

Lampiran 1 Lembar Izin Penelitian dari Kampus Poltekkes Kemenkes Malang



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG



- Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746
- Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 Jember Telp (0331) 486613
- Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang Telp (0341) 427847
- Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp (0342) 801043
- Kampus IV : Jl. KH Wakhid Hasyim No. 64B Kediri Telp (0354) 773095
- Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek Telp (0355) 791293
- Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusumo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792
Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id

Nomor : PP.08.02/6.1/ 0121 /2019
Lampiran : -
Hal : Surat Izin Penelitian (Survey Pendahuluan – Penelitian)
Malang, 4 November 2019

Kepada
Yth. Direktur Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang
Di

Tempat

Schubungan dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir Mahasiswa Semester V Prodi D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang TA. 2019/2020, maka bersama ini kami berharap kepada Bapak/Ibu berkenan untuk memberikan ijin kepada mahasiswa atas nama :

Nama : Alhanatus Zuhria
NIM : P17410174066

Untuk melakukan survey pendahuluan dan penelitian di instansi yang Bapak/Ibu pimpin dengan
Topik / Judul : Perbedaan Kelengkapan Isi Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Sebelum Dan
Sesudah Adanya Buku Pedoman *Assembling* Di Rumah Sakit Umum
Muhammadiyah Malang

Pelaksanaan : November – Desember 2019

Adapun data yang akan diambil sebagai berikut:

1. SOP *assembling* dokumen rekam medis
2. Dokumen rekam medis
3. Jenis-jenis formulir

Demikian surat ini kami buat. Atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi
D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan


Tutik Herawati, S.Kp., M.M.
NIP. 197108241994032001

Tembusan :
1. Rekam Medis
2. Arsip

Lampiran 2 Surat Balasan Dari Rumah Sakit UMM



Nomor : B.1.b/099/RS-UMM/XI/2019
Lampiran :-
Perihal : **Persetujuan Ijin Penelitian**

Malang, 29 November 2019

Kepada Yth : **Ketua**
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
di Malang

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dengan hormat, sesuai dengan pengajuan surat nomor PP.08.02/6.1/0121/2019 tanggal 04 November 2019 perihal tentang Permohonan Ijin Penelitian yang akan diadakan di Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Malang, maka kami menyetujui ijin yang dimaksud dengan biaya sebesar Rp. 200.000/mahasiswa dan selanjutnya dapat berhubungan dengan Kabid Kepegawaian dan Diklat Sdr. Fandy Dharmawan, S.Kep.,Ns dengan nomorHp. 082338732600.

Demikian pemberitahuan ini, atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

an Direktur
Wakil Direktur Umum dan Keuangan,

Dr. Mursidi, MM

Tembusan Kepada Yth :

1. Pengawas
2. Direktur
3. Wakil Direktur Pelayanan
4. Kabid Kepegawaian dan Diklat
5. Alhanatus Zuhria

Lampiran 3 Lembar Kartu Bimbingan Laporan Tugas Akhir

	KARTU BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR
	JURUSAN KESEHATAN TERAPAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

NIM : 17910174066
 Nama Lengkap : ALHASANATUS ZUHRI
 Dosen Pembimbing 1 : Tutik Herawati, S.Kp, MM
 Dosen Pembimbing 2 :
 Judul Tugas Akhir : Perbedaan kelengkapan isi dokumen RM Rawat Inap Sebelum dan Sesudah adanya Buku Pedoman Assembling di RS UMM Malang

FOTO
2x3

No.	Tanggal Bimbingan	Pokok Bahasan	Paraf Dosen Pembimbing
	7 Jan '20	Revisi rekam medis di perbaiki	
	6 Jan '20	Revisi Bab IV - hasil penelt	
	13 Jan '20	Revisi pembahasan	
	28 Jan '20	Revisi pembahasan	
	30 Jan '20	Ace ujian akhir	

Catatan Untuk Dosen Pembimbing Bimbingan Tugas Akhir

Dimulai pada tanggal :
 Diakhiri pada tanggal :
 Jumlah pertemuan :

Disetujui oleh,
Dosen Pembimbing II

NIP.

Disetujui oleh,
Dosen Pembimbing I

Tutik Herawati, S.Kp, MM
 NIP. 197106241994032001



*Lembar konsultasi tugas akhir tidak boleh hilang
 Scanned with
 CamScanner

Lampiran 4 Lembar Persetujuan Responden 1

PERNYATAAN KESEDIAAN
MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Lailatul Mukarromah
Umur : 21 thn
Alamat : Jl. Andromeda No. 17 Malang

Setelah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Alhasanatus Zuhria Mahasiswi Prodi D3 Perkam Medis dan Informasi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang dengan judul "Perbedaan Kelengkapan Isi Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Sebelum dan Sesudah Adanya Buku Pedoman Assembling Di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang ". Saya telah memahaminya dan dengan ini saya menyatakan ketersediaannya untuk menjadi responden dalam penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya merasa dirugikan dalam bentuk apapun, maka saya dapat membatalkan persetujuan ini sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Malang, 19 Desember 2019

Mengetahui,

Peneliti


Alhasanatus Zuhria
NIM.17410174066

Responden


Lailatul Mukarromah
Nama Terang



Lampiran 5 Lembar Persetujuan Responden 2

PERNYATAAN KESEDIAAN
MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : NOVIKA HUMAIROH, S.ST
Umur : 24 tahun
Alamat : Jl. Tlogomas Bang 15 C

Setelah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Alhasanatus Zuhria Mahasiswi Prodi D3 Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang dengan judul "Perbedaan Kelengkapan Isi Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Sebelum dan Sesudah Adanya Buku Pedoman Assembling Di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang ". Saya telah memahaminya dan dengan ini saya menyatakan ketersediaannya untuk menjadi responden dalam penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya merasa dirugikan dalam bentuk apapun, maka saya dapat membatalkan persetujuan ini sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Malang, 19 Desember 2019

Mengetahui,

Peneliti



(Alhasanatus Zuhria)
NIM.17410174066

Responden



(NOVIKA HUMAIROH, S.ST)
Nama Terang



LEMBAR KUESIONER
PENILAIAN BUKU PEDOMAN ASSEMBLING DOKUMEN REKAM
MEDIS RAWAT INAP

I. Identitas Responden

No. Responden : 02 (diisi oleh Peneliti)
Nama : Lailatul Mukarramah
Jenis Kelamin : L / (P)
Pendidikan Terakhir : SD/SMP/SMA/DIIII/DIV

II. Petunjuk Pengisian

- a. Bacalah pertanyaan dengan baik dan teliti sebelum anda menjawab
- b. Jawablah dengan memberi tanda (✓) pada kolom pilihan jawaban yang sesuai dengan pendapat anda

III. Daftar Pertanyaan

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Buku Panduan Assembling Dokumen Rekam Medis Rawat Inap mudah dipahami dengan baik	✓	
2.	Buku Panduan Assembling Dokumen Rekam Medis Rawat Inap membantu pelaksanaan assembling dokumen rekam medis rawat inap	✓	
3.	Buku Panduan Assembling Dokumen Rekam Medis Rawat Inap sesuai dengan kebutuhan yang dibutuhkan pegawai dalam proses assembling dokumen rekam medis rawat inap	✓	
4.	Buku Panduan Assembling Dokumen Rekam Medis Rawat Inap sesuai dengan kebutuhan assembling dokumen rekam medis rawat inap	✓	
5.	Buku Panduan Assembling Dokumen Rekam Medis Rawat Inap membantu petugas dalam memahami proses assembling	✓	

6.	Petugas Assembling teliti dan tepat waktu dalam melengkapi dokumen rekam medis rawat inap	✓	
7.	Petugas melakukan sesuai prosedur assembling	✓	
8.	Petugas assembling mengetahui prosedur assembling		✓
9.	Kelengkapan isi dokumen rekam medis berfungsi sebagai klaim asuransi	✓	
10.	Keterlambatan klaim bisa terjadi karena isi dokumen belum terisi dengan lengkap	✓	
11.	Petugas melakukan assembling dengan baik	✓	
12.	Apabila dokumen tidak lengkap petugas segera menanyakan kepada dokter yang bertanggung jawab	✓	
13.	Petugas meneliti kembali diagnosa akhir pasien	✓	
14.	Petugas melihat kekonsistenan dokumen rekam medis		✓
15.	Petugas memeriksa keakuratan dokumen rekam medis	✓	

IV. Saran :

LEMBAR KUESIONER
PENILAIAN BUKU PEDOMAN ASSEMBLING DOKUMEN REKAM
MEDIS RAWAT INAP

I. Identitas Responden

No. Responden : (diisi oleh Peneliti)
Nama : Novika Humaroh, S. ST
Jenis Kelamin : L / P
Pendidikan Terakhir : SD/SMP/SMA/DIII/DIV / S1

II. Petunjuk Pengisian

- a. Bacalah pertanyaan dengan baik dan teliti sebelum anda menjawab
- b. Jawablah dengan memberi tanda (✓) pada kolom pilihan jawaban yang sesuai dengan pendapat anda

