

## PENAMBAHAN ISI FORMULIR REKAM MEDIS GAWAT DARURAT DI PUSKESMAS KARE KABUPATEN MADIUN

Ika Trisni Fajarwati  
(STIKes Buana Husada Ponorogo; e-mail: ikatrisnifa@gmail.com)  
Rumpiati  
(STIKes Buana Husada Ponorogo)  
Ike Sureni  
(STIKes Buana Husada Ponorogo)

### ABSTRAK

Penambahan ini berfungsi untuk menambah kelengkapan informasi pasien saat di pelayanan UGD. Penambahan berupa perintah pengisian, identitas, triase, riwayat alergi, *note book*, assesmen nyeri, tindakan, obat, kondisi pasien saat keluar, tanggal keluar dan jam. Tujuan penelitian ini adalah mencantumkan poin isi yang belum ada sehingga dapat menambah kelengkapan informasi pasien di Puskesmas Kare Kabupaten Madiun. Penelitian ini termasuk penelitian dan pengembangan *Research and Development*. Langkah-langkah penelitian ini dimulai dari tahap pendefinisian, tahap perancangan, tahap pengembangan dan tahap penyebaran. Sampel penelitian ini yaitu petugas unit gawat darurat dengan melibatkan beberapa ahli dalam penilaian, yaitu ahli pengembangan, ahli praktisi dan ahli desain. Hasil berupa produk formulir rekam medis yang baru dengan isi lebih lengkap serta terdapat tata cara pemengisian formulir. Kesimpulan penelitian ini yaitu di Puskesmas Kare Kabupaten Madiun terdapat kekurangan poin isi pada kolom pengisian dan juga penambahan isi belum pernah dilakukan sebelumnya. Diharapkan nantinya dapat digunakan sebagai bahan referensi dan bahan pertimbangan dalam melakukan penambahan isi.

Kata Kunci: Penambahan, Isi formulir, Rekam medis gawat darurat

### PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan merupakan lembaga yang mendukung dalam mewujudkan tujuan nasional khususnya di bidang kesehatan, salah satu lembaga tersebut adalah Puskesmas yang diselenggarakan oleh organisasi dalam hal kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok maupun masyarakat (Depkes RI, 2009).

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya *preventif* (kegiatan pencegahan penyakit) untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerja. Puskesmas memiliki pelayanan rawat jalan dan pelayanan rawat inap bagi puskesmas yang buka 24 jam (Permenkes RI. No. 75 tahun 2014).

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. (Permenkes RI No. 269/Menkes/Per/III/2008).

Berdasarkan observasi yang telah dilakukan peneliti di Puskesmas Kare Kabupaten Madiun diperoleh suatu masalah di bagian pelayanan Instalasi Gawat Darurat yaitu adanya kekurangan kolom pengisian yang terdiri dari perintah pengisian, penambahan item identitas pasien (No. RM, Tanggal Masuk UGD, Jam, Nama Lengkap Pasien, Tanggal Lahir, Jenis Kelamin, Agama, No Telp, Alamat, Pekerjaan, No. KTP/SIM/Passport, Cara Bayar, Nama Ayah/Ibu/Suami/Istri, No Telp dan Penanggungjawab Pasien), status triage (warna triase, keadaan umum, kesadaran, pernafasan dan sirkulasi), riwayat alergi, NB, assesmen nyeri, pembagian tindakan menjadi tindakan awal dan tindakan lanjutan (rawat jalan, rawat inap, rujukan), obat yang diberikan kepada pasien, kondisi pasien keluar UGD, serta tanggal dan jam keluar UGD yang juga berperan untuk melengkapi informasi penting tentang pasien yang akan ditulis pada formulir gawat darurat. Formulir yang sudah diisi lengkap lalu disimpan dan dijadikan satu folder kedalam map rekam medis pasien.

