



REKAM MEDIS PASIEN RAWAT JALAN

| No. Rekam Medis | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|
| | | | | |

Nama Pasien : Lk/Pr :

Tanggal lahir : Umur : Th/Bl/Hr. Agama :

Alamat :

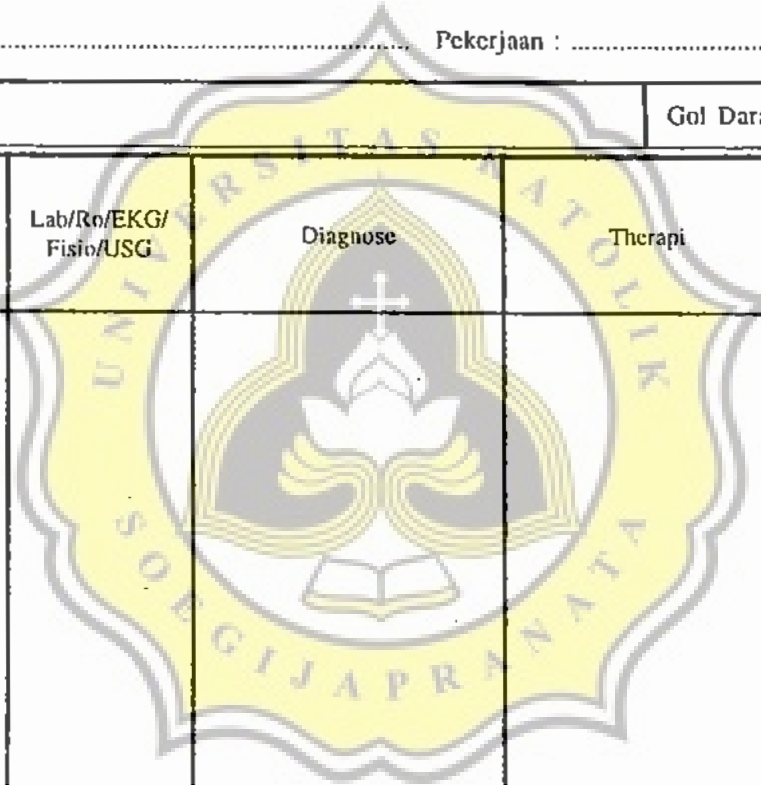
Telp. :

Pendidikan : SD SLTP SLTA Akademi Universitas

Istri / Ortu / Anak : Pekerjaan :

ALERGI terhadap : Gol Darah :

| tanggal & Jam | Anamnesa & Pemeriksaan | Lab/Ro/EKG/ Fisio/USG | Diagnose | Therapi | Nama & TT Dokter |
|---------------|------------------------|--------------------------|----------|---------|------------------|
| | | | | | |





R.S. PANTI WILASA "Dr. CIPTO"
YAKKUM CABANG SEMARANG
LEMBARAN MASUK & KELUAR

Gol. Dh

RM - 1

RAWAT INAP

| | | | | | | | | |
|---|------------------|------------------|-------------------------------|---------------------|--------------|------------------------------|-----------------------------|-----|
| KLAS | PINDAH KE | PINDAH KE | NOMOR P.M. | | | | | |
| | Puang Kelas | Puang Kelas | | | | | | |
| NAMA LENGKAP PENDEBITA (tulis dengan huruf cetak) | | | UMUM WAKTU MASUK | | | JENIS KELAMIN | DIRAWAT DI RS YANG KE | |
| | | | Tgl | Bln | Hari | 1. Laki-laki 2. Perempuan | | |
| LENGKAP PENDEBITA TELP | | | TANGGAL MASUK | | | TANGGAL KELUAR | LAMANYA DIRAWAT | |
| Kec Kode Wil | | | Tgl | Bln | TH | Tgl | | Bln |
| URANG TUA | | | Jam | | | Jam | | |
| JAMI | | | DIKIRIM OLEH / DATANG SENDIRI | | | | | HR |
| TRI | | | 1 RS / IIS | 5 Dokter Gigi | 8 Orang lain | | | |
| NAN PENDEBITA | | | 2 Puskesmas | 6 Paramedis | 9 Polisi | | | |
| NAN SUAMI/ISITRI | | | 3 Dokter Umum | 7 Keluarga | | | | |
| NAN ORANG TUA | | | 4 Dokter Ahli | | | | | |
| GUNG JAWAB PEAYA | | | KEBANGSAAN | AGAMA / KEPERCAYAAN | STATUS PERK | | | |
| / TELP | | | 1 Indonesia | 1 Protestan | 4 Hindu | 1 Kawin | | |
| SA TERDEKAT | | | 2 Ind. Kei. Asing | 2 Katolik | 5 Budha | 2 Belum Kawin | | |
| SE / KELOMPOK UMAMA | | | 3 Asing | 1 Islam | 6 Lain-lain | 3 Duda | | |
| Sosial : | | | BAGIAN | | 5 Umum | | | |
| at / Makanan | | | 1 Peny Dalam | | | 6 Isolasi | | |
| SA MASUK | | | 2 Peny Anak | | | 7 Perinatologi | | |
| SA AKHIR | | | 3 Perinatal | | | 8 | | |
| SA LAIN | | | 4 Kelelahan / Kandungian | | | | | |
| | | | KODE ICD | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | KODE OPERASI | | | | | |
| | | | | | | | | |

