko	LDK R	—
8	Komplikasi	LDK R	—
9	Prognosis	LDK R	—
10	Alternatif & Risiko	LDK R	—
11	Lain-lain	LDK R	—
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi.		Tanda Tangan Dokter	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dan telah memahami sebagaimana disebut diatas, dan telah saya beri check list (√) pada kolom disebelahnya.		Tanda Tangan Pasien/Keluarga	
PEMBERIAN PERSETUJUAN			
Yang bertanda tangan dibawah ini, nama _____ umur _____ tahun, jenis kelamin : laki-laki / perempuan alamat : MPB 31K PASIR 2 LE. PASADI dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukannya tindakan PARSIMESIS terhadap saya/orangtua/suami/istri/anak/saudara saya, bernama _____ umur _____ tahun, jenis kelamin : laki-laki / perempuan, alamat : _____			
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut dilakukan. Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul dengan dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.			
Medan, tanggal 00-01-20, Pukul : 02-50 WIB. Seksi,			
Yang Menyatakan _____			

*) Lingkari yang sesuai

Komponen 6 Review Hal-hal yang Berpotensi Tuntutan/Kompensasi Ganti Rugi

No	Lembaran Subkomponen yang Dianalisis	Pencatatan Kejadian Penting	A	TA
Saat Masuk Rawat				
1	Masuk RS kembali dengan kasus yang sama <2 hari	Pasien tidak ada masuk RS dengan kasus yang sama selama <2 hari		✓
Saat Sedang Rawat				
1	Komplikasi masalah pengobatan: Reaksi alergi obat/ transfuse, infeksi sesudah masuk, infeksi sesudah operasi	Tidak ada alergi/infeksi		✓
2	Komplikasi masalah	Tidak ada decubitus, infeksi dan infus		✓

	perawatan : decubitus, infeksi, infus dan lainnya.			
3	Tindakan yang dilakukan : Prosedur batal yang dilakukan, masuk OK 2x, masuk ICU 2x, masuk ICU tanpa rencana	Tidak ada prosedur tindakan yang batal dilakukan		✓
Saat Akan Pulang Rawat				
1	Pulang paksa/ pasien pindah bukan alasan administrasi	Pasien berobat jalan dengan membaik		✓

2. PENGOLAHAN DATA

a. Komponen 1

No	No RM	Saat Masuk	Saat Dirawat	Saat Pulang
		Konsistensi diagnosa pada surat rujukan/ pengantar rawat, pengkajian awal perawat dan dokter	Konsistensi diagnosa pada CPPT hari pertama sampai hari terakhir rawat	Konsistensi diagnosa mulai dari saat masuk, CPPT dan pulang pada ringkasan pulang
1	3179xx	1	1	1
2	3172xx	1	1	1
3	3149xx	1	1	1
4	3167xx	1	1	1
5	3007xx	1	1	1
Total		5	5	5

b. Komponen 2

No	No RM	Saat Masuk	Saat Dirawat	Saat Pulang
		Konsistensi pencatatan di pengkajian awal perawatan rawat inap dan pengkajian awal medis rawat inap	Konsistensi Pencatatan di Catatan Perkembangan Pasien oleh dokter dan perawat dari hari pertama sampai pulang.	Menganalisis mulai dari pengkajian awal, CPPT sampai ringkasan pulang (<i>Discharge summary</i>)
1	3179xx	1	1	1
2	3172xx	1	1	1
3	3149xx	1	1	1
4	3167xx	1	1	1

