

## Tinjauan Desain Formulir Assesment Diruang Saraf di RSUD Syifa Medika Banjarbaru

### *Assessment Form Design Review Of Nerv Room Inpatient At Syifa Medika General Hospital Banjarbaru*

Ni Wayan Kurnia Widya Wati<sup>1\*</sup>, Ermas Estiyana<sup>1</sup>, Rezki Abdillah<sup>1</sup>

<sup>1</sup>STIKes Husada Borneo, Jl. A. Yani Km. 30,5 No.4 Banjarbaru, Kalimantan Selatan

\*korespondensi : Niwayan.husadaborneo@gmail.com

#### **Abstract**

*Syifa Medika Banjarbaru General Hospital has not yet used an assesment form for the nerv room in hospitalization. Due to the absence of a medical record committee who design the patient assessment form. The purpose of an assessment form design in inpatients nerve room is to support the the accreditation and data completeness data and at Syifa Medika Banjarbaru General Hospital. This research uses a descriptive methode with 4 respondents consist of doctors, nurses, and heads of medical records. Based on the results of this research conducted by interviewing neurologist, head nurse, chairman room nurse coordinator, and head of medical records. The data analysis technique used in this study is the uni variat data analysis. The conclusions of this research are aspects that exist in the inpatient assessment form at the nerve room, namely physical aspects, anatomical aspects, and content aspects, designing nerve assessment forms and medical nursing assessments for Syifa Medika General Hospital Banjarbaru.*

*Keyword :Form Design, Nerve Assessment, Medical Record, Hospital*

#### **Pendahuluan**

Rumah Sakit melakukan beberapa jenis pelayanan diantaranya pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan, pelayanan rehabilitasi, pencegahan dan peningkatan kesehatan, sebagai tempat pendidikan dan atau pelatihan medik dan para medik, sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan serta untuk menghindari risiko dan gangguan kesehatan sebagaimana yang dimaksud, sehingga perlu adanya penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit sesuai dengan persyaratan kesehatan (1)

Menurut Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008 Pasal 1 rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis diartikan sebagai keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamneses, penentuan fisik laboratorium, diagnosis

segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan, maupun yang didapatkan dirawat darurat (2).

Kualitas formulir rekam medis perlu diperhatikan dalam hal komponen data yang ada di dalamnya. Pengertian formulir menurut kamus Besar Bahasa Indonesia).Memiliki arti lembar isian atau surat isian yaitu suatu lembar yang harus disisi dan diserahkan kepada bagian pendaftaran. Isi dari formulir rekam medis sangat kompleks karena berisikan data demografi data klinis pasien dari pasien masuk hingga pasien keluar atau pulang dari sarana pelayanan kesehatan. Salah satu formulir rekam medis yang harus ada dan lengkap adalah formulir assesment medis pasien karena berisikan data pasien baik subjektif maupun objektif untuk membuat keputusan terkait status kesehatan pasien, kebutuhan perawatan, intervensi dan evaluasi (3).

Berdasarkan standar akreditasi Rumah Sakit, pendaftaran pasien memenuhi kebutuhan pasien dan didukung oleh sarana

dan lingkungan yang memadai. Prosedur pendaftaran pasien dilakukan dengan efektif dan efisien dengan memperhatikan kebutuhan pasien. Kebutuhan pasien perlu diperhatikan, diupayakan dan dipenuhi sesuai dengan misi dan sumber daya yang tersedia di Rumah Sakit. Keterangan yang didapat tentang kebutuhan pasien diperoleh pada saat pendaftaran. Pasien membutuhkan informasi yang jelas di tempat pendaftaran dan mudah dipahami oleh pasien. Rekam medis pasien adalah catatan tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan identitas pasien, pelayanan medis, penunjang medis, dan keperawatan (4).