Penyebab dari kurangnya kolom pengisian yaitu belum ada atau belum ditambahkan kolom pengisian rekam medis yang memang seharusnya dicantumkan. Dampak yang ditimbulkan dari kurangnya kolom pengisian pada formulir rekam medis terutama di Unit Gawat Darurat yaitu dokter harus menulis sendiri hasil pemeriksaan dengan tulisan tangan di kolom kosong yang masih tersisa. Hal ini dapat memungkinkan terjadinya kekurangan informasi pelayanan atau catatan hasil pemeriksaan pada pasien saat berada di gawat darurat. Solusi dari adanya kekurangan kolom pengisian yaitu tentu dibutuhkan adanya penambahan isi yang

menuliskan apa saja yang wajib dan harus ada dan bertujuan agar informasi serta pelayanan yang telah diterima pasien saat berada di Unit Gawat Darurat lengkap dan tidak ada informasi pelayanan pasien yang belum tercatat pada formulir rekam medis.

**METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian ini adalah *Riset and Development* (penelitian dan pengembangan) dengan melalui 4 tahapan yaitu *define, design, development* dan *dissemination*. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kare Jalan Raya Randualas Kecamatan Kare Kabupaten Madiun. Populasi serta sampel penelitian ini adalah formulir rekam medis gawat darurat. Pengumpulan data pada penelitian dan pengembangan dikumpulkan tergantung pada level penelitian, jenis dan rumusan masalah. Peneliti menggunakan dan mengembangkan desain dengan menggunakan level tiga yaitu peneliti meneliti dan menguji dalam upaya mengembangkan desain yang telah ada. Penelitian dan pengembangan pada level tiga adalah meneliti dan menguji produk dimana peneliti melakukan penelitian dalam rangka mengembangkan produk yang telah ada di Puskesmas Kare Kabupaten Madiun. Melalui pengembangan tersebut diharapkan produk menjadi semakin efektif, efisien, praktis, menarik dan memuaskan.

**HASIL PENELITIAN**

**PEMERINTAH KABUPATEN MADIUN  
DINAS KESEHATAN  
UNIT PELAKSANA TEKNIS  
PUSKESMAS KARE**  
Jl. Raya Randualas Telp. 08123406616 email : pkmkare@yahoo.com  
MADIUN 63182

**LEMBAR MASUK INSTALASI GAWAT DARURAT**

1 Diisi oleh Perawat/Dokter yang menangani

No. RM : .....  
Tanggal Masuk IGD : ..... Jam : ..... WIB  
Nama Lengkap Pasien : .....  
Tanggal Lahir : .....  L  P  
Agama : .....  
No. Telp : .....  
Alamat : .....  
Pekerjaan : .....  
No. KTP/SIM/Passport : .....  
Cara Bayar :  UMUM  ASKES  
 BPJS  JAMKESMAS  
Nama Ayah/Ibu/Suami/Istri : .....  
No. Telp : .....  
Penanggung Jawab Pasien : .....

2

3 **TRIAGE STATUS**  Biru  Merah  Kuning  Hijau  Hitam

1. Keadaan umum :  Sehat  Sakit ringan  Sakit sedang  Sakit berat  
2. Kesadaran :  CM  Apatis  Sopor  Koma  
3. Pernafasan :  Normal  Sesak  Sumbatan jalan nafas  Tidak bernafas  
4. Sirkulasi :  Nadi normal  Aritmia  Henti jantung  Perdarahan

4 **ANAMNESIS**  
Keluhan utama : .....  
Riwayat penyakit : .....  
Riwayat alergi : .....

**PEMERIKSAAN**  
Skala GCS : E : ..... V : ..... M : .....  
Tanda vital : TD ..... mmhg Nadi ..... x/mnt  
Subu ..... °c RR ..... X/mnt  
TB ..... cm BB ..... kg

Kepala : .....  
Thorak : .....  
Abdomen : .....  
Ekstremitas : .....

Diagnosa Awal : 1. ....  
2. ....  
3. ....  
Diagnosa Akhir : 1. ....  
2. ....