5	3007xx	1	1	1
Total		5	5	5

c. Komponen 3

No	No RM	Komponen Analisis			
		Keselamatan Pasien		Tatalaksana Medis	
		Skrinning Risiko Cedera/ Jatuh	Pelaksanaan Pemberian Obat	Penghentian/ Penggantian Obat	Pelaksanaan Pemeriksaan Penunjang
1	3179xx	1	1	1	1
2	3172xx	1	1	1	1
3	3149xx	1	1	0	1
4	3167xx	1	1	0	1
5	3007xx	1	1	0	1
Total		5	5	5	5

d. Komponen 4

No	No RM	Komponen Analisis	
		Pemberian Informasi	Persetujuan Tindakan kedokteran
		Konsistensi pada formulir persetujuan tindakan kedokteran yang berisi tentang diagnosa, tindakan yang dilakukan, tujuan, resiko dan komplikasi	Konsistensi pada formulir persetujuan tindakan kedokteran yang berisi tentang diagnosa, tindakan yang dilakukan, tujuan, resiko dan komplikasi
1	3179xx	0	0
2	3172xx	0	1
3	3149xx	1	1
4	3167x	1	1
5	3007xx	0	1
Total		2	4

e. Komponen 5

No	No RM	Komponen Analisis					
		Waktu Pencatatan			Keterbacaan dan Kebermaknaan		
		Saat Masuk	Sedang Dirawat	Saat Pulang	Saat Masuk	Sedang Dirawat	Saat Pulang
1	3179xx	1	1	1	1	0	1
2	3172xx	1	1	1	1	0	1
3	3149xx	1	1	1	1	0	1

4	3167x	1	1	1	1	0	1
5	3007xx	1	1	1	1	0	1
Total		5	5	5	5	0	5

f. Komponen 6

No	No RM	Saat Masuk	Saat Dirawat			Saat Pulang
		Masuk RS kembali dengan kasus yang sama <2 hari	Komplikasi masalah pengobatan	Komplikasi masalah perawatan	Tindakan yang dilakukan	Pulang paksa/pasien pindah bukan alasan administrasi
1	3179xx	0	0			0
2	3172xx	0	0			0
3	3149xx	0	0			0
4	3167xx	0	0			0
5	3007xx	0	0			0
Total		0	0			0

3. PENYAJIAN DATA

a. Komponen 1

No	Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten	
		f	%	f	%
Saat Masuk Rawat					
1	Konsistensi diagnosa pada surat rujukan/pengantar rawat, pengkajian awal perawat dan dokter	5	100%	0	0%
Catatan Dokter & Perawat Saat Sedang Dirawat					
2	Konsistensi diagnosa pada Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) hari pertama sampai hari terakhir rawat	5	100%	0	0%
Saat Akan Pulang Rawat					
3	Konsistensi diagnosa mulai dari saat masuk, CPPT dan pulang pada ringkasan pulang	5	100%	0	0%

b. Komponen 2

No	Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten	
		f	%	f	%
Saat Masuk Rawat					
1	Konsistensi pencatatan di pengkajian awal perawat ruang rawat inap dan pengkajian awal medis rawat inap	5	100%	0	0%
Catatan Dokter & Perawat Saat Sedang Dirawat					
2	Konsistensi pencatatan di Catatan Perkembangan Pasien oleh dokter dan perawat dari hari pertama sampai pulang	5	100%	0	0%
Saat Akan Pulang Rawat					
3	Menganalisis kekonsistensian data mulai dari pengkajian awal, CPPT sampai ringkasan pasien pulang (<i>Discharge Summary</i>)	5	100%	0	0%

c. Komponen 3

No	Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten	
		f	%	f	%
Keselamatan Pasien					
1	Skrining risiko cedera/ jatuh	5	100%	0	0%
Tatalaksana Medis					
2	Konsistensi instruksi dan pelaksanaan pemberian obat	5	100%	0	0%
3	Konsistensi instruksi dan pelaksanaan penghentian/ penggantian obat	2	40%	3	60%
4	Konsistensi instruksi dan pelaksanaan pemeriksaan penunjang	5	100%	0	0%

d. Komponen 4

No	Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten	
		f	%	f	%
Bagian Pemberian Informasi					
1	Kesesuaian dan kelengkapan antara jenis dan isi informasi yang dijelaskan dokter ke pasien/ keluarga terdekat	2	40%	3	60%
Bagian Persetujuan/ Penolakan Tindakan Kedokteran					
2	Kesesuaian antara diagnosa dengan tindakan yang disetujui/ ditolak pasien/ keluarga terdekat	4	80%	1	20%