Rumah Sakit Umum Syifa Medika Banjarbaru merupakan salah satu dari rumah sakit swasta di daerah Banjarbaru. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang diperoleh melalui wawancara pada senin, 24 Desember 2018 sejak berdirinya Rumah Sakit Umum Syifa Medika di Banjarbaru belum diperoleh keterangan pernah dilakukannya penelitian tentang Desain Formulir Rekam Medis yang mengarah pada desain formulir akreditasi terbaru SNARS 2018. Berdasarkan hasil wawancara dengan salah seorang petugas sekaligus Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Umum Syifa Medika Banjarbaru mengatakan bahwa untuk Formulir Assesment pasien untuk diruang Saraf belum ada di Rumah Sakit tersebut. Dikarenakan belum adanya komite formulir rekam medis yang bertugas untuk mendesain formulir dikarenakan masih kurangnya SDM rekam medis yang ditugaskan untuk mengurus formulir yang dibutuhkan oleh rumah sakit agar pencatatan data pasien dilakukan dengan lengkap dan tepat. Berharap dengan dilakukannya penelitian ini dapat membantu rumah sakit dalam pembuatan formulir yang menarik dan sesuai dengan formulir pada umumnya, guna menunjang akreditasi di rumah sakit tersebut.

### Metode Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Penelitian ini bermaksud mendeskripsikan atau menggambarkan desain assessment saraf pada pasien rawat inap guna menunjang kelengkapan data dan akreditasi di Rumah Sakit Umum Syifa Medika Banjarbaru. Subjek pada penelitian

ini yaitu 1 orang dokter, 2 orang perawat, dan 1 orang kepala rekam medis di Rumah Sakit Umum Syifa Medika Banjarbaru.

Variabel dalam penelitian ini adalah formulir assesmen pasien, sedangkan sub variabelnya adalah mengidentifikasi aspek yang diperlukan oleh pengguna formulir dan mendesain formulir assesmen saraf dan assesmen medis keperawatan.

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara melakukan wawancara mendalam *indept interview* kepada pengguna formulir yaitu 1 orang dokter, 2 orang perawat, 1 orang kepala rekam medis. Teknik analisa data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu analisis data uni variat.

### Hasil Penelitian

#### A. Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Syifa Medika Banjarbaru.

Rumah Sakit Umum Syifa Medika terletak di jalan RO Ulin Banjarbaru yang merupakan jalan penghubung antara jalan provinsi yaitu jalan A. Yani dengan Jalan Trikora yang merupakan pusat kawasan pengembangan pembangunan Kota Banjarbaru, juga didukung dengan akses jalan besar dan dapat ditempuh +/- 12 menit dari Bandara Udara Syamsudinnoor.

Berdasarkan hal tersebut di atas, maka Rumah Sakit Umum Syifa Medika Banjarbaru dengan kualitas layanan prima dapat diproyeksikan menjadi rumah sakit rujukan dari berbagai kota/kabupaten di Kalimantan Selatan.

Rumah Sakit Umum Syifa Medika Banjarbaru memberikan beberapa pelayanan kesehatan sebagai berikut :

- a. Instalasi Gawat Darurat (IGD 24 Jam)
- b. Pelayanan Rawat Inap Spesialistik :
  1. Penyakit Dalam
  2. Bedah
  3. Anak
  4. Kandungan dan Kebidanan
  5. Penyakit Syaraf
  6. Rehabilitas Medik
  7. Mata
  8. Gigi dan Mulut
  9. THT
  10. Paru
  11. Jantung dan Pembuluh Darah
- c. Pelayanan Rawat Jalan :
  1. Penyakit Dalam
  2. Bedah
  3. Syaraf

4. Rehabilitas Medik
  5. Gigi Umum
  6. Gigi Anak
  7. Bedah Mulut dan Gigi
  8. Kebidanan dan Kandungan
  9. Jantung dan Pembuluh Darah
  10. Anak
  11. THT
  12. Paru
- d. Pelayanan Radiologi (Rontgen, USG 2 & 4 Dimensi)
- e. Pelayanan Laboratorium
- f. Medical Check Up
- g. Pelayanan Farmasi/Obat (24 jam)
- Rumah Sakit Umum Syifa Medika Banjarbaru mempunyai visi dan misi sebagai berikut :
- a. Visi Rumah Sakit adalah “Menjadi Rumah Sakit Terdepan di Kalimantan Selatan”.
  - b. Misi Rumah Sakit, disebut juga sebagai 8 pilar organisasi adalah:
    1. *Superiority* : selalu unggul dalam pelayanan.
    2. *Hospitality* : melayani *dengan* hati, keahlian dan keramah-tamahan.
    3. *Priority* : keselamatan, *kualitas*, kecepatan, dan kenyamanan.
    4. *Proactive* : proaktif dalam *memahami* kebutuhan dan keinginan pasien dan masyarakat.
    5. *Ethic* : memegang *teguh* etika pelayanan.
    6. *Knowledge* : *mencerdaskan* pasien dan masyarakat.
    7. *Environmental friendly* : *berperan* serta dalam bina lingkungan (ekosistem, social, dan ekonomi).
    8. *Dynamic* : *Dinamis* dalam setiap situasi.