III. Daftar Pertanyaan

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Buku Panduan Assembling Dokumen Rekam Medis Rawat Inap mudah dipahami dengan baik	✓	
2.	Buku Panduan Assembling Dokumen Rekam Medis Rawat Inap membantu pelaksanaan assembling dokumen rekam medis rawat inap	✓	
3.	Buku Panduan Assembling Dokumen Rekam Medis Rawat Inap sesuai dengan kebutuhan yang dibutuhkan pegawai dalam proses assembling dokumen rekam medis rawat inap	✓	
4.	Buku Panduan Assembling Dokumen Rekam Medis Rawat Inap sesuai dengan kebutuhan assembling dokumen rekam medis rawat inap	✓	
5.	Buku Panduan Assembling Dokumen Rekam Medis Rawat Inap membantu petugas dalam memahami proses assembling	✓	

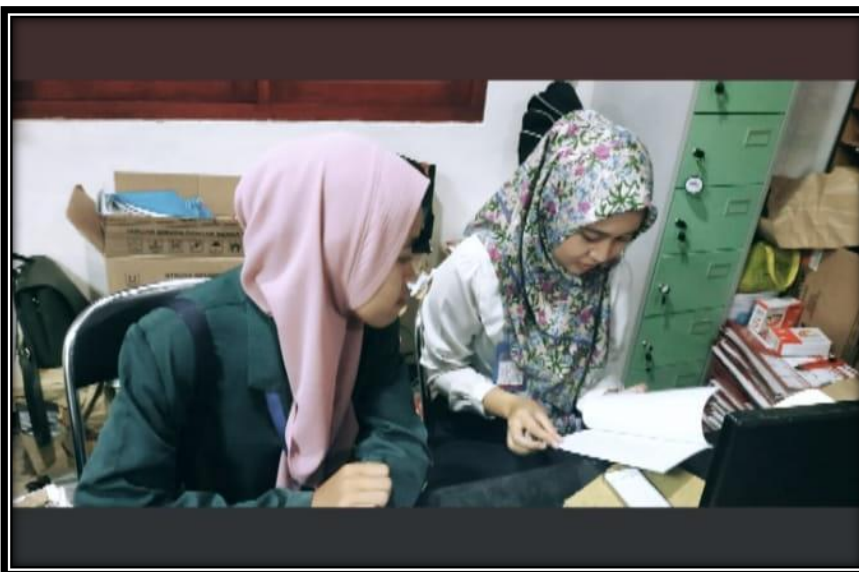


Scanned with
CamScanner

6.	Petugas Assembling teliti dan tepat waktu dalam melengkapi dokumen rekam medis rawat inap	✓	
7.	Petugas melakukan sesuai prosedur assembling	✓	
8.	Petugas assembling mengetahui prosedur assembling	✓	
9.	Kelengkapan isi dokumen rekam medis berfungsi sebagai klaim asuransi	✓	
10.	Keterlambatan klaim bisa terjadi karena isi dokumen belum terisi dengan lengkap	✓	
11.	Petugas melakukan assembling dengan baik	✓	
12.	Apabila dokumen tidak lengkap petugas segera menanyakan kepada dokter yang bertanggung jawab	✓	
13.	Petugas meneliti kembali diagnosa akhir pasien	✓	
14.	Petugas melihat kekonsistenan dokumen rekam medis		✓
15.	Petugas memeriksa keakuratan dokumen rekam medis	✓	

IV. Saran :

Lampiran 8 Sosialisasi dan Implementasi Buku Pedoman Assembling



Lampiran 9 Lembar Checklist Pretest

No	No RM	Komponen												Total	Ket
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	1825246	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	10	TL
2	1840885	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
3	1835243	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	10	TL
4	1839088	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
5	1840897	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	TL
6	1841020	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
7	1840749	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
8	1840412	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	TL
9	1828382	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	TL
10	1841113	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
11	1841160	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	TL
12	1700885	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
13	1606435	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
14	1841173	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	TL
15	1608873	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
16	1613824	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	TL
17	1704252	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
18	1617849	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
19	1840043	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
20	1804649	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	TL
21	1839515	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
22	1841238	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
23	1841216	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
24	1500749	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	TL
25	1501909	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	TL
26	1715858	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	TL
27	1841220	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	TL
28	1820174	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	TL
29	1827854	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
30	1841271	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
31	1841276	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	TL
32	1840550	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
33	1841282	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	TL
34	1841252	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	TL
35	1800208	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	TL
36	1831226	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
37	1841305	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
38	1841190	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
39	1700989	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	TL

[illegible]

No	No RM	Komponen												Total	Ket
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
81	1818325	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	TL
82	1839472	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
83	1603048	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	TL
84	1841686	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
85	1841358	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	TL
86	1823511	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
87	1841732	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	TL
88	1841539	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
89	1841807	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	TL
90	1717728	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
91	1841800	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	TL
92	1723390	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	TL
93	1840926	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
94	1841882	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
95	1508582	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	TL
96	1841660	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	TL

Keterangan :

1. Formulir 1 : Assesmen Medik Awal Rawat Inap
2. Formulir 2 : Assesmen Keperawatan Awal Rawat Inap Dewasa
3. Formulir 3 : Tata Tertib Rawat Inap
4. Formulir 4 : Penggunaan Obat Pasien
5. Formulir 5 : Grafik Tanda Vital (Curve List)
6. Formulir 6 : Asesmen Keperawatan Awal Rawat Inap Anak Dan Bayi
7. Formulir 7 : Perencanaan Pulang
8. Formulir 8 : Formulir Pendidikan Pasien Dan Keluarga Terintegrasi
9. Formulir 9 : Ceklis Pemberian Informasi
10. Formulir 10 : Ringkasan Keperawatan
11. Formulir 11 : Ringkasan Medis Rawat Inap
12. Formulir 12 : Form Persetujuan Umum Rawat Inap

Lampiran 10 Lembar Checklist Posttest

[illegible]

No	No RM	Komponen												Total	Ket
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
77	1602338	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
78	1832163	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
79	1835435	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
80	1809351	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
81	1842653	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
82	1402138	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
83	1611508	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
84	1842729	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
85	1515817	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
86	1622947	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
87	1842557	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
88	1842820	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
89	1818194	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
90	1724828	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
91	1603048	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
92	1841686	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
93	1841358	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
94	1823511	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
95	1841732	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L
96	1841539	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	L

Keterangan :

1. Formulir 1 : Assesmen Medik Awal Rawat Inap
2. Formulir 2 : Assesmen Keperawatan Awal Rawat Inap Dewasa
3. Formulir 3 : Tata Tertib Rawat Inap
4. Formulir 4 : Penggunaan Obat Pasien
5. Formulir 5 : Grafik Tanda Vital (Curve List)
6. Formulir 6 : Asesmen Keperawatan Awal Rawat Inap Anak Dan Bayi
7. Formulir 7 : Perencanaan Pulang
8. Formulir 8 : Formulir Pendidikan Pasien Dan Keluarga Terintegrasi
9. Formulir 9 : Ceklis Pemberian Informasi
10. Formulir 10 : Ringkasan Keperawatan
11. Formulir 11 : Ringkasan Medis Rawat Inap
12. Formulir 12 : Form Persetujuan Umum Rawat Inap

