

ELEMEN DATA DALAM FORMUILR REKAM MEDIS (Data Klinis)

HOSIZAH

PRODI MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN
FIFKES UNIVERSITAS ESA UNGGGUL

ELEMEN DATA DALAM FORMUILR REKAM MEDIS DATA KLINIS

No	Kode Formulir	Jenis Formulir	Elemen Data
1	History 000005 (11/2002)	Riwayat Medis	<ol style="list-style-type: none">1. Nama Pasien2. Keluhan Utama3. Penyakit4. Riwayat medis masa lampau5. Riwayat pribadi dan sosial6. Riwayat medis keluarga7. Riwayat umum8. Tinjauan sistem tubuh9. Alergi (pengobatan dan obat) <p>Untuk anak remaja dan anak-anak</p> <ol style="list-style-type: none">10. Evaluasi dari perkembangan usia11. Status kekebalan tubuh12. Tanda tangan Dokter13. Tanggal periksa

ELEMEN DATA DALAM FORMUILR REKAM MEDIS DATA KLINIS

No	Kode Formulir	Jenis Formulir	Elemen Data
2	FIGURE 5.6 . Example of a physical examination report (000006) TABLE 5.2. Information typically documented in the report of a physical examination	Laporan Pemeriksaan Fisik	<p>Elemen data tentang laporan pemeriksaan fisik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penampilan secara umum. 2. Kulit. 3. HEENT. 4. Kelenjar limpa. 5. Leher. 6. Dada. 7. Data dan sekitarnya. 8. Jantung. 9. Perut. 10. Alat kelamin laki-laki. 11. Otot. 12. Syaraf. 13. Rektum. 14. Alat kelamin perempuan

ELEMEN DATA DALAM FORMUILR REKAM MEDIS DATA KLINIS

No	Kode Formulir	Jenis Formulir	Elemen Data
2	FIGURE 5.6 . Example of a physical examination report (000006) TABLE 5.2. Information typically documented in the report of a physical examination	Laporan Pemeriksaan Fisik	Elemen data tentang informasi dokumen khusus di laporan pemeriksaan fisik: 1. Kondisi umum. 2. Tanda-tanda vital. 3. Kulit. 4. Kepala. 5. Mata. 6. Telinga. 7. Hidung dan sinus. 8. Mulut. 9. Tenggorokan. 10. Leher.

ELEMEN DATA DALAM FORMUILR REKAM MEDIS DATA KLINIS

No	Kode Formulir	Jenis Formulir	Elemen Data
3	Physician Orders 000122 (02/2003)	Instruksi Dokter	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanggal dan waktu instruksi 2. Alasan untuk instruksi (seperti diagnosis, symptom, hasil tes lab abnormal) 3. Instruksi/rincian instruksi (contoh: obat & dosis; X-Ray) 4. Instruksi dokter (klinis) ditanda tangani (manual atau elektronik, jika CPOE) 5. Jika instruksi diberikan secara lisan/melalui telepon ke perawat, perawat harus menandatangani dan instruksi dokter harus dalam bentuk penandatanganan dokter, umumnya dalam waktu 24 hingga 48 jam
4		Instruksi Khusus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Do Not Orders 2. Orders for Restraint and seclusion
5	Discharge Order "Physician Orders" 000010 (11/2002)	Instruksi Kepulangan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nama Pasien 2. No. RM Pasien 3. Tanggal Lahir Pasien 4. Alergi Obat 5. Tanggal dan waktu kepulangan 6. Nama Perawat yang Teregistrasi 7. Instruksi Dokter 8. Tanda tangan Dokter

ELEMEN DATA DALAM FORMUILR REKAM MEDIS DATA KLINIS

No	Kode Formulir	Jenis Formulir	Elemen Data
6	Table 5.3. Clinical credentials of healthcare professionals who write health record documentation	Catatan Perkembangan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi kesehatan pasien pada saat pendaftaran masuk dan kepulangan 2. Temuan pemeriksaan fisik 3. Pengamatan tanda-tanda vital, termasuk penilaian rasa nyeri 4. Catatan kronologis selama pasien dirawat, termasuk tanggapan untuk pengobatan 5. Hasil laboratorium dan gambaran prosedur, bersama dengan interpretasi dan rencana untuk tindak lanjut 6. Permintaan untuk konsultasi dan alasan untuk permintaan 7. Catatan edukasi pasien dan keluarganya 8. Laporan prosedur operasi setelah prosedur selesai
7		Catatan Perkembangan Dokter	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi saat ini atau perkembangan harian 2. Reaksi terhadap pengobatan 3. Hasil tes diagnostik 4. Perbaikan dalam rencana pengobatan 5. Percakapan dengan pasien atau keluarganya
8		Hasil Konsultasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nama Dokter yang meminta konsultasi dan alasan permintaannya 2. Tanggal dan waktu konsultasi pemeriksaan pasien 3. Temuan terkait pemeriksaan 4. Pendapat, diagnosis atau anggapan dari konsultan 5. Rekomendasi untuk pemeriksaan diagnosis dan/ atau pengobatan 6. Tanda tangan, surat kepercayaan, dan kekhususan dari konsultan