e. Komponen 5

No	Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten	
		f	%	f	%
Waktu Pencatatan					
a	Saat baru masuk rawat				
	3) Dokter	5	100%	0	0%
	4) Perawat	5	100%	0	0%
b	Saat sedang dirawat				
	3) Dokter	5	100%	0	0%
	4) Perawat	5	100%	0	0%
c	Saat akan pulang				
	3) Dokter	5	100%	0	0%
	4) Perawat	5	100%	0	0%
eterbacaan dan Kebermaknaan					
a	Saat baru masuk rawat				
	3) Dokter	5	100%	0	0%
	4) Perawat	5	100%	0	0%
b	Saat sedang dirawat				
	3) Dokter	0	0%	5	100%
	4) Perawat	0	0%	5	100%

c	Saat akan pulang				
	3) Dokter	5	100%	0	0%
	4) Perawat	5	100%	0	0%

f. Komponen 6

No	Komponen Analisis	Ada		Tidak Ada	
		f	%	f	%
Saat Masuk					
1	Masuk RS kembali dengan kasus yang sama <2 hari	0	0%	5	100%
Saat Sedang Dirawat					
2	Komplikasi masalah pengobatan : Reaksi alergi obat/ transfuse, infeksi sesudah masuk, infeksi sesudah operasi	0	0%	5	100%
3	Komplikasi masalah perawatan : decubitus, infeksi infus dan lainnya	0	0%	5	100%
4	Tindakan yang dilakukan : Prosedur batal dilakukan, masuk OK 2x, masuk ICU 2x, masuk ICU tanpa rencana	0	0%	5	100%
Saat Akan Pulang					
5	Pulang paksa/ pasien pindah bukan alasan administrasi	0	0%	5	100%

Lampiran 8

LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI
PRODI SARJANA TERAPAN MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN
UNIVERSITAS IMELDA MEDAN T.A 2024/2025

Nama : SRI FALYA RIFQAH

NIM : 2113363027

Judul Skripsi : PELAKSANAAN AUDIT REKAM MEDIS MELALUI ANALISIS KUALITATIF BERDASARKAN 6 KOMPONEN REVIEW REKAM MEDIS PASIEN DENGAN DIAGNOSA *CHRONIC KIDNEY DISEASE* DI RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA TAHUN 2025

Dosen pembimbing : MEI SRYENDANG SITORUS, A.Md.RMIK., SKM., MKM

No	Hari dan tanggal	Materi Konsultasi	Paraf Pembimbing
1	Selasa, 29 April 2025	Pengajuan Judul Skripsi	↑
2	Rabu, 30 April 2025	Review Jurnal	↑
3	Jumat, 16 Mei 2025	Bimbingan Bab 1-3	↑
4	Senin, 26 Mei 2025	Revisi Bab 1-3	↑
5	Rabu, 28 Mei 2025	Acc Bab 1-3	↑
6	Selasa, 3 Juni 2025	Bimbingan Instrumen Penelitian	↑
7	Senin, 7 Juli 2025	Bimbingan Bab 4-5	↑
8	Jumat, 18 Juli 2025	Revisi Bab 4-5	↑
9	Sabtu, 19 Juli 2025	Acc Bab 4-5	↑

Diketahui
Dosen Pembimbing



Mei Sryendang Sitorus, A.Md.RMIK.,SKM.,MKM
NIDN. 0112057702

BUKTI REVISI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sri Falya Rifqah

NIM : 2113363027

Tingkat : IV

Program Studi : Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan

Benar telah melakukan REVISI SKRIPSI saya yang berjudul "Evaluasi Pelaksanaan Audit Rekam Medis Melalui Analisis Kualitatif Berdasarkan 6 Komponen Review Rekam Medis Pasien Dengan Diagnosa *Chronic Kidney Disease* di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2025" kepada