Lampiran 11 Formulir Rekam Medis Rawat Inap di RSU UMM Malang

 Rumah Sakit UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG		F4.0B
ASESMEN KEPERAWATAN AWAL RAWAT INAP ANAK DAN BAYI		
Identitas Pasien		
No. RM : (L/P) Nama Pasien : Tanggal lahir : (Tgl/Bln/Th) Umur : (Th/Bln/Hr) Alamat : <i>Tempel stiker bila ada</i>	Tanggal MRS : (Tgl/Bln/Th) Jam Pengkajian : WIB Jam pindah / Tiba di ruangan : WIB Cara Masuk : ☐ Jalan ☐ Brankart ☐ Kursi Roda Asal Masuk : ☐ IGD ☐ Klinik Rawat Jalan DPJP :	
Anamnesis		
Keluhan Utama..... Riwayat Penyakit Sekarang..... Riwayat Penyakit Dahulu : Pernah dirawat ☐ Tidak ☐ Ya, Kapan : ☐ Diagnosa : Pernah operasi ☐ Tidak ☐ Ya, Kapan : ☐ Jenis operasi : Riwayat Penyakit Keluarga..... Riwayat Alergi ☐ Tidak ☐ Ya Bahan Alergen : Reaksi yang ditimbulkan : Gelang Alergi ☐ Tidak ☐ Ya Psiko-Sosio Spiritual dan Ekonomi Tinggal bersama : Yang merawat selama di rumah sakit : Yang merawat di rumah : Kegiatan ibadah : Hal yang bertentangan dengan keyakinan : Konsep diri : Hubungan dengan teman dan lingkungan sekitar : Pekerjaan orang tua : Riwayat Kelahiran dan Tumbuh Kembang Prenatal ☐ normal ☐ tidak normal, jelaskan Natal ☐ spontan ☐ Sectio Caesaria Berat Badan lahir :gr Panjang Badan Lahir :cm Menangis saat lahir ☐ ya ☐ tidak Post Natal ☐ kejang ☐ gangguan nafas ☐ kejang demam ☐ ikterik lain lain, jelaskan Minum ASI ☐ tidak ☐ ya, sampai umur :bln/thn Minum PASI belum ya, mulai umur :bln/thn Tengkurap :bln/thn Duduk :bln/thn Merangkak :bln/thn Berdiri :bln/thn Jalan :bln/thn Riwayat Imunisasi ☐ DPT I ☐ DPT II ☐ DPT III ☐ BCG ☐ MMR ☐ Hib ☐ Influenza ☐ Thypus ☐ Varicella ☐ Polio I ☐ Polio II ☐ Polio III ☐ Campak ☐ Hepatitis I ☐ Hepatitis II ☐ Hepatitis III ☐ Vaksin Ulang ☐ Ya ☐ Tidak		
Pemeriksaan Fisik		
Tanda - tanda Vital Keadaan Umum : ☐ Baik ☐ Sedang ☐ Lemah ☐ Gelisah Kesadaran : GCS : Saturasi Oksigen : % Tekanan Darah : mmHg Suhu : °C Berat Badan : Kg Nadi : x/menit RR : x/menit Tinggi Badan : cm		
Breathing (B1)		
Pola nafas ☐ Teratur ☐ Takipneu ☐ Bradipnea ☐ Apnea ☐ Kusmaul ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot Bunyi nafas ☐ Vesikular ☐ Rales ☐ Wheezing ☐ Ronkhi Sesak ☐ Tidak ☐ Ya Alat bantu nafas ☐ Tidak ☐ Ya, Jelaskan : Retraksi dada ☐ Tidak ☐ Ya, Jelaskan : Bentuk dada ☐ Normal ☐ Barrel chest ☐ Pigeon ☐ Batuk ☐ Tidak ☐ Ya ☐ Tidak Produktif ☐ Produktif, Keterangan : Lain-lain ☐ Deviasi Trachea ☐ Pernafasan cuping hidung		

Blood (B2)					
Nyeri dada	☐ Tidak	☐ Ya, Jelaskan :			
Bunyi Jantung	☐ Normal	☐ Murmur	☐ Gallop	☐ Tidak	☐ Ya
Irama Jantung	☐ Regular	☐ Irregular	S1/S2 tunggal	☐ Tidak	☐ Ya
CRT < 2 detik	☐ Tidak	☐ Ya	Clubbing finger	☐ Tidak	☐ Ya
Pembesaran vena jugularis	☐ Tidak	☐ Ya	Edema	☐ Tidak	☐ Ya
Akral	☐ Hangat	☐ Dingin	Diaphoresis	☐ Tidak	☐ Ya
Sclera	☐ Ikterus	☐ Anikterus	Konjungtiva	☐ Anemis	☐ Ananemis
Perdarahan	☐ Tidak	☐ Ya, Jelaskan :			
Brain (B3)					
Kesadaran	☐ Compos mentis	☐ Apatis	☐ Somnolen	☐ Sopor	☐ Coma
GCS	☐ E v M	☐			
Reflek Fisiologis	☐ Patella	☐ Tricep	☐ Bicep		
Reflek Patologis	☐ Babinsky	☐ Budzinsky	☐ Kernig		
Hemiparese/paraparese	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Hemiplegi/paraplegi	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Gangguan tidur	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Kontak mata	☐ Tidak	☐ Ya			
Reflek cahaya	☐	☐ Positif			
Negatif	☐	☐			
Pupil	☐ Isokor	☐ Anisokor	☐ Midriasis	☐ Miosis	
Gangguan penciuman	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Gangguan pendengaran	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Gangguan bicara	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Gangguan menelan	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Lain -lain :	☐ Tremor	☐ Kaku kuduk			
	☐ Kejang	☐ Kesemutan			
Bladder (B4)					
Kebersihan	☐ Bersih	☐ Kotor	☐ Bau		
Produksi Urine	☐ Jumlah :cc/hr	☐ Warna :			
Kesulitan BAK	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Alat bantu	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Kandung Kemih	☐ Dilatasi	☐ Nyeri tekan			
Bowel (B5)					
Nafsu makan	☐ Baik	☐ Tidak	Frek. Makan :		
	☐ Mual	☐ Muntah			
Diit	☐ :				
Porsi makan	☐ Habis	☐ Tidak, jelaskan :			
Minum	☐ Jumlah :cc/hr				
Alat bantu	☐ Tidak	☐ Ada, jelaskan :			
Gigi dan mulut	☐ Bersih	☐ Kotor	☐ Bau		
Membran mukosa	☐ Lembab	☐ Kering	☐ Stomatitis		
Tenggorokan	☐ Nyeri telan	☐ Pembesaran tonsil			
Abdomen	☐ Supel	☐ Tegang	☐ Nyeri tekan	☐ :	
	☐ Ascites	☐ Kembung	☐ Distended	☐ :	
Luka operasi	☐ Tidak	☐ Ada			
	☐ Drain :	☐ Jumlah :cc	☐ Warna :		
Peristaltik	☐ Frekuensi :x/menit				
Flatus	☐ Ya	☐ Tidak			
Masalah BAB	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Bone (B6)					
Gerak sendi	☐ Bebas	☐ Terbatas	Jelaskan :		
Kekuatan Otot	☐	☐ Atropi			
	☐	☐ Nyeri	Jelaskan :		
Kulit	☐ Ikterik	☐ Hiperpigmen	☐ Sianosis		
	☐ Pucat	☐ Kemerahan			
Integritas kulit	☐ Baik	☐ Kering	☐ Lecet		
Fraktur	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Luka operasi	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
	☐ Drain	☐ Jumlah :			
Turgor	☐ Baik	☐ Sedang	☐ Buruk		
Endokrin					
Pembesaran Tiroid	☐ Tidak	☐ Ya	Hipoglikemi	☐ Tidak	☐ Ya
Pembesaran Limfe	☐ Tidak	☐ Ya	Hiperglikemi	☐ Tidak	☐ Ya
Luka gangrene	☐ Tidak	☐ Ya			
Personal Hygiene					
Mandi	:x/hr	Ganti pakaian	:x/hr		
Sikat gigi	:x/hr	Genetalia	☐ Bersih	☐ Tidak	
Keramas	:x/minggu				
Memotong kuku	:x/minggu				

Asesmen Nyeri				
Nyeri : ☐ Ya ☐ Tidak				
NIPS (untuk usia < 12 bulan)				
KATEGORI	0	1	2	SKOR
WAJAH	Tidak ada ekspresi tertentu atau senyum	Sesekali meringis atau mengerutkan kening		
MENANGIS	Tidak menangis, tenang	Merengek ringan, kadang - kadang	Berteriak kencang, Monak, Melengking, terus menerus	
POLA PERNAFASAN	Pola bernapas bayi normal	Tidak teratur, lebih cepat dari biasanya, tersedak, napas tertahan		
LENGAN	Tidak ada kekakuan otot, gerakan tangan acak sekali-kali	Tegang, lengan lurus, kaku, dan / atau ekstensi / fleksi cepat		
KAKI	Tidak ada kekakuan otot, gerakan kaki acak sekali-kali	Tegang, kaki lurus, kaku, dan / atau ekstensi / fleksi cepat		
KESADARAN	Tenang, tidur damai atau gerakan kaki acak terjaga	Terjaga, gelisah, dan meronta-ronta		
0 : Tidak nyeri	1-3 : Nyeri ringan	4-6 : Nyeri sedang	7-10 Nyeri hebat	TOTAL SKOR

Skala FLACC (Untuk usia 1-3 tahun)				
KATEGORI	0	1	2	SKOR
WAJAH	Tidak ada ekspresi tertentu atau senyum	Sesekali meringis atau mengerutkan kening	Sering untuk cemberut, rahang terkatur, dagu bergelut tertarik	
KAKI	Normal posisi atau santai	Tidak nyaman, gelisah, tegang	Menendang, atau kaki disusun	
AKTIVITAS	Berbarang dengan tenang, posisi normal, bergerak dengan mudah	Menggelat, menggeser, maju mundur, tegang	Kaku / menyentak	
MENANGIS	Tidak ada teriakan (terjaga atau tertidur)	Erangan atau renekan, keluhan sesekali	Menangis terus, teriakan atau isak tangis, keluhan sering	
KONSOLABILITAS / RESPON	Tenang, santai	Bisa disentuh sesekali, memegang / memeluk	Sulit untuk disentuh / diajak bicara / dihibur, tidak nyaman	
0 : Tidak nyeri	1-3 : Nyeri ringan	4-6 : Nyeri sedang	7-10 Nyeri hebat	TOTAL SKOR

Wong baker (Untuk usia > 3 tahun)	
Wong Baker Faces Pain Rating Scale	Frekuensi nyeri : ☐ Jarang ☐ Hilang timbul ☐ Terus menerus Lama Nyeri : Menjalar : ☐ Tidak ☐ Ya, jelaskan Kualitas Nyeri : ☐ Tumpul ☐ Tajam ☐ Panas/terbakar Faktor pemicu / memperberat : Faktor yang mengurangi / menghilangkan nyeri : Lokasi Nyeri : Skala nyeri :