## B. Gambaran Khusus Penelitian

- a. Aspek-aspek Formulir Assessment Pasien di Ruang Saraf Pada Pasien Rawat Inap.

Berdasarkan hasil wawancara wawancara terhadap beberapa Informan di rumah Sakit Umum Syifa Medika Banjarbaru dalam mengidentifikasi aspek-aspek yang ada di dalam formulir assessment di ruang saraf pada pasien rawat inap sebagai berikut:

1. Wawancara Terhadap Dokter

Berdasarkan hasil wawancara dengan seorang dokter spesialis saraf mengenai aspek isi yang digunakan dalam formulir assessment saraf yaitu Nama dokter

penanggung jawab, identitas Pasien, Anamnesa, Vital sign, Pemeriksaan kepala, Pemeriksaan leher., Pemeriksaan badan, Pemeriksaan anggota gerak, Pemeriksaan sensorik, Pemeriksaan system otonom, Pemeriksaan gangguan kognitif, Skala Nyeri, Assesmen, Penutup dan tanda tangan dokter penanggung jawab.

2. Wawancara Terhadap Kepala Perawat

Berdasarkan hasil wawancara dengan dua orang perawat yaitu kepala perawat dan ketua koordinator ruangan perawat di ruangan saraf mengenai aspek isi yang digunakan dalam formulir assessment keperawatan yaitu ruang perawatan, Kelas Perawatan, Diagnosa medis, Gelang identitas, Identitas pasien, data umum pasien, riwayat pasien, pemeriksaan fisik.

3. Wawancara Terhadap Kepala Perawat

Berdasarkan hasil wawancara dengan seorang kepala rekam medis mengenai aspek fisik formulir dan aspek anatomi yang ingin digunakan dalam formulir assessment saraf dan formulir assessment keperawatan. Aspek fisik seperti warna tinta hitam, Warna kertas putih, ukuran kertas A4, bentuk yang ingin digunakan Ceklis dan Isi saran Ikuti progja AP. Aspek anatomi seperti Heading (Judul, Identitas Rumah Sakit, nomor formulir), Introduction (Penjelasan formulir), Instruction (Instruksi penggunaan formulir), Body (Badan Formulir), Close (Penutup formulir).

## Pembahasan

### A Aspek-aspek Formulir Assesment Pasien di Ruang Saraf Rawat Inap.

Berdasarkan hasil wawancara di Rumah Sakit Umum Syifa Medika Banjarbaru belum menggunakan formulir assessment pasien di ruang saraf rawat inap. Hal ini dikarenakan formulir assessment pasien di ruang saraf rawat inap belum dirancang/dibuat dan belum mengetahui tujuan dari formulir tersebut.

Formulir assessment saraf di susun sudah sesuai standard akreditasi rumah sakit. Formulir assessment saraf rawat inap dibuat sebagai alat pengambil keputusan yang sangat efektif untuk menghasilkan keputusan tentang kebutuhan asuhan, pengobatan pasien yang harus segera dilakukan dan pengobatan yang berkelanjutan untuk emergensi, efektif atau pelayanan terencana, bahkan ketika kondisi

pasien berubah. (5). Proses assessment pasien adalah yang terus menerus dan dinamis yang digunakan pada sebagian besar unit kerja rawat inap rumah sakit umum Syifa Medika Banjarbaru.