PENTING

| | |
|--|--|
| KEADAAN KELUAR | CARA KELUAR |
| 1. Meninggal asli 48 jam 2. Meninggal sesuai 48 jam | 1. Atas persetujuan 2. Pulang paksa 3. Melarikan diri 4. Dirujuk ke RS lain 5. Meninggal |

| | | | | | |
|-------------|--------------|------------------|--------------|-------------|--------------|
| DOKTER UMUM | | DOKTER SPESIALIS | | | |
| TE-RANG | TANDA TANGAN | NAMA TERANG | TANDA TANGAN | NAMA TERANG | TANDA TANGAN |
| | | | | | |

UNTUK YANG MENINGGAL, SEBAB KEJATAN HARUS DIISI DI HALAMAN SEBALIK



R.S. PANTI WILASA "Dr. CIPTO"
 Yayasan Kristen untuk Kesehatan Umum
 (YAKKUM) CABANG SEMARANG
 Jalan Dr. Cipto No. 50 - Telepon (024) 3546040
 SEMARANG - 50126

PERNYATAAN PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Menyatakan bahwa selaku pasien/keluarga terdekat pasien (ayah/ibu/suami/isteri/kakak/adik/anak/atau lainnya)

Nama :

Yang sedang menjalani perawatan di RS. Panti Wilasa "Dr. Cipto" bagian :

- +) a. Instalasi Rawat Jalan (Poliklinik)
- b. Instalasi Gawat Darurat
- c. Instalasi Rawat Inap Ruang

Setelah menerima penjelasan dari dokter yang merawat, menyetujui untuk dilakukan tindakan
 dengan biaya kurang lebih Rp, terbilang (.....)