Bila ada keluhan nyeri, lanjutkan dengan asesmen nyeri

Skrining Nutrisi	
Pasien kehilangan berat badan selama 3 bulan terakhir	☐ Tidak ☐ Ya
Pasien mengalami penurunan asupan makanan selama seminggu terakhir	☐ Tidak ☐ Ya
Pasien mengalami kegawatan / perawatan intensif /diagnosa khusus/kronis	☐ Tidak ☐ Ya
Semua pasien anak dan bayi dilakukan skrining lanjutan oleh ahli gizi rumah sakit	

Skrining Fungsional	
Aktifitas sehari-hari	☐ Mandiri ☐ Dengan bantuan
Apabila jawaban "Dengan bantuan" lanjutkan asesmen fungsional	

Skrining Risiko Jatuh			
Faktor Risiko	Kriteria	Skala	Skor
Umur	< 3 tahun	4	
	3 - 7 tahun	3	
	8 - 13 tahun	2	
	> 13 tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki - laki	2	
	Perempuan	1	
Diagnosa	Diagnosis Neurologi	4	
	Perubahan Oksigenasi (Diagnosis Resporatorik, Dehidrasi, Anemia, Anoreksi, Syncope, Pusing, dsb)	3	
	Gangguan Perilaku / Psikiatri	2	
	Diagnosis Lainnya	1	
Gangguan Kognitif	Tidak Memahami Keterbatasan	3	
	Lupa Keterbatasan	2	
Faktor Lingkungan	Orientasi Terhadap Kelemahan	1	
	Riwayat Jatuh / Bayi diletakkan di Tempat Tidur Dewasa	4	
	Bayi Menggunakan Alat Bantu	3	
	Bayi Diletakkan di Tempat Tidur Bayi	2	
Respon Terhadap Pembedahan / Sedasi / Anestesi	Bayi Berada Di luar Area Rumah Sakit	1	
	Dalam 24 jam	3	
	Dalam 48 jam	2	
	>48 jam atau tidak Menjalani Pembedahan / Sedasi / Anestesi	1	
Penggunaan Medikamentosa	Obat sedatif, Obat Hipnotik, Barbiturat, Phenoziatin	3	
	Penggunaan Salah Satu Obat Diatas	2	
	Obat Lain	1	
Total			

Humpty Dumpty Scale

Skor:

☐ Risiko Rendah (7-11)

☐ Risiko tinggi (≥ 12)

• Jika risiko rendah
Maka lanjutkan dengan asesmen jatuh anak

• Jika risiko tinggi

☐ Maka lanjutkan dengan asesmen jatuh anak

☐ Pasang tanda risiko jatuh (warna kuning) pada gelang pasien

Keamanan		
☐ Orientasi pasien terhadap lingkungan ☐ Roda tempat tidur berada di posisi terkunci ☐ Ditegakkan pengaman tempat tidur / bed trails ☐ Bel mudah dijangkau	☐ Menginformasikan penggunaan alas kaki anti licin ☐ Tempat tidur di posisi terendah ☐ Handrail mudah dijangkau pasien dan kokoh ☐	
Status Mental		
☐ Orientasi (tempat, orang, waktu) ☐ Tidak ada respon ☐ Kejang, tipe dan frekuensi :	☐ Agitasi ☐ Kooperatif	☐ Menyerang ☐ Letargi ☐
Skrining Restrain		
Pasien berisiko menggunakan restrain ☐ Tidak ☐ Ya Apabila salah satu jawaban "Ya" maka lanjutkan asesmen restrain		
Risiko Melarikan Diri		
☐ Tidak ada masalah yang teridentifikasi ☐ Risiko, karena : ☐ Gangguan status mental ☐ Menolak tinggal di rumah sakit ☐ Lain-lain : ☐ Bingung ☐ Tinggal di lingkungan yang di awasi ☐ Pusing ☐ Dementia		
Riwayat Obat-Obatan		
Obat-obatan di rumah (daftar obat, dosis, frekuensi, kapan terakhir kali dikonsumsi)		
Nama Obat	Dosis / Frekuensi	Terakhir kali Diberikan
Lain - Lain		
Data Penunjang		
Diagnosa Keperawatan		
☐ Bersihan jalan napas tidak efektif ☐ Gangguan pertukaran gas ☐ Hipotermi ☐ Ketidakseimbangan nutrisi ☐ Diare ☐	☐ Pola napas tidak efektif ☐ Risiko ketidakstabilan glukosa darah ☐ Hipertermi ☐ Jaundice pada neonatus ☐ Konstipasi ☐	
Perawat		
(nama terang dan tanda tangan)		



Rumah Sakit
UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH
MALANG

F4.8

GRAFIK TANDA VITAL (CURVE LIST)

No. RM : (L/P)
Nama Pasien :
Tanggal Lahir : (Tgl/Bln/Thn)
Umur : (Thn/Bln/Hr)
Alamat :
Tempel stiker bila ada

TANGGAL		6	12	18	24	6	12	18	24	6	12	18	24	6	12	18	24	6	12	18	24	6	12	18	24
NADI	180																								
Suhu	42																								
	160																								
	140																								
	120																								
	100																								
	80																								
	50																								
	40																								
Tekanan Darah																									
Respirasi																									
SPO2																									
Lain - lain																									



PENGUNAAN OBAT PASIEN

F4.9

RIWAYAT ALERGI OBAT:

No. RM : (L/P)
 Nama Pasien :
 Tanggal Lahir : (Tgl/Bln/Thn)
 Umur : (Thn/Bln/Hr)
 Alamat :
Tempel stiker bila ada

NO	OBAT INJEKSI / DOSIS	ATURAN PAKAI	TANGGAL DISTRIBUSI FARMASI	KETERANGAN	JADWAL PEMBERIAN					
					TGL :	TGL :	TGL :	TGL :	TGL :	TGL :
1				Jam						
				Sisa						
				Pasien/Keluarga						
				Perawat						
2				Jam						
				Sisa						
				Pasien/Keluarga						
				Perawat						
3				Jam						
				Sisa						
				Pasien/Keluarga						
				Perawat						
4				Jam						
				Sisa						
				Pasien/Keluarga						
				Perawat						
5				Jam						
				Sisa						
				Pasien/Keluarga						
				Perawat						

TATA TERTIB PASIEN RAWAT INAP

A. UNTUK PASIEN DAN PENGUNJUNG

1. Pasien, penunggu serta pengunjung dimohon untuk menjaga ketenangan, kebersihan serta ketertiban di lingkungan rumah sakit dan mentaati peraturan yang berlaku.
2. Pasien dilarang meninggalkan ruang perawatan selama perawatan berlangsung.
3. Pasien dan penunggu pasien dilarang membawa barang berharga serta uang dalam jumlah besar. Kehilangan bukan tanggung jawab Rumah Sakit.
4. Biaya perbaikan/penggantian barang milik rumah sakit yang rusak/hilang akibat dari kelalaian keluarga/pengunjung pasien akan dibebankan pada pasien.
5. Apabila mengalami hal-hal yang kurang nyaman di ruang perawatan, beritahukan kepada perawat.
6. Pasien dan keluarga dilarang membawa senjata tajam, menggunakan NAPZA, minuman beralkohol atau minuman keras sejenisnya.
7. Pasien pulang harus sepengetahuan/seizin dokter yang merawat, diluar ketentuan tersebut maka pasien atau keluarganya diharuskan menandatangani formulir pulang atas permintaan sendiri (PAPS).
8. Bila pasien melarikan diri, semua konsekuensi yang terjadi bukan menjadi tanggung jawab rumah sakit.
9. Jam Berkunjung : Pagi Pk. 09.00 WIB – 12.00 WIB
Sore Pk. 16.00 WIB – 20.00 WIB
10. Penunggu wajib menggunakan kartu penunggu pasien (ID card penunggu warna merah) dan kartu dikembalikan kepada perawat ruangan setelah menyelesaikan seluruh administrasi saat pulang.

B. ADMINISTRASI DAN KEUANGAN

1. Perpindahan kelas perawatan mengakibatkan perubahan semua biaya tindakan medis jasa dokter dan tarif lainnya yang akan ditentukan berdasarkan kelas perawatan tertinggi yang dipilih oleh pasien.
2. Setiap pasien pulang harus mendapatkan bukti lunas administrasi yang dapat diperoleh dari kasir setelah pasien/keluarga pasien melunasi seluruh biaya perawatan.
3. Kasir dapat melayani pasien pulang setiap hari.
4. Pasien yang keluar dan masuk dalam hari yang sama, biaya akan diperhitungkan satu hari perawatan.
5. Penambahan penggunaan alat medis yang diperlukan akan dikenakan biaya tambahan.
6. Administrasi ruang perawatan dihitung mulai pukul 00.01 WIB – 24.00 WIB, setelah jam tersebut maka terhitung hari berikutnya.