Berdasarkan hasil wawancara dengan seorang kepala rekam medis mengenai aspek fisik formulir dan aspek anatomi yang ingin digunakan dalam formulir assessment saraf dan formulir assessment keperawatan yaitu:

- a) Aspek fisik
  - 1) Warna tinta hitam
  - 2) Warna kertas putih
  - 3) Ukuran kertas A4
  - 4) Bentuk yang ingin digunakan Ceklis dan Isi
  - 5) Saran Ikuti progja AP
- b) Aspek anatomi
  - 1) Heading (Judul, Identitas Rumah Sakit, nomor formulir)
  - 2) Introduction (Penjelasan formulir)
  - 3) Instruction (Instruksi penggunaan formulir)
  - 4) Body (Badan Formulir)
  - 5) Close (Penutup formulir)

Isi dari formulir assessment saraf rawat inap yang dirancang oleh peneliti untuk Rumah Sakit Umum Syifa Medika Banjarbaru adalah sebagai berikut:

- a. Kepala (*Heading*)

Terdapat kepala formulir yaitu Kop Rumah Sakit Umum Syifa Medika Banjarbaru dan identitas formulir yang terdiri dari nomor rekam medis, nama lengkap pasien, dan tanggal lahir pasien.
- b. Pendahuluan (*Introduction*)

Pada bagian pendahuluan terdapat judul formulir yaitu Assessment Saraf yaitu digunakan apabila dilakukan assessment pasien diruang saraf rawat inap.
- c. Petunjuk (*Instruction*)

Terdapat Petunjuk pengisian formulir pada bagian kiri bawah formulir agar mengisi yang diperlukan dan mencoret yang salah satu jika terdapat pilihan dalam mengisi formulir.
- d. Isi (*Body*)
  1. Identitas pasien
  2. Nama DPJP
  3. Tanggal masuk
  4. Kelas/ruang rawat
  5. Anamnesis (Keluhan)

6. Vital sign
  - a) Kwantitatif
  - b) Kualitatif
  - c) Tekanan darah
  - d) Nadi
  - e) Nyeri
  - f) Respirasi
  - g) Suhu badan
7. Pemeriksaan kepala
  - a) Mata
  - b) Telinga
  - c) N.Cranialis
  - d) Lidah
8. Pemeriksaan leher
  - a) Gerakan
  - b) Bising arteri
  - c) Kaku kuduk
9. Pemeriksaan badan
  - a) Dada
  - b) Abdomen
  - c) Refleks dinding perut
  - d) Punggung
  - e) Kolumna vertebralis
10. Pemeriksaan anggota gerak
  - a) Kekuatan motoric
  - b) Tonus
  - c) Atropi
  - d) Refleks fisiologis
  - e) Refleks patologis
11. Pemeriksaan sesnsorik
  - a) Dermotom tubuh dari depan
  - b) Dermotom tubuh dari belakang
12. Pemeriksaan sistem otonom
13. Pemeriksaan gangguan kognitif
  - a) Skor MMSE
  - b) CDT
14. Skala nyeri
  - a) Tingkat nyeri
15. Assesmen
  - a) Diagnosa Utama
  - b) Diagnosa Pendamping
- e. Penutup (*Close*)

Bagian penutup terdapat tanda tangan pernyataan yaitu penanggung jawab pasien. Formulir rekam medis adalah secarik kertas yang digunakan untuk mendokumentasikan (merekam) peristiwa, transaksi, pelayanan yang terjadi dalam organisasi kesehatan. Desain formulir adalah suatu rancangan dalam bentuk formulir yang mengatur tata letak dan penyusunan layout dan perwajahan, kolom kolom, garis-garis maupun huruf-huruf. Syarat Desain yang Efektif. (6) ; Menarik dan menimbulkan perhatian terhadap

pesannya, mengikat pesan dapat dengan mudah dibaca dan dimengerti, membuat kesan, sehingga konsumen ingin memiliki barang cetakannya. Manfaat Formulir (7) ; Alat untuk menetapkan tanggung jawab timbulnya kegiatan, alat untuk merekam data transaksi, alat untuk mengurangi kemungkinan kesalahan dengan cara menyatakan semua kejadian dalam bentuk tulisan, sebagai alat untuk komunikasi yaitu menyampaikan pokok dari satu orang ke orang lain didalam organisasi yang sama atau organisasi yang lain. Formulir merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data sesuai dengan yang dibutuhkan hingga nantiya dapat menghasilkan informasi yang berarti bagi pengguna formulir tersebut. Formulir harus didesain sesuai dengan kebutuhan penggunaanya. Pada dasarnya desain formulir dibagi menjadi 3 golongan besar, yaitu : aspek fisik, aspek anatomik, aspek isi.