5 NB : Berilah tanda (√) yang sesuai pada kolom

6 Beri tanda (√) pada gambar lokasi yang sakit

7 Hal 1 dari 2

Gambar 1. Hasil Pengembangan Produk Awal Penambahan Isi Formulir Rekam Medis Gawat Darurat di Puskesmas Kare Kabupaten Madiun (Halaman Pertama)

### Skor Nyeri Anak Usia <3 Tahun (FLACC)


Kategori	Skor
<b>Wajah</b> <b>FACE</b>	Tidak ada ekspresi tertentu atau senyuman Menyerang sekali-kali atau mengerutkan dahi, muram, opah-opahan Dagu gemetar dan rahang diketat-benulang
<b>Ekstrimitas</b> <b>LEG</b>	Posisi normal atau santai Gelisah, resah, tegang Menandang atau memark kaki
<b>Gerakan</b> <b>Activity</b>	Relakan dengan tenang, posisi normal, bergerak dengan mudan Menggeliat, maju mundur, tegang Meneuk/posisi tubuh meringkuk, kaku atau menyentak
<b>Tangisan</b> <b>Cry</b>	Tidak ada tangisan (terjaga atau tertidur) Mengerang/menengek, gerutuan sekali-kali Menangis berseki-seku, mejerit, tensai-ruk, menggerutu berulang-ulang
<b>Kemampuan ditenangkan</b> <b>Consolability</b>	Senang, santai Dapat ditenangkan dengan sentuhan, pelukan atau berbicara, dapat diarahkan Sulit/didak dapat ditenangkan dengan pelukan, sentuhan atau distraksi

**Keterangan :**  
 0 = tidak nyeri  
 1-3 = nyeri ringan  
 4-6 = nyeri sedang  
 7-10 = nyeri berat

Skor Total :

---

### Skor Nyeri Anak Usia 3-9 Tahun (Wong Baker Faces)

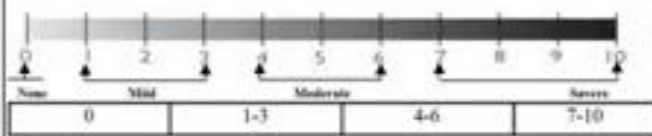


**Keterangan :**  
 0 = tidak nyeri      4-5 = cukup nyeri  
 2-3 = sedikit nyeri    8-9 = sangat nyeri  
 6-7 = lumayan nyeri    10 = amat sangat

Skor Total :

---

### Skor Nyeri Dewasa dan Anak Usia >9 Tahun (Numeric Rating Scale)



**Keterangan :**  
 0 = tidak ada nyeri    4-6 = nyeri sedang  
 1-3 = nyeri ringan      7-10 = nyeri berat

Skor Total :

**Hasil Pemeriksaan Penunjang :**

1. Laborat : .....

2. Penunjang Lain : .....

Tindakan Awal : .....

Tindakan Lanjutan :  Rawat Jalan     Rawat Inap     Rujukan

Obat yang diberikan : 1. ....  
 2. ....  
 3. ....

Terapi : .....

Diet : .....

Edukasi : .....

Monitoring : .....

Kondisi pasien saat keluar dari UGD :  Sembuh     Meninggal

Tanggal Keluar UGD : ..... Jam : ..... WIB

Tanggal .....  
Dokter, .....

NB : Berilah tanda (v) yang sesuai pada kolom

1

2

3

4

5

6

7

8

Gambar 2 Hasil Pengembangan Produk Awal Penambahan Isi Formulir Rekam Medis Gawat Darurat di Puskesmas Kare Kabupaten Madiun (Halaman Kedua)

254

GLOBAL HEALTH SCIENCE ----- <http://jurnal.csdforum.com/index.php/ghs>

**MEKANISME / CARA PENGISIAN**

Cara Pengisian Formulir Gawat Darurat seperti pada urutan per isian (point-point) sebagai berikut :