Malang,
Pasien/ keluarga terdekat pasien

(nama dan tanda tangan)

Saksi I

Saksi II

(nama dan tanda tangan)

(nama dan tanda tangan)



F4.0A

**ASESMEN KEPERAWATAN AWAL
RAWAT INAP DEWASA**

Identitas Pasien			
No. RM :	(L/P)	Tanggal MRS :	(Tgl/Bln/Th)
Nama Pasien :		Jam Pengkajian :	WIB
Tanggal lahir :	(Tgl/Bln/Th)	Jam pindah / Tiba di ruangan :	WIB
Umur :	(Th/Bln/Hr)	Cara Masuk :	☐ Jalan ☐ Brankart ☐ Kursi Roda
Alamat :		Asal Masuk :	☐ IGD ☐ Klinik Rawat Jalan
Tempel stiker bila ada		DPJP :	

Anamnesis	
Keluhan Utama :	
Riwayat Penyakit Sekarang :	
Riwayat penyakit dahulu :	
☐ Penyakit jantung	☐ Diabetes ☐ TB ☐ Ginjal
☐ Gangguan jiwa	☐ Kanker ☐ Stroke ☐ Asma
☐ Gangguan Hematologi	☐ Hipertensi ☐ Infark ☐ Hepatitis
☐ Miokard	☐ Lain-lain :
Pernah dirawat :	☐ Tidak ☐ Ya, Kapan :..... ☐ Diagnosis:.....
Pernah Operasi :	☐ Tidak ☐ Ya, Kapan :..... ☐ Jenis Operasi:.....
Riwayat Penyakit Keluarga :	
Riwayat Alergi :	☐ Tidak ☐ Ya, bahan allergen :..... ☐ Reaksi yang ditimbulkan:.....
Gelang Alergi	☐ Tidak ☐ Ya
Psiko-Sosio-Spiritual dan Ekonomi :	
Tinggal bersama	:
Yang merawat selama di rumah sakit	:
Yang merawat di rumah	:
Kegiatan ibadah	:
Hal yang bertentangan dengan keyakinan	:
Pekerjaan	:
Konsep diri	:
Hubungan dengan teman dan lingkungan sekitar	:

Pemeriksaan Fisik			
Tanda - tanda Vital			
Kedadaan Umum :	☐ Baik ☐ Sedang ☐ Lemah ☐ Gelisah		
Kesadaran :		GCS :	Saturasi Oksigen : %
Tekanan Darah :	 mmHg	Suhu : °C	Berat Badan : Kg
Nadi :	 x/menit	RR : x/menit	Tinggi Badan : cm
GDS :			

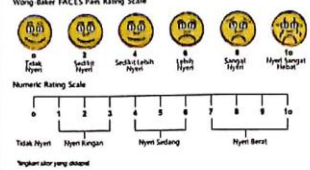
Breathing (B1)	
Pola nafas	☐ Teratur ☐ Takipneu ☐ Bradipnea ☐ Apnea
	☐ Kusmaul ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot
Bunyi nafas	☐ Vesikular ☐ Rales ☐ Wheezing ☐ Ronkhi
Sesak	☐ Tidak ☐ Ya
Alat bantu nafas	☐ Tidak ☐ Ya, Jelaskan :
Retraksi dada	☐ Tidak ☐ Ya, Jelaskan :
Bentuk dada	☐ Normal ☐ Barrel chest ☐ Pigeon ☐
Batuk	☐ Tidak ☐ Ya
	☐ Tidak Produktif ☐ Produktif, Keterangan :
Lain-lain	☐ Deviasi Trachea ☐ Pernafasan cuping hidung

Blood (B2)	
Nyeri dada	☐ Tidak ☐ Ya, Jelaskan :
Bunyi Jantung	☐ Normal ☐ Murmur ☐ Gallop
Irama Jantung	☐ Reguler ☐ Irregular ☐ S1/S2 tunggal ☐ Tidak ☐ Ya
CRT < 2 detik	☐ Tidak ☐ Ya ☐ Clubbing finger ☐ Tidak ☐ Ya
Pembesaran vena jugularis	☐ Tidak ☐ Ya ☐ Edema ☐ Tidak ☐ Ya
Akral	☐ Hangat ☐ Dingin ☐ Diaphoresis ☐ Tidak ☐ Ya
Sclera	☐ Ikterus ☐ Anikterus ☐ Konjungtiva ☐ Anemis ☐ Ananemis
Perdarahan	☐ Tidak ☐ Ya, Jelaskan :

Scanned with
CamScanner

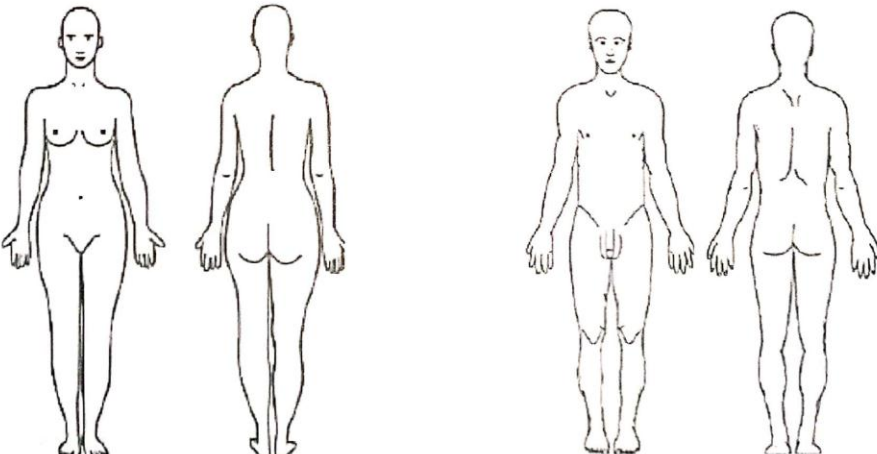
009/Kep/Rev.01/RSU.UMM/2018

Brain (B3)					
Kesadaran	☐ Compos mentis	☐ Apatis	☐ Somnolen	☐ Sopor	☐ Coma
GCS	☐ E	☐ V	☐ M		
Reflek Fisiologis	☐ Patella	☐ Tricep	☐ Bicep		
Reflek Patologis	☐ Babinski	☐ Budzinsky	☐ Kernig		
Hemiparese/paraparese	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Hemiplegi/paraplegi	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Gangguan tidur	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Kontak mata	☐ Tidak	☐ Ya			
Reflek cahaya	☐ Positif	☐ Negatif			
Pupil	☐ Isokor	☐ Anisokor	☐ Midriasis	☐ Miosis	
Gangguan penciuman	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Gangguan pendengaran	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Gangguan bicara	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Gangguan menelan	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Lain -lain :	☐ Tremor	☐ Kaku kuduk			
	☐ Kejang	☐ Kesemutan			
Bladder (B4)					
Kebersihan	☐ Bersih	☐ Kotor	☐ Bau		
Produksi Urine	☐ Jumlah :cc/hr	☐	☐ Warna :		
Kesulitan BAK	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Alat bantu	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Kandung Kemih	☐ Dilatasi	☐ Nyeri tekan			
Bowel (B5)					
Nafsu makan	☐ Baik	☐ Tidak	Frek. Makan :		
	☐ Mual	☐ Muntah			
Diit	:				
Porsi makan	☐ Habis	☐ Tidak, jelaskan :			
Minum	Jumlah :cc/hr				
Alat bantu	☐ Tidak	☐ Ada, jelaskan :			
Gigi dan mulut	☐ Bersih	☐ Kotor	☐ Bau		
Membran mukosa	☐ Lembab	☐ Kering	☐ Stomatitis		
Tenggorokan	☐ Nyeri telan	☐ Pembesaran tonsil			
Abdomen	☐ Supel	☐ Tegang	☐ Nyeri tekan	☐ :	
	☐ Ascites	☐ Kembang	☐ Distended	☐ :	
Luka operasi	☐ Tidak	☐ Ada			
	☐ Drain :	☐ Jumlah :cc	☐ Warna :		
Peristaltik	☐ Frekuensi :x/menit				
Masalah BAB	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Bone (B6)					
Gerak sendi	☐ Bebas	☐ Terbatas	Jelaskan :		
Kekuatan Otot	+	☐ Atropi	Jelaskan :		
		☐ Nyeri			
Kulit	☐ Ikterik	☐ Hiperpigmen	☐ Sianosis		
	☐ Pucat	☐ Kemerahan			
Integritas kulit	☐ Baik	☐ Kering	☐ Lecet		
Fraktur	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
Luka operasi	☐ Tidak	☐ Ya, jelaskan :			
	☐ Drain	☐ Jumlah :			
Turgor	☐ Baik	☐ Sedang	☐ Buruk		
Endokrin					
Pembesaran Tiroid	☐ Tidak	☐ Ya	Hipoglikemi	☐ Tidak	☐ Ya
Pembesaran Limfe	☐ Tidak	☐ Ya	Hiperglikemi	☐ Tidak	☐ Ya
Luka gangrene	☐ Tidak	☐ Ya			
Personal Hygiene					
Mandi	:x/hr	Ganti pakaian	:x/hr		
Sikat gigi	:x/hr	Genitalia	☐ Bersih	☐ Tidak	
Keramas	:x/minggu				
Memotong kuku	:x/minggu				