**B. Mendesain Formulir Assesment Saraf**

**ASSESMEN SARAF**

Nama DPP		No. RM	
Tanggal		Nama Pasien	
Kelas/Ruang Rawat		Tanggal Lahir	
Anamnesis		Tahun	
A. Vital Sign	Kwamitas (GCS) : E V M	TD	Respirasi
	Kwalitas (D)	Nadi	Suhu Badan
		Nyeri	
B. Kepala	Mata	C. Leher	Gerakan
	Terlihat		Batas / Terbatas
	Bising Arteri		Bising Arteri
	N. Cranialis		Kaku kuduk
	Lidah		
D. Badan	Dada	E. Anggota Gerak	a. Kekuatan Motorik
	Abdomen		Tonus
	Refleksi		Persekat / Normal
	Dinding perut		Absent / Ada / Tidak
	Punggung		b. Refleksi Fisiologis
	Kekutan		c. Refleksi Patologis
	Vertebralis		
F. Sensorik			

Gambar 1. Formulir Assesment Saraf.

**ASSESMEN SARAF**

Nama DPP		No. RM	
Tanggal		Nama Pasien	
Kelas/Ruang Rawat		Tanggal Lahir	
Anamnesis		Tahun	
A. Vital Sign	Kwamitas (GCS) : E V M	TD	Respirasi
	Kwalitas (D)	Nadi	Suhu Badan
		Nyeri	
B. Kepala	Mata	C. Leher	Gerakan
	Terlihat		Batas / Terbatas
	Bising Arteri		Bising Arteri
	N. Cranialis		Kaku kuduk
	Lidah		
D. Badan	Dada	E. Anggota Gerak	a. Kekuatan Motorik
	Abdomen		Tonus
	Refleksi		Persekat / Normal
	Dinding perut		Absent / Ada / Tidak
	Punggung		b. Refleksi Fisiologis
	Kekutan		c. Refleksi Patologis
	Vertebralis		
F. Sensorik			

Gambar 2. Formulir Assesment Saraf

Terdapat kepala formulir yaitu Kop Rumah Sakit Umum Syifa Medika Banjarbaru dan identitas formulir yang terdiri dari nomor rekam medis nama lengkap pasien dan tanggal lahir pasien.

Hal ini sejalan dengan (8) bahwa *Heading* memuat judul dan informasi tentang formulir. Judul formulir mungkin muncul dalam salah satu tempat. Posisi standarnya adalah: kiri atas, tengah, kanan atas, kiri bawah atau kanan bawah

Pada bagian pendahuluan terdapat judul formulir yaitu "Assesment Keperawatan Dewasa" yaitu digunakan apabila dilakukan assesmen di ruang saraf rawat inap di Rumah Sakit.

Hal ini sejalan dengan (8) bahwa *Introduction* menjelaskan tujuan formulir. Tentang maksud tersebut diidentifikasi dalam judul.

Terdapat Petunjuk pengisian formulir pada bagian kiri bawah formulir agar menceklis dan mengisi isi yang diperlukan dalam mengisi formulir.

Hal ini sejalan dengan (8) bahwa *Instruction* umum harus singkat dan

ditempatkan dibagian atas formulir, atau dibagian bawah formulir.

Isi tubuh formulir atau badan formulir dalam formulir assesmen saraf adalah sebagai berikut:

1. Identitas pasien
  - a. Nomor rekam medis
  - b. Nama pasien
  - c. Tanggal lahir
2. Ruang/lantai
3. Kelas
4. Diagnosa medis
5. Gelang identitas
6. Data umum
  - a) Tanggal dan jam
  - b) Kondisi masuk
  - c) Via
  - d) Nadi
  - e) Napas
  - f) Suhu
  - g) SaO2
  - h) TD (Tekanan darah)
  - i) TB (Tinggi badan)
  - j) BB (Berat badan)
  - k) GCS (*Glaslow Coma Scale*)
  - l) Diagnosis masuk
  - m) Keluhan utama
  - n) Alergi
  - o) Barang berharga
7. Riwayat pasien
  - a) Riwayat pasien
    - 1) Alkohol/Obat
    - 2) Merokok
    - 3) Vaksinasi
8. Riwayat keluarga
9. Pasikososial/ekonomi/spiritual
  - a) Status pernikahan
  - b) Keluarga
  - c) Tempat tinggal
  - d) Pekerjaan
  - e) Agama
  - f) Aktivitas
  - g) Curiga penganiayaan/penelantaran
  - h) Status emosional
  - i) Keluarga terdekat
  - j) Informasi didapat dari (Keluarga pasien)
10. Pemeriksaan fisik
  - a) Pemeriksaan Mata, telinga, hidung, tenggorokan
  - b) Pemeriksaan Paru
  - c) Pemeriksaan Kardiovaskular
  - d) Skrining gizi awal menggunakan MST