1. No. RM : diisi nomor rekam medis sesuai standar sistem penomoran menggunakan sistem unit dan bank nomor yang dikeluarkan oleh pendaftaran pasien rawat jalan dan gawat darurat
2. Tanggal masuk IGD / Jam : diisi tanggal dan jam waktu pasien masuk rumah sakit,
3. Nama Pasien : diisi nama pasien lengkap sesuai dengan standar sistem penamaan (sesuai identitas pasien berupa KTP, SIM dan identitas resmi lainnya)
4. Tanggal lahir : diisi kota atau kabupaten tempat lahir pasien dan tanggal bulan tahun,
5. Jenis Kelamin : diisi contreng (pilih) jenis kelamin sesuai dengan daftar isian yang disediakan,
6. Agama : diisi contreng (pilih) agama sesuai dengan daftar isian yang disediakan,
7. No.Telp : diisi nomor telepon rumah asal pasien,
8. Alamat : diisi alamat asal pasien sesuai dengan kartu pengenalan,
9. Pekerjaan : diisi sesuai dengan pekerjaan pasien,
10. No. KTP/SIM/Passport : diisi sesuai nomor yang tertera pada nomor KTP/SIM/Passport
11. Cara bayar : diisi contreng (pilih) cara bayar sesuai dengan daftar isian yang disediakan,
12. Nama Ayah/Ibu/Suami/Istri : diisi nama Ayah/Ibu/Suami/Istri pasien,
13. No.Telp : diisi nomor telepon rumah Ayah/Ibu/Suami/Istri,
14. Penanggung Jawab Pasien : diisi nama penanggung jawab pasien,
15. Triage Status : diisi contreng (pilih) warna triase sesuai dengan daftar isian yang disediakan,
  - A. Biru : Gawat darurat, resusitasi segera yaitu untuk penderita sangat gawat/ancaman nyawa.
    - 1) Henti jantung yang kritis
    - 2) Henti nafas yang kritis
    - 3) Trauma kepala yang kritis
    - 4) Perdarahan yang kritis
  - B. Merah : Gawat darurat, harus MRS yaitu untuk penderita gawat darurat (kondisi stabil / tidak membahayakan nyawa.
    - 1) Sumbatan jalan nafas atau distress nafas
    - 2) Luka tusuk
    - 3) Penurunan tekanan darah
    - 4) Perdarahan pembuluh nadi
    - 5) Gangguan kejiwaan
    - 6) Luka bakar derajat II >25% tidak mengenai dada dan muka
    - 7) Diare dengan dehidrasi
    - 8) Patah tulang
  - C. Kuning : Gawat darurat, bisa MRS / rawat jalan yaitu untuk penderita gawat darurat, tetapi tidak gawat.
    - 1) Lecet luas
    - 2) Diare non dehidrasi
    - 3) Luka bakar derajat I dan derajat II >20%
  - D. Hijau : Gawat tidak darurat, dengan penggunaan bisa rawat jalan yaitu untuk bukan penderita gawat.
    - 1) Gegar otak ringan
    - 2) Luka bakar derajat I
  - E. Hitam : Meninggal dunia
16. Keadaan umum : diisi contreng (pilih) tingkat keadaan umum sesuai dengan daftar isian yang disediakan,
17. Kesadaran : diisi contreng (pilih) tingkat kesadaran sesuai dengan daftar isian yang disediakan,

Hal 1 dari 2

Gambar 3. Mekanisme / Cara Pengisian Penambahan Isi Formulir Rekam Medis Gawat Darurat Di Puskesmas Kare Kabupaten Madiun (Halaman Pertama)