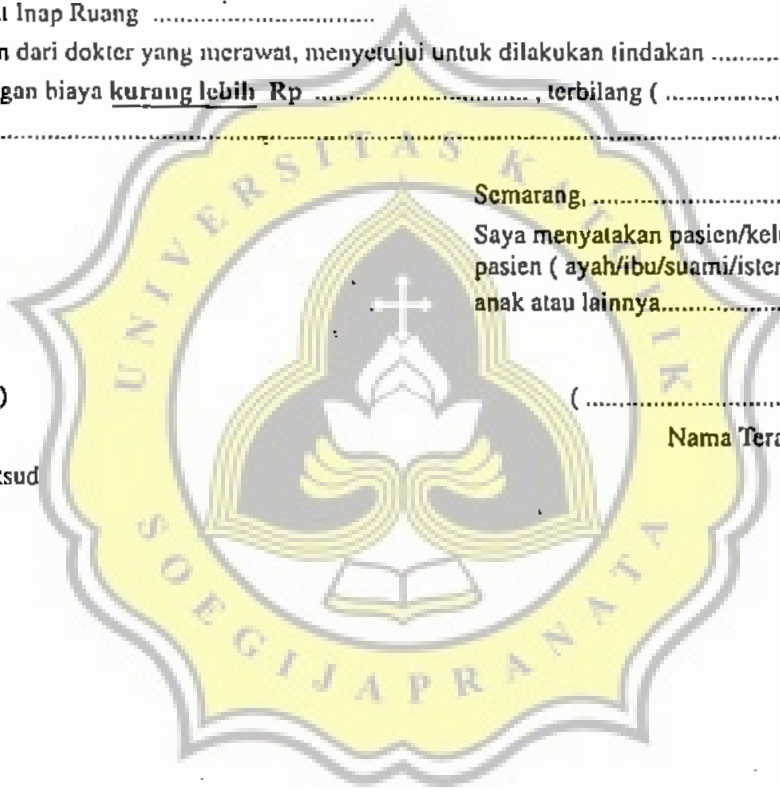
Mengetahui,
 Petugas Bagian

Semarang,
 Saya menyatakan pasien/keluarga terdekat
 pasien (ayah/ibu/suami/isteri/kakak/adik/
 anak atau lainnya.....)

(.....)
 Nama Terang

(.....)
 Nama Terang

+) Beri tanda X yang dimaksud



PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS

Saya, yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Umur / kelamin : tahun, Laki-laki / Perempuan
Alamat :
Bukti diri / KTP :

dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan

PERSETUJUAN

Untuk dilakukan tindakan medis berupa **
Terhadap diri saya sendiri * / istri / suami* / anak * / ayah * / bu saya*, dengan

Nama :
Umur / kelamin : tahun, Laki-laki / Perempuan
Alamat :
Bukti diri / KTP :
Dirawal di :
Nomor Rekam Medis :

yang tujuan, sifat, dan perlunya tindakan medis tersebut diatas, serta resiko yang dapat ditimbulkannya telah cukup dijelaskan oleh dokter dan telah saya mengerti sepenuhnya.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

....., Tgl. Bulan Tahun

Saksi-saksi
Tanda tangan

Dokter
Tanda tangan

Yang membuat pernyataan
Tanda tangan

1.

(.....)
nama jelas

(.....)
nama jelas

(.....)
nama jelas

2.

(.....)
nama jelas


** Isi dengan jenis tindakan medis yang akan dilakukan.
* Lingkari dan coret yang lain.

RS. PANTI WILASA "Dr. CIPTO" SEMARANG

la :
 ir :

No. RM :
 Klas :

Catatan dan Pengobatan Dokter

| Jam | Ket. Penyakit / Follow Up | Instruksi Dokter | Paraf |
|-------|---|------------------|---|
| 00.40 | <p>Perdarahan beres GINJAL</p> | |  |



Jama :

No. RM :

Jmur :

| TANGGAL | | | | | | | |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Urina | | | | | | | |
| Defkasi | | | | | | | |
| Tumpah | | | | | | | |
| Nafas | | | | | | | |
| Oedema | | | | | | | |
| BB / TB | | | | | | | |
| Tensi | | | | | | | |
| NADI & TEMP | | | | | | | |
| 180 | 42° | | | | | | |
| | 8 | | | | | | |
| | 6 | | | | | | |
| | 4 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| 160 | 41° | | | | | | |
| | 8 | | | | | | |
| | 6 | | | | | | |
| | 4 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| 140 | 40° | | | | | | |
| | 8 | | | | | | |
| | 6 | | | | | | |
| | 4 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| 120 | 39° | | | | | | |
| | 8 | | | | | | |
| | 6 | | | | | | |
| | 4 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| 100 | 38° | | | | | | |
| | 8 | | | | | | |
| | 6 | | | | | | |
| | 4 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| 80 | 37° | | | | | | |
| | 8 | | | | | | |
| | 6 | | | | | | |
| | 4 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| 60 | 36° | | | | | | |
| | 8 | | | | | | |
| | 6 | | | | | | |
| | 4 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| 40 | 35° | | | | | | |
| Obat 2 an | Dosis | Dosis | Dosis | Dosis | Dosis | Dosis | Dosis |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | |
| Suntikan | Dosis | Dosis | Dosis | Dosis | Dosis | Dosis | Dosis |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| alat - lain | | | | | | | |

RUMAH SAKIT PANTI WILASA "Dr.CIPTO" SEMARANG

CATATAN PEMBERIAN OBAT