- e) Pemeriksaan Genitourinaria dan Ginekologi
- f) Pemeriksaan Neuologi (Orientasi, verbal, kekuatan)
- g) Pemeriksaan Muskuloskeletal (Mobilitas, fungsi sendi, warna kulit, turgor)
- h) Pemeriksaan Norton Scale (Risiko kulit)
- i) Pemeriksaan aktivitas harian dasar
- j) Faktor resiko jatuh (Morse)
- k) Pemeriksaan nyeri
- l) Restraint
- m) Komunikasi dan edukasi
- n) Kebutuhan edukasi
- o) Kebutuhan pasien pulang kritis (pulang dengan kondisi khusus)
- p) *Resume*
  - 1) Umum
  - 2) Rujuk
  - 3) Rencana keperawatan

Hal ini sejalan dengan (8) bahwa *Body* adalah bagian dari formulir yang dikhususkan untuk pengerjaan sebenarnya dari formulir.

Bagian penutup terdapat tanda tangan pernyataan yaitu penanggung jawab pasien.

Hal ini sejalan dengan (8) bahwa komponen utama terakhir dari bagian formulir kertas adalah penutup. Ini adalah ruang untuk otentikasi atau tanda tangan dari persetujuan.

### C. Mendesain Formulir Assesment Medis Keperawatan

The image shows a digital form for 'ASSESMEN KEPERAWATAN DEWASA' (Adult Nursing Assessment) from RSUD RAKYAT UMATO. The form is divided into several sections:
 

- Identitas Pasien (Patient Identification):** Fields for name, room number, and date of birth.
- Vital Signs (Tanda Vital):** Checkboxes for blood pressure, heart rate, respiratory rate, temperature, and oxygen saturation.
- Medical History (Riwayat Medis):** Checkboxes for various conditions like diabetes, hypertension, and smoking.
- Physical Examination (Pemeriksaan Fisik):** Checkboxes for different body systems like eyes, ears, nose, throat, lungs, heart, and abdomen.
- Signature Area (Tanda Tangan):** A designated space for the nurse's signature and name.

Gambar 3. Formulir Assesment Medis Keperawatan.



**RUMAH SAKIT UMUM Syifa Medika**  
Jl. N. A. P. G. S. No. 11, Desa. K. B. Kecamatan. T. B. Kabupaten. I. B. Provinsi. T. B. Indonesia. T. B. 2017

Komunikasi  Intelektual  Pilo  Afasia

Membaca gerak bibir  Bahasa isyarat

Bahasa sehari-hari  Tidak dapat membaca  Tidak dapat mendengar

Handutan belajar  Bahasa  Dura  Ating  Hilang Memori

Cara belajar  Kognitif  Pendengaran  Penglihatan  Diteliti  Demensi

Tingkat pendidikan  Menengah  Audio Visual  SLTA  Lainnya

**Keperawatan Keperawatan**

Perawatan umum penyakit & rencana perawatan  Rencana tempat rujukan

Pemberian Obat  Manajemen Nyeri

Perawatan Diet/Nutrisi  Aktivitas/Mobilisasi

**Keperawatan khusus penyakit, trauma, penyakit kronis**

Usia lebih dari 65 tahun  Ditinjau dari Keperawatan Stroke/ Demensia

Memiliki hambatan mobilitas  Melakukan Protokol Discharge Planning sesuai kondisi