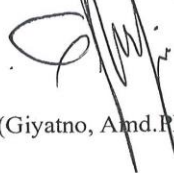
Penguji I : Giyatno, Amd.PK., S.Kom., SKM., M.K.M

NUPTK : 6155759660130163

Demikian Bukti Revisi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya, atas perhatian Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Medan, 15 September 2025

Diketahui Oleh,
Penguji I



(Giyatno, Amd.PK., S.Kom., SKM., M.K.M)

Yang Menyatakan



(Sri Falya Rifqah)

BUKTI REVISI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sri Falya Rifqah

NIM : 2113363027

Tingkat : IV

Program Studi : Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan

Benar telah melakukan REVISI SKRIPSI saya yang berjudul "Evaluasi Pelaksanaan Audit Rekam Medis Melalui Analisis Kualitatif Berdasarkan 6 Komponen Review Rekam Medis Pasien Dengan Diagnosa *Chronic Kidney Disease* di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2025" kepada

Penguji II : Theresia Hutasoit, S.R.M., M.K.M

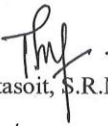
NUPTK : 6352771672230343


Demikian Bukti Revisi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya, atas perhatian Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Medan, September 2025

Diketahui Oleh,
Penguji II

Yang Menyatakan


(Theresia Hutasoit, S.R.M., M.K.M)


(Sri Falya Rifqah)

BUKTI REVISI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sri Falya Rifqah

NIM : 2113363027

Tingkat : IV

Program Studi : Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan

Benar telah melakukan REVISI SKRIPSI saya yang berjudul "Evaluasi Pelaksanaan Audit Rekam Medis Melalui Analisis Kualitatif Berdasarkan 6 Komponen Review Rekam Medis Pasien Dengan Diagnosa *Chronic Kidney Disease* di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2025" kepada

Penguji II : Mei Sryendang Sitorus, A.Md.RMIK.,SKM.,M.K.M

NUPTK : 2844755656230152

Demikian Bukti Revisi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya, atas perhatian Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Medan, September 2025

Diketahui Oleh,
Penguji III

Yang Menyatakan



(Mei Sryendang Sitorus, A.Md.RMIK.,SKM.,MKM)

(Sri Falya Rifqah)

BERITA ACARA REVISIAN SKRIPSI

Pada hari Selasa tanggal 19 Agustus 2025 bertempat di Prodi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan Universitas Imelda Medan telah dilaksanakan sidang SKRIPSI terhadap mahasiswa :




Nama : Sri Falya Rifqah

NIM : 2113363027

Judul Skripsi : Evaluasi Pelaksanaan Audit Rekam Medis Melalui Analisis Kualitatif Berdasarkan 6 Komponen Review Rekam Medis Pasien Dengan Diagnosa *Chronic Kidney Disease* di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2025

Dosen Pembimbing : Mei Sryendang Sitorus, A.Md.RMIK.,SKM.,MKM

Revisi SKRIPSI

No	Nama Dosen Penguji	Hal Yang Diperbaiki	Hasil Perbaikan	Paraf
1	Giyatno, Amd.PK., S.Kom., SKM., M.K.M	1. Perbaikan Judul 2. Sistematika Penulisan 3. Latar Belakang 4. Hasil Wawancara 5. Saran 6. Daftar Pustaka	Sudah Diperbaiki	
2	Theresia Hutasoit, S.R.M., M.K.M	1. Sistematika Penulisan 2. Hasil Analisis 3. Lampiran	Sudah Diperbaiki	
3	Mei Sryendang Sitorus, A.Md.RMIK.,SKM.,MKM	1. Sistematika Penulisan	Sudah Diperbaiki	

Diketahui Dosen Pembimbing,



(Mei Sryendang Sitorus, A.Md.RMIK.,SKM.,MKM)

Lampiran 11

DOKUMENTASI