18. Pernafasan	: diisi contreng (pilih) tingkat pernafasan sesuai dengan daftar isian yang disediakan,
19. Sirkulasi	: diisi contreng (pilih) tingkat sirkulasi sesuai dengan daftar isian yang disediakan,
20. Anamnesa terdiri dari	
A. Keluhan utama	: diisi keluhan utama atau keluhan awal yang dirasakan pasien,
B. Riwayat penyakit	: diisi riwayat penyakit terdahulu yang di derita pasien,
C. Riwayat alergi	: diisi riwayat alergi pasien, seperti alergi obat tertentu,
21. Pemeriksaan terdiri dari	
A. Skala CGS	: diisi E (Eye/ Reaksi membuka mata), M (Motorik/ Gerakan) dan V (Verbal / Pembicaraan),
B. Tanda vital	: diisi TD (Tekanan Darah), Suhu tubuh, TB (Tinggi Badan), Nadi, RR (Respiratory) dan BB (Berat Badan),
C. Kepala	: diisi keadaan kepala pasien,
D. Thorak	: diisi keadaan thorak pasien,
E. Abdomen	: diisi keadaan abdomen pasien,
F. Ekstremitas	: diisi keadaan ekstremitas pasien,
23. Dignosa awal	: diisi diagnosa awal pasien,
24. Diagnosa akhir	: diisi diagnosa akhir pasien,
25. Assesmen nyeri	: diisi skor nyeri sesuai dengan usia pasien
26. Hasil pemeriksaan penunjang terdiri dari	
A. Laborat	: diisi hasil pemeriksaan laborat pasien jika diperlukan,
B. Penunjang lain	: diisi hasil penunjang lain pasien jika diperlukan ,
27. Tindakan awal	: diisi tindakan awal yang diberikan pada pasien,
28. Tindakan lanjutan	: diisi contreng (pilih) tindakan lanjutan sesuai dengan daftar isian yang disediakan,
29. Obat yang diberikan	: diisi obat yang yang diberikan dokter untuk pasien,
30. Terapi	: diisi terapi untuk pasien jika diperlukan ,
31. Diet	: diisi diet untuk pasien jika diperlukan,
32. Edukasi	: diisi edukasi untuk pasien jika diperlukan,
33. Monitoring	: diisi monitoring untuk pasien jika diperlukan,
34. Kondisi pasien keluar IGD	: diisi contreng (pilih) kondisi pasien keluar IGD sesuai dengan daftar isian yang disediakan,
35. Tanggal keluar IGD / Jam	: diisi tanggal waktu dan jam pasien keluar IGD,
36. Tanggal	: diisi tanggal dipakainya formulir rekam medis pasien IGD,
37. TTD & Nama terang dokter	: diisi Tanda tangan & Nama terang dokter yang bersangkutan,

Hal 2 dari 2

Gambar 4. Mekanisme / Cara Pengisian Penambahan Isi Formulir Rekam Medis Gawat Darurat Di Puskesmas Kare Kabupaten Madiun (Halaman Kedua)

Berdasarkan gambar 1, gambar 2, gambar 3 dan gambar 4 diatas dapat diketahui merupakan hasil dari penambahan dan pengembangan yang ada di Puskesmas Kare Kabupaten Madiun. Hasil tersebut diperoleh dengan melalui beberapa revisi dari ahli validator yang terpilih.

## PEMBAHASAN

*Define* (pendefinisian) yang diperoleh peneliti pada penelitian ini dilakukan dengan melalui 3 cara yaitu wawancara, observasi dan dokumentasi. Sehingga diperoleh hasil yaitu bahwa di Puskesmas Kare Kabupaten Madiun masih terdapat kekurangan poin atau isi pada formulir rekam medis gawat darurat yang nantinya dapat menyebabkan kurangnya kelengkapan informasi jika tidak ditulis dengan teliti.

*Design* (perancangan) yaitu berupa produk baru dengan isi / poin yang lebih lengkap dengan hasil berikut :

Penambahan perintah pengisian pada formulir rekam medis gawat darurat. Pentingnya pemberian perintah pengisian adalah untuk memperjelas bahwa perintah pengisian hanya dilakukan oleh petugas medis, seperti perawat atau dokter.

Penambahan identitas pasien pada Agama, No Telpn pasien, pekerjaan, nomor KTP/SIM/PASPORT, Penambahan pilihan cara bayar, nama ayah/ibu/suami/istri, nomor telpon ayah/ibu/suami/istri, penanggungjawab pasien tujuannya adalah untuk memperjelas tentang identitas pasien serta mempermudah dalam pendataan dan pencatatan identitas pasien.

Penambahan triage status dalam formulir rekam medis UGD bertujuan untuk mengetahui urutan prioritas penanganan pasien yang ditunjukkan dengan labelisasi warna. Terdapat 5 labelisasi warna yaitu biru, merah, kuning, hijau dan hitam.