ELEMEN DATA DALAM FORMUILR REKAM MEDIS DATA KLINIS

No	Kode Formulir	Jenis Formulir	Elemen Data
9	FIGURE 5.12. Example of an initial nursing assessment (000039)	Penilaian Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alasan berada di rumah sakit 2. Penyakit sekarang dan masa lalu 3. Kondisi medis saat itu, termasuk kondisi kulit dan tingkat nyeri 4. Status kognitif saat itu, termasuk kemampuan berkomunikasi dan untuk memahami dan mengikuti perintah 5. Status fungsional saat itu, termasuk tingkat aktivitas fisik dan kemampuan berjalan, bergerak, dan melakukan perawatan diri 6. Status psikososial saat itu, termasuk status pernikahan, aturan hidup, kebiasaan pribadi (seperti merokok, konsumsi alcohol, dan menggunakan obat-obatan illegal), dan pekerjaan 7. Riwayat keluarga, termasuk informasi tentang orang tua, anak-anak, dan saudara kandung dan status kesehatan mereka saat itu atau penyebab kematian 8. Status gizi saat itu, termasuk kemampuan untuk menghidupi dirinya dan persyaratan khusus diet atau alergi makanan 9. Alergi obat yang diketahui, termasuk sensitivitas terhadap produk-produk karet 10. Pengobatan saat itu 11. Kebutuhan untuk perencanaan keputungan khusus
10		Rencana Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian Awal (medis dan suster) untuk kebutuhan pasien segera dan jangka panjang. 2. Pernyataan tujuan pengobatan yang berdasarkan kebutuhan pasien dan diagnosis nya. 3. Deskripsi dari rencana kegiatan untuk memenuhi tujuan pengobatan. 4. Tujuan edukasi pasien. 5. Tujuan rencana keputungan. 6. Waktu penilaian periodic berkala untuk menuju tujuan pengobatan. 7. Indikator dari kebutuhan penilaian rencana untuk mengetahui respon pasien terhadap pengobatan dan/atau dari komplikasi perkembangan yang ada.

ELEMEN DATA DALAM FORMUILR REKAM MEDIS DATA KLINIS

No	Kode Formulir	Jenis Formulir	Elemen Data
11		Pedoman Praktek Klinis dan Protokol	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman Praktek Klinis 2. Protokol Klinis 3. Jalur Klinis
12		Laporan Manajemen Kasus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perencanaan perawatan sebelum dan pada saat kedatangan pasien 2. Review dari perkembangan perawatan saat pasien dirawat 3. Mengadakan perencanaan kepulangan ke fasilitas yang memadai sejak pasien pulang
13	FIGURE 5.13. Example of vital signs documentation in graphic format (000029)	Catatan Perkembangan Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas pasien, termasuk nama dan no rekam medis 2. Tanggal 3. Hospital day/Postop 4. Jam kedatangan 5. Suhu 6. Denyut 7. Pernapasan 8. BP 9. Asupan (Tube Feedings, Oral, Intravenous, Piggyback, Blood, Shift Total) 10. Keluaran (Voided, Catheter, Gastric, Emesis, Shift Total)

ELEMEN DATA DALAM FORMUILR REKAM MEDIS DATA KLINIS

No	Kode Formulir	Jenis Formulir	Elemen Data
14	FIGURE 5.16 . Example of a patient-controlled analgesia record (000031)	Rekam Administrasi Medis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas Pasien termasuk nama dan No. RM 2. Perintah Dokter. 3. Tanggal Perintah. 4. Nama Dokter. 5. Wajtu 6. Tanda tangan dokter. 7. Tanda-tanda vital. 8. Skala Nyeri
15	FIGURE 5.17. Example of a flowchart form (000032)	Flowchart	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pasien, termasuk nama dan nomor rekaman 2. Nyeri 3. Sensasi 4. Nadi 5. Warna 6. Suhu 7. Capillary Refill 8. Edema 9. Two-Pt. Discrim 10. Tanda-Tanda Vital 11. Tanda tangan 12. Tanggal dan Waktu