Membutuhkan pelayanan medis dan perawatan berdasarkan DPA, Service

Tergantung dengan orang lain dalam ADL

**Umum**

Berakar laring  Rejak  Kejang  Pergerakan laka

Berat berlebih  Gigit  Rabah medik

**Rencana keperawatan (pilih 2 prioritas)**

Anestesi  Kardiovaskular  Ginekonomia  Nyeri

Depresi  Gastrointestinal  Kardi  Infeksi

Spiritual  Endokrin  ADL

Respirasi  Nutrisi  Jarak/ Cedera

Pasien/Keluarga Pasien \_\_\_\_\_ Tanggal Pelaksanaan Asesmen : \_\_\_\_\_  
Jani Pelaksanaan Asesmen : \_\_\_\_\_  
Pelaksana Asesmen : \_\_\_\_\_  
(Nama & Ttd)

Gambar 8. Formulir Assesment Medis Keperawatan.

Formulir assessment medis keperawatan disusun oleh peneliti berdasarkan referensi menurut Formulir assesment medis keperawatan disusun oleh peneliti berdasarkan referensi menurut (10) Formulir assesment medis keperawatan rawat inap dibuat sebagai proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien yang berkesinambungan yang di mulai dari pengkajian sampai evaluasi sampai dalam usaha memperbaiki ataupun memelihara derajat kesehatan yang optimal. Proses assesment pasien adalah proses yang terus menerus dan dinamis yang digunakan pada sebagian besar unit kerja rawat inap di Rumah Sakit Umum Syifa Medika Banjarbaru.

Menurut (9) prinsip-prinsip yang harus diperhatikan ketika melakukan perancangan formulir adalah sebagai berikut Semua formulir harus memiliki format standar pada bagian atau nama pasien, nomor rumah sakit, alamat, dan nama dokter yang merawat. Semua formulir harus memiliki intruksi sederhana yang digunakan untuk keseragaman dalam pengumpulan data. Apabila terdapat intruksi sederhana yang detail maka dapat dicetak pada lembaran samping atau pada lembaran terpisah.

Dalam mendesain sebuah dokumen rekam medis harus memperhatikan kepada siapa dokumen tersebut akan ditujukan, kepentingannya, berapa sering dokumen tersebut digunakan, ditulis cetak atau ditulis tangan, yang didalamnya harus memuat komponen *Heading, Introduction, Instruction, Body, Close* (10).

**Kesimpulan**

Aspek-aspek yang dibutuhkan pengguna formulir assesmen diruang saraf pada rawat inap di Rumah Sakit Umum Syifa Medika Banjarbaru yaitu aspek fisik, aspek anatomi, dan aspek isi yang ada dalam formulir assesmen saraf.

Mendesain formulir assessment saraf berdasarkan hasil identifikasi dari (Dokter spesialis saraf, dan kepala rekam medis) pada rawat inap.

Mendesain formulir assesment medis keperawatan berdasarkan hasil identifikasi dari (kepala perawat, ketua koordinator ruangan keperawatan, dan kepala rekam medis) pada rawat inap.

**Daftar Pustaka**

1. Menteri Kesehatan RI. Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 Tentang Rumah Sakit; 2010
2. Menteri Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor.269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2008
3. Departemen Kesehatan RI. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medis; 2015
4. Rustiyanto, E. *Statistik Rumah Sakit Untuk Pengambilan Keputusan* Yogyakarta: Graha Ilmu.; 2010
5. Komisi Akreditasi Rumah Sakit, *Panduan Komunikasi Efektif*. <https://snars.web.id/rs/panduan-komunikasi-efektif/> Edisi 1; 2019 di akses tanggal 21 Mei 2019
6. Budi, S. C. (2003). *Buku 3 Bahan Ajar Pertemuan ke-9 Desain Formulir Rekam Medis*. Yogyakarta: Sekolah Vokasi Diploma Rekam Medis Universitas Gadjah Mada



7. Gemala, R Hatta. (2004). *Menjaga Kualitas Rekam Medis dalam Menunjang Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta.
8. Huffman, Edna K (1994). *Health Information Manajement*. Berwyn. Illinois : Physicians Record.
9. IFHIMA . 2012. *Education Module 7 : Administration and Management of a Health Record Departmen*.
10. Huffman EK, 1999. *HealthInformationManagement*. Phisician Record Company Berwin Lillianis, USA