Asesmen Nyeri	
Nyeri : ☐ Ya ☐ Tidak Wong baker Nilai Nyeri Pain Score Wong Baker FACES Pain Rating Scale  Nilai Nyeri Pain Score Wong Baker FACES Pain Rating Scale Tidak Nyeri Nyeri Ringan Nyeri Sedang Nyeri Berat Nyeri Sangat Berat Tentukan skor yang didapat Frekuensi nyeri : ☐ Jarang ☐ Hilang timbul ☐ Terus menerus Lama Nyeri : Menjalar : ☐ Tidak ☐ Ya, jelaskan Kualitas Nyeri : ☐ Tumpul ☐ Tajam ☐ Panas/terbakar Faktor pemicu / memperberat : Faktor yang mengurangi / menghilangkan nyeri : Lokasi Nyeri : Skala nyeri :	
<i>Bila ada keluhan nyeri, lanjutkan dengan asesmen nyeri</i>	
Skrining Nutrisi	
Pasien kehilangan berat badan selama 3 bulan terakhir ☐ Tidak ☐ Ya Pasien mengalami penurunan asupan makanan selama seminggu terakhir ☐ Tidak ☐ Ya Pasien mengalami kegawatan / perawatan intensif /diagnosa khusus/kronis ☐ Tidak ☐ Ya <i>Apabila salah satu jawaban "Ya" lanjutkan skrining dan edukasi oleh ahli gizi rumah sakit</i>	
Skrining Fungsional	
Aktifitas sehari – hari ☐ Mandiri ☐ Dengan bantuan <i>Apabila jawaban "Dengan bantuan" lanjutkan asesmen fungsional</i>	
Skrining Risiko Jatuh	
Apakah pasien berusia ≥ 60 tahun? ☐ Tidak ☐ Ya Apakah pernah jatuh dalam 2 bulan terakhir? ☐ Tidak ☐ Ya Apakah mendapat sedasi atau pembedahan atau dirawat di ruang ICU? ☐ Tidak ☐ Ya Apakah aktifitasnya perlu pengawasan atau bantuan? ☐ Tidak ☐ Ya Apakah memiliki diagnosis : neurologis, perubahan oksigenasi, gangguan metabolisme, gangguan jantung, cacat fisik (buta, tuli, hilang atau cacat kaki yang mengganggu aktifitas)?* ☐ Tidak ☐ Ya <i>Apabila salah satu jawaban "Ya" maka lanjutkan asesmen risiko jatuh</i> <i>*) Lingkari diagnosis yang sesuai</i>	
Pencegahan Standar Risiko Jatuh	
☐ Orientasi pasien terhadap lingkungan ☐ Roda tempat tidur berada di posisi terkunci ☐ Ditegakkan pengaman tempat tidur / bed rails ☐ Bel mudah dijangkau ☐ Menginformasikan penggunaan alas kaki anti licin ☐ Tempat tidur di posisi terendah ☐ Handrail mudah dijangkau pasien dan kokoh ☐	
Skrining Risiko Dekubitus	
Apakah pasien menggunakan kursi roda atau membutuhkan bantuan? ☐ Tidak ☐ Ya Apakah ada inkontensia uri atau alvi? ☐ Tidak ☐ Ya Apakah ada riwayat dekubitus atau luka dekubitus? ☐ Tidak ☐ Ya Apakah pasien berumur di atas 65 tahun? ☐ Tidak ☐ Ya <i>Apabila salah satu jawaban "Ya" maka lanjutkan asesmen dekubitus</i>	
Status Mental	
☐ Orientasi (tempat, orang, waktu) ☐ Tidak ada respon ☐ Kejang, tipe dan frekuensi : ☐ Agitasi ☐ Kooperatif ☐ Letargi ☐	
Skrining Restrain	
Pasien berisiko menggunakan restrain ☐ Tidak ☐ Ya <i>Apabila salah satu jawaban "Ya" maka lanjutkan asesmen restrain</i>	
Risiko Melarikan Diri	
☐ Tidak ada masalah yang teridentifikasi Risiko, karena : ☐ Gangguan status mental ☐ Menolak tinggal di rumah sakit ☐ Lain-lain : ☐ Bingung ☐ Tinggal di lingkungan yang di awasi ☐ Pusing ☐ Dementia	

Riwayat Obat-Obatan		
Obat-obatan di rumah (daftar obat, dosis, frekuensi, kapan terakhir kali dikonsumsi)		
Nama Obat	Dosis / Frekuensi	Terakhir kali Diberikan
Lain - Lain		
Data Penunjang		
Diagnosis Keperawatan		
☐ Bersihan jalan napas tidak efektif ☐ Gangguan pertukaran gas ☐ Hipotermi ☐ Ketidakseimbangan nutrisi ☐ Diare ☐ Nyeri akut ☐ Risiko jatuh ☐ ☐ Pola napas tidak efektif ☐ Risiko ketidakstabilan glukosa darah ☐ Hipertermi ☐ Mual ☐ Konstipasi ☐ Penurunan curah jantung ☐ ☐		
Perawat (nama terang dan tanda tangan)		

 Rumah Sakit UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG	F3.1	
	ASESMEN MEDIK AWAL RAWAT INAP	

Identitas Pasien			
No. RM	:	(L/P)	Tanggal
Nama Pasien	:	(Tgl/Bln/Th)	Jam pengkajian
Tanggal lahir	:	(Th/Bln/Hr)	Ruang
Umur	:		Kelas
Alamat	:		DPJP
<i>Tempel stiker bila ada</i>			
Anamnesis			
Keluhan Utama :			
Riwayat Penyakit Sekarang (Lokasi, Onset dan Kronologis, Kualitas, Faktor Memperberat, Faktor Memperingan, Gejala Penyerta) :			
Riwayat Penyakit Dahulu (Termasuk Operasi): ☐ Diabetes ☐ Hipertensi ☐ Jantung ☐ Kanker ☐ Lainnya,			
Riwayat Penyakit Keluarga : ☐ Diabetes ☐ Hipertensi ☐ Jantung ☐ Kanker ☐ Lainnya			
Riwayat pekerjaan: Apakah pekerjaan melatarbelakangi masalah penyakit saat ini?			
Obat-obatan yang sedang dikonsumsi pasien saat ini :			
Riwayat alergi : Reaksi :			
Status Psikologi: ☐ Tenang ☐ Marah ☐ Cemas ☐ Depresi ☐ Bingung			
Pemeriksaan Fisik			
Keadaan Umum : ☐ Baik ☐ Tampak sakit ☐ Sesak ☐ Pucat ☐ Lemah ☐ Kejang ☐ Lainnya.....			
Tanda - tanda Vital			
Kesadaran	:	GCS	:
Tekanan Darah	:	Suhu	:
Nadi	:	RR	:
GDS	:		:
		Saturasi Oksigen	:
		Berat Badan	:
		Tinggi Badan	:
			
Kode Gambar A : Abrasi C : Combustio D : Deformitas VA : Vulnus Appertum U : Ulkus H : Hematoma N : Nyeri L : Lain-lain			

Pemeriksaan Obstetri dan Gynecologi

Abdomen:

Inspeksi

- ☐ Luka bekas operasi
☐ Membesar arah memanjang ☐ Melebar ☐ Pelebaran Vena
☐ Linea Alba ☐ Linea Nigra ☐ Striae Livide ☐ Striae Albican

Palpasi

- Leopold I : BJA : x/menit
 • Leopold II : ☐ Teratur ☐ Tidak teratur
 • Leopold III : TBJ : gram
 • Leopold IV :

Untuk pasien Obstetri dan Gynecologi

Genitalia

Interna Obstetri

- Vt: Pembukaan :
 Penipisan :
 Selaput ketuban :
 Penurunan Kepala :
 Bagian terdahulu :
 Bagian terendah :

Interna Gynecologi

- Vt: Portio: ☐ tertutup ☐ terbuka
 ☐ licin ± ☐ Lainnya:
 Corpus Uteri :
 Adnexa D - Nyeri S - Nyeri
 - Massa - Massa
 Cavum Douglas :

Pengkajian Nyeri

Nilai Nyeri / Pain Score Wong-Baker FACES Pain Rating Scale Humoristic Rating Scale 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tidak Nyeri Nyeri Ringan Nyeri Sedang Nyeri Berat *tingkat atau yang lebih	Nyeri : ☐ Ya ☐ Tidak Frekuensi nyeri : ☐ Jarang ☐ Hilang timbul ☐ Terus menerus Lama Nyeri : Menjalar : ☐ Tidak ☐ Ya, jelaskan Kualitas Nyeri : ☐ Tumpul ☐ Tajam ☐ Panas/terbakar Faktor pemicu / memperberat : Faktor yang mengurangi / menghilangkan nyeri : Lokasi Nyeri : Skala nyeri :
--	--

Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan penunjang yang sudah ada

Tanggal	Pemeriksaan	Kesan/ hasil

Diagnosis

Diagnosis Utama :

Diagnosis Sekunder :

Penatalaksanaan / Perencanaan Pelayanan

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

nama terang dan tanda tangan)





PERENCANAAN PULANG

Identitas Pasien				
No. RM :	(L/P)	ALERGI :		
Nama Pasien :		Tanggal MRS :	(Tgl/Bln/Th)	
Tanggal lahir :	(Tgl/Bln/Th)	DPJP :		
Umur :	(Th/Bln/Hr)	Diagnosis Utama :		
Alamat :				
Tempel stiker bila ada				
Kriteria pasien yang dilakukan perencanaan pulang (<i>Discharge Planning</i>) saat asesmen awal :				
- Pasien lanjut usia (> 60 tahun) ☐ ya ☐ tidak - Hambatan Mobilisasi ☐ ya ☐ tidak - Mebutuhkan pelayanan medis dan perawatan berkelanjutan ☐ ya ☐ tidak - Mebutuhkan bantuan orang lain dalam aktifitas harian ☐ ya ☐ tidak <i>Jika salah satu kriteria terpenuhi, maka lanjutkan pengkajian di bawah ini dan ditandatangani oleh CM</i>				
Keadaan lingkungan pasien				
a. Orang yang mendampingi dan merawat pasien di rumah : b. Kondisi tempat tinggal pasien • Kamar (ukuran dan keadaan) : • Jarak dengan kamar mandi :				
Perencanaan Pulang				
Kebutuhan yang diperkirakan	Pemenuhan Kebutuhan (beri tanda centang ✓, boleh lebih dari satu)			
Mebutuhkan bantuan dalam aktifitas sehari-hari selama di rumah	☐ Konsultasi Rehabilitasi ☐ Terapi Wicara ☐ Membutuhkan anggota gerak palsu, seperti ☐ Membutuhkan alat bantu gerak, seperti ☐ Lainnya			
Mebutuhkan edukasi gizi yang kompleks terkait penyakitnya	☐ Konsultasi gizi ☐ Penggunaan alat bantu makan khusus, seperti ☐ Lainnya			
Mebutuhkan penanganan nyeri kronis	☐ Konsultasi tim nyeri ☐ Penanganan nyeri mandiri ☐ Edukasi tentang obat nyeri ☐ Lainnya			
Mebutuhkan pengelolaan penyakit secara berkelanjutan di luar RS/UMM	Tujuan: ☐ Penatalaksanaan penyakit ☐ Tindakan, sebutkan Tempat: ☐ Dokter keluarga / dokter praktek ☐ Rumah Sakit ☐ Puskesmas ☐ Home Care ☐ Lainnya, sebutkan			
Pengobatan yang dilanjutkan di rumah	No	Nama Obat	Dosis	jam pemberian
				Keterangan
Kebutuhan lainnya:	☐ ☐ ☐ ☐			
Instruksi diberikan kepada:	Perawat / CM*	Pasien/Keluarga	DPJP	
☐ Pasien ☐ Keluarga, sebutkan ☐ Lainnya,				
	(TTD dan nama terang)	(TTD dan nama terang)	(TTD dan nama terang)	



Rumah Sakit
UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH
MALANG

F1.4A

FORMULIR PENDIDIKAN PASIEN DAN KELUARGA TERINTEGRASI

No. RM :
Nama Pasien : L/P
Umur : Th/Bi/Hr
Diagnosa :
Rencana Operasi : ☐ Ya ☐ Tidak

Penerima Edukasi							
1. Pasien ☐	Agama : Suku :						
2. Pasangan (suami/istri) ☐	Keyakinan dan nilai-nilai pasien dan keluarga :						
3. Orang Tua ☐	Ada/Tidak*.....						
4. Saudara Kandung ☐	Kesediaan Menerima Informasi dan Pendidikan : ☐ Ya ☐ Tidak						
5. Lain-lain.....	Media Pendidikan : ☐ Lisan ☐ Leaflet ☐ Peragaan						
Tingkat Pendidikan: ☐ SD ☐ SMP ☐ SMA ☐ Diploma ☐ S1 ☐ S2 ☐ S3 ☐ Tidak Sekolah							
Bahasa yang digunakan							
Keterangan : (✓) Ada (—) Tidak Ada							
Hambatan Belajar							
a. Keterbatasan Fisik dan Kognitif : ☐ Tidak ada ☐ Tuna Rungu ☐ Tuna Wicara ☐ Tuna Netra ☐ Tuna Daksa ☐ Kognitif terbatas ☐ Tidak bias membaca ☐ Lain-lain	b. Hambatan Bahasa ☐ Ya ☐ Tidak c. Butuh Penerjemah ☐ Ya ☐ Tidak d. Hambatan Emosi dan Motivasi : ☐ Kooperatif ☐ Cemas ☐ Depresi ☐ Menolak ☐ Marah						
Rencana Pendidikan	Bidang Disiplin						
☐ Kondisi kesehatan dan diagnosis pasti	DPJP						
☐ Partisipasi dalam pengambilan keputusan terkait dengan pelayanannya	DPJP						
☐ Proses memberikan <i>Informed Consent</i>	DPJP						
☐ Manajemen Nyeri	PJ Shift, DPJP						
☐ Partisipasi dalam proses pelayanan	PJ Shift Perawat						
☐ Penggunaan peralatan medis secara efektif dan aman	PJ Shift Perawat						
☐ <i>Hand Hygiene</i>	PJ Shift Perawat						
☐ Teknik Rehabilitasi	Fisioterapis						
☐ Penggunaan obat efektif	Apoteker						
☐ Potensi interaksi obat yang diresepkan dengan obat lain, makanan	Apoteker						
☐ Diet dan Nutrisi	Nutrisi Klinik						
☐							
☐							
Pelaksanaan Pendidikan							
Tgl/Jam Durasi	MATERI PENDIDIKAN	Nama, TTD Pemberi Pendidikan	Nama, TTD Penerima Pendidikan	VERIFIKASI			
				Paham	Tidak Paham	Ada Pertanyaan	Tidak ada pertanyaan

Keterangan : ☐ Beri tanda ✓ yang sesuai, *coret yang tidak perlu



Scanned With
CamScanner

CEKLIS PEMBERIAN INFORMASI

No. RM : (L/P)
 Nama Pasien :
 Tanggal Lahir : (Tgl/Bln/Thn)
 Umur : (Thn/Bln/Hr)
 Alamat :
Tempel stiker bila ada

No	Jenis Informasi	Ya	Tidak
1	Perawat memperkenalkan diri dan menjelaskan perawat yang akan merawat		
2	Memberikan informasi tentang dokter yang akan merawat dan jadwal konsultasi		
3	Menerangkan fasilitas yang ada di kamar dan cara penggunaannya (bel tempat tidur dan kamar mandi, remote TV / AC / tempat tidur dll.)		
4	Menerangkan kegiatan rutin perawat: > Operan > Kontrol pasien > Pemberian obat sesuai jadwal > Observasi pasien (vital sign) > Dll		
5	Menerangkan waktu memandikan pasien		
6	Menerangkan waktu distribusi makan sesuai dengan peraturan, yaitu: > Makan pagi : 06.00 WIB – 08.00 WIB > Makan siang : 11.00 WIB – 13.00 WIB > Makan malam : 16.30 WIB – 19.00 WIB		
7	Pasien dan keluarga tidak diperbolehkan merokok di ruangan		
8	Jam berkunjung : Pagi : 09.00 WIB – 12.00 WIB Sore : 16.00 WIB – 20.00 WIB Khusus ruang ICU tidak ada jam berkunjung		
9	Pengunjung berusia di bawah 12 tahun harus dibawah pengawasan orang tua		
10	Pasien dan keluarga tidak diperkenankan membawa barang berharga. Risiko kehilangan ditanggung pasien dan keluarga		
11	Menerangkan tata tertib, hak, dan kewajiban pasien		
12	Ada permintaan privasi		
13	Ada layanan BINROH		

Pasien / Keluarga

Malang,
 Petugas

(.....)

(.....)