Penambahan riwayat alergi yang mungkin dimiliki oleh pasien. Pada anamnesa formulir rekam medis sebelumnya hanya terdapat keluhan utama dan riwayat penyakit. Pentingnya penambahan riwayat alergi bertujuan memberikan informasi jika pasien mempunyai alergi pada obat tertentu atau tidak agar pasien mendapat penanganan secara tepat.

Penambahan NB (*Note Book*) dalam bertujuan untuk memperjelas perintah pengisian formulir.

Penambahan assesmen nyeri adalah untuk mengetahui seberapa tinggi skala nyeri pada pasien yang diisi sesuai usia yaitu anak usia <3 tahun, anak usia 3-9 tahun, serta anak usia >9 tahun dan dewasa.

Pada tindakan formulir rekam medis sebelumnya dijadikan satu point sehingga peneliti membagi tindakan tersebut menjadi dua, yaitu tindakan awal dan tindakan lanjutan (rawat jalan, rawat inap, rujukan) yang bertujuan memperjelas data pasien.

Penambahan obat yang diberikan bertujuan untuk mengetahui obat yang diberikan dan dikonsumsi pasien.

Penambahan kondisi Pasien Saat Keluar dari UGD untuk mengetahui kondisi pasien saat keluar dari UGD dan memudahkan pencatatan rekam medis.

Penambahan tanggal keluar UGD dan jam untuk mempermudah pencatatan rekam medis dan mengetahui kapan pasien keluar dari UGD maka diperlukan penambahan data terkait tanggal keluar UGD dan jam keluar UGD pada formulir rekam medis.

Penambahan tentang bagaimana tata cara / mekanisme pengisian formulir gawat darurat.

*Development* (pengembangan) yaitu melalui penggabungan beberapa penilaian dari validator ahli yaitu validator ahli pengembangan, validator ahli praktisi dan validator ahli desain.

*Dissemination* (penyebaran) yaitu dilakukan dengan menyebarkan produk yang sudah dihasilkan ke Puskesmas Kare Kabupaten Madiun untuk mengetahui produk tersebut sesuai dengan kebutuhan.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di Puskesmas Kare Kabupaten Madiun dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Masih terdapat beberapa poin isi yang belum dicantumkan pada kolom pengisian, hal ini menyebabkan dokter ataupun petugas UGD menuliskan sendiri poin isi setelah selesai melakukan pelayanan dan pemeriksaan.

2. Penambahan belum dilakukan karena formulir rekam medis ini masih baru digunakan dan petugas UGD menggunakan formulir yang sudah ada dalam mencatat informasi pelayanan sehingga perlu dilakukan pengembangan pada formulir gawat darurat.

### Saran

Saran yang dapat diberikan dari hasil penelitian tentang penambahan di Puskesmas Kare Kabupaten Madiun adalah sebagai berikut :

1. Bagi Peneliti  
Diharapkan dapat menambah ilmu dan wawasan sehingga menambah pembelajaran khususnya di bidang perancangan produk.
2. Bagi Peneliti Lain  
Diharapkan digunakan untuk referensi dalam penelitian berisikan formulir rekam medis selanjutnya di pelayanan rumah sakit, puskesmas maupun pelayanan kesehatan lainnya.
3. Bagi Puskesmas Kare Kabupaten Madiun  
Diharapkan digunakan untuk bahan masukan dan juga sebagai pertimbangan dalam penambahan terutama di formulir UGD.

### DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009 tentang Pelayanan Kesehatan  
Dika Ayu S. 2016. Perancangan Desain Sampul Rekam Medis Di Unit Rawat Inap Klinik Permata Medika Kecamatan Sukorejo Kabupaten Ponorogo. Karya Tulis Ilmiah Stikes Buana Husada. Ponorogo
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas
- Sugiyono. 2015. Metode Penelitian Tindakan Komprehensif. Bandung : Alfabeta
- Sugiyono. 2017. Metode Penelitian Dan Pengembangan Research And Development. Bandung: Alfabeta
- Suhartini. 1997. Pengertian formulir rekam medis. [internet]. Bersumber dari <http://aepnurulhidayat.wordpress.com/2016/08/27/pengertian-formulir-rekam-medis-by-aep-nurul-hidayah/> [diakses pada 21 november 2017 jam 14.50]