Rumah Sakit
UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH
MALANG

F9.2

RINGKASAN KEPERAWATAN

No. RM :	(L/P)	ALERGI :
Nama Pasien :		Tanggal MRS : (Tgl/Bln/Th)
Tanggal lahir :	(Tgl/Bln/Th)	DPJP :
Umur :	(Th/Bln/Hr)	Ruang :
Alamat :		
Tempel stiker bila ada		

• Keadaan Pasien Saat Pulang :

- Keadaan umum :
- Tanda – tanda vital :
 - Suhu : °C Nadi : x/menit RR : x/menit
 - Tekanan darah : mmHg Skala nyeri :
- Masalah selama dirawat :
 - ☐ Bersihan jalan napas tidak efektif
 - ☐ Gangguan pertukaran gas
 - ☐ Hipotermi
 - ☐ Ketidakseimbangan nutrisi
 - ☐ Diare
 - ☐
- ☐ Pola napas tidak efektif
- ☐ Risiko ketidakstabilan glukosa darah
- ☐ Hipertermi
- ☐ Jaundice pada neonatus
- ☐ Konstipasi
- ☐

• Pengobatan

- Meneruskan obat : ☐ Ya ☐ Tidak
- Diberikan Resep : ☐ Ya ☐ Tidak
- Pengobatan yang dilanjutkan di rumah

No.	Nama Obat	Jumlah / Dosis	Jam Pemberian	Instruksi Khusus

- Perawatan Luka : ☐ Ya ☐ Tidak
☐ Operasi ☐ Episiotomi ☐ Lain-lain,

• Kontrol

Tempat :
Klinik :
Tanggal :
Dokter :

• Lain - lain :

Malang,
Perawat yang Memulangkan

(Tanda Tangan dan Nama Terang)



Scanned with
CamScanner

027/KEP/Rev.02/RSU.UMM/2018



Rumah Sakit
UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH
MALANG

F9.1

RINGKASAN MEDIS RAWAT INAP

Identitas Pasien			
No. RM :	(L/P)	Tanggal :	(Tgl/Bln/Th)
Nama Pasien :	(Tgl/Bln/Th)	DPJP :	
Tanggal lahir :	(Th/Bln/Hr)	Alergi :	
Umur :			
Alamat :			
Tempel stiker bila ada			
Ringkasan Perawatan Pasien			
• Indikasi Rawat :			
• Ringkasan Riwayat dan Pemeriksaan Fisik :			
• Hasil Pemeriksaan Penunjang :			
• Diagnosis Utama :		ICD X :	
Diagnosis Sekunder :		ICD X :	
• Tindakan / Prosedur :		ICD IX CM :	
• Terapi yang diberikan :			
Selama Dirawat		Waktu Pulang	
• Kondisi Waktu Keluar			
Keadaan Umum : Tensi : mmHg Nadi : x/menit Suhu : °C RR : x/menit			
Keadaan keluar : ☐ Sembuh ☐ Membaik ☐ Belum Sembuh ☐ Meninggal			
Cara Keluar : ☐ Dijinkan Pulang ☐ Atas Permintaan Sendiri ☐ Dirujuk, ke			
• Kontrol		• Edukasi	
Tempat :			
Klinik :			
Tanggal :			
Dokter :			
Pasien / Keluarga		Malang, Dokter Penanggung Jawab Pelayanan	
(Tanda Tangan dan Nama Terang)		(Tanda Tangan dan Nama Terang)	



Scanned with
CamScanner

004/MED/Rev.03/RSU.UMM/2018

FORM PERSETUJUAN UMUM RAWAT INAP

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Pasien/Keluarga terdekat :

Hubungan dengan pasien :

Dengan ini menyatakan dan memberikan persetujuan hal-hal sebagai berikut:

1. Dengan ini menandatangani dokumen ini saya mengakui bahwa pada proses pendaftaran untuk mendapatkan perawatan di RS Universitas Muhammadiyah Malang telah diinformasikan hak-hak dan kewajiban saya sebagai pasien, diantaranya yaitu :

HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN

Hak Pasien

1. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit
2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien
3. Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi
4. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan profesi dan standar prosedur operasional (SPO)
5. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi
6. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan
7. Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit
8. Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain mempunyai Surat Ijin Praktek (SIP) baik didalam maupun diluar rumah sakit
9. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya
10. Mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternative tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan

11. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga medis terhadap penyakit yang dideritanya
12. Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis
13. Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama itu tidak mengganggu pasien lainnya
14. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit
15. Mengajukan usul, saran perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya
16. Menolak bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya
17. Menggugat atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata maupun pidana
18. Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan ke media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Kewajiban Pasien

1. Memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya.
2. Mematuhi nasihat dan petunjuk dokter atau dokter gigi.
3. Mematuhi ketentuan yang berlaku di sarana pelayanan kesehatan.
4. Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diberikan.
5. Memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuat.

2. Saya menyetujui untuk dilaksanakannya perawatan secara berkelanjutan (Rawat Inap) di ruang : dengan biaya kamar per hari Rp (Tidak termasuk visite, obat, tindakan, dll).
3. Saya menyetujui untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di RS Universitas Muhammadiyah Malang dan dengan ini saya meminta kuasa kepada dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan asuhan perawatan, pemeriksaan fisik dan melakukan prosedur diagnostik, radiologi atau terapi dan tatalaksana sesuai pertimbangan dokter yang diperlukan atau disarankan pada perawatan saya. Hal ini mencakup seluruh pemeriksaan dan prosedur.
4. Saya memberi kuasa kepada setiap dan seluruh orang yang merawat saya untuk memeriksa dan memberitahukan informasi kesehatan saya kepada pemberi kesehatan lain yang turut merawat saya selama di rumah sakit ini. Saya juga mengizinkan medis, keperawatan, dan tenaga kesehatan lainnya dalam pendidikan pelatihan, kecuali diminta sebaliknya, untuk hadir selama perawatan saya, atau berpartisipasi dalam perawatan saya sebagai bagian dari pendidikan mereka.
5. Saya memahami tidak boleh membawa barang-barang berharga yang tidak diperlukan (seperti: perhiasan, elektronik, dll) dan secara pribadi bertanggung jawab atas barang-barang berharga yang saya miliki seperti uang, perhiasan, buku cek, kartu kredit, handphone, atau barang-barang lainnya. Jika saya membawanya maka RS Universitas Muhammadiyah Malang tidak bertanggung jawab terhadap kehilangan, kerusakan dan pencurian.
6. Saya memberi kuasa terhadap RS Universitas Muhammadiyah Malang untuk menjaga privasi saya selama dalam perawatan.

7. Saya memberikan atau tidak memberikan)* wewenang kepada RS untuk memberikan data dan Informasi kesehatan saya kepada keluarga saya yaitu:

- a. hubungan
- b. hubungan
- c. hubungan

8. Saya setuju bahwa RS Universitas Muhammadiyah Malang wajib menjamin kerahasiaan informasi medis saya baik untuk kepentingan perawatan dan pengobatan, pendidikan maupun penelitian kecuali saya mengungkapkan sendiri atau orang yang lain yang saya beri kuasa untuk itu.

9. Apabila asuransi kesehatan swasta saya atau program pemerintah menanggung pembiayaan saya, saya memberi wewenang kepada rumah sakit untuk memberi tagihan dari semua pelayanan dan tindakan medis yang diberikan. Tanggungan asuransi saya mungkin menyalakan bahwa sebagian pembayaran tetap menjadi tanggung jawab pribadi saya atau tidak ditanggung oleh asuransi dan saya bertanggung jawab untuk membayarnya.

10. Saya memberikan kuasa kepada RS untuk memberikan data medis saya kepada pihak asuransi, atau apapun yang telah diidentifikasi sebagai penanggung jawab atas pembayaran untuk rawat inap atau perawatan lainnya yang secara medis diperlukan, atau yang diperlukan untuk memproses pembayaran tagihan saya, dan secara khusus termasuk menulis informasi untuk keperluan penagihan. Saya setuju bahwa informasi yang dirilis mungkin termasuk seluruh catatan medis saya termasuk referensi untuk laboratorium dan hasil tes lainnya termasuk ketergantungan alkohol dan atau obat, hepatitis, HIV/AIDS, perawatan dan pengobatan psikiatri dan lainnya.

11. Saya juga menyadari dan memahami bahwa:

- Apabila saya tidak memberikan persetujuan, atau di kemudian hari mencabut persetujuan saya untuk melepaskan rahasia kedokteran saya kepada perusahaan asuransi yang saya tentukan, maka saya pribadi bertanggung jawab untuk membayar semua pelayanan dan tindakan medis dari RS Universitas Muhammadiyah Malang.
- Apabila rumah sakit membutuhkan proses hukum untuk menagih biaya pelayanan rumah sakit dari saya, saya memahami bahwa saya bertanggung jawab untuk membayar semua biaya yang disebabkan dari proses tersebut.

12. Saya menyatakan bahwa saya telah menerima informasi tentang adanya tata cara mengajukan dan mengatasi keluhan terkait pelayanan medis yang diberikan terhadap diri saya. Saya setuju untuk mengikuti tata cara mengajukan keluhan sesuai prosedur yang ada.

13. Saya telah mendapatkan informasi terkait dengan kemungkinan hasil yang diharapkan dari asuhan pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Malang dan saya sadar bahwa praktik kedokteran dan bedah bukanlah ilmu pasti. Tidak ada jaminan apapun terhadap perawatan, prosedur atau pemeriksaan yang dilakukan kepada saya karena kesembuhan didapat dengan izin Allah.

SAYA TELAH MEMBACA dan sepenuhnya setuju dengan setiap pernyataan yang terdapat pada formulir ini dan menandatangani dengan sadar, tanpa paksaan dan tekanan dari pihak manapun.

Malang,
Yang membuat pernyataan
Pasien/keluarga terdekat pasien

Saksi I

Saksi II

)* coret yang tidak perlu



Scanned with
CamScanner

002/RM/Rev.01/RSU.UMM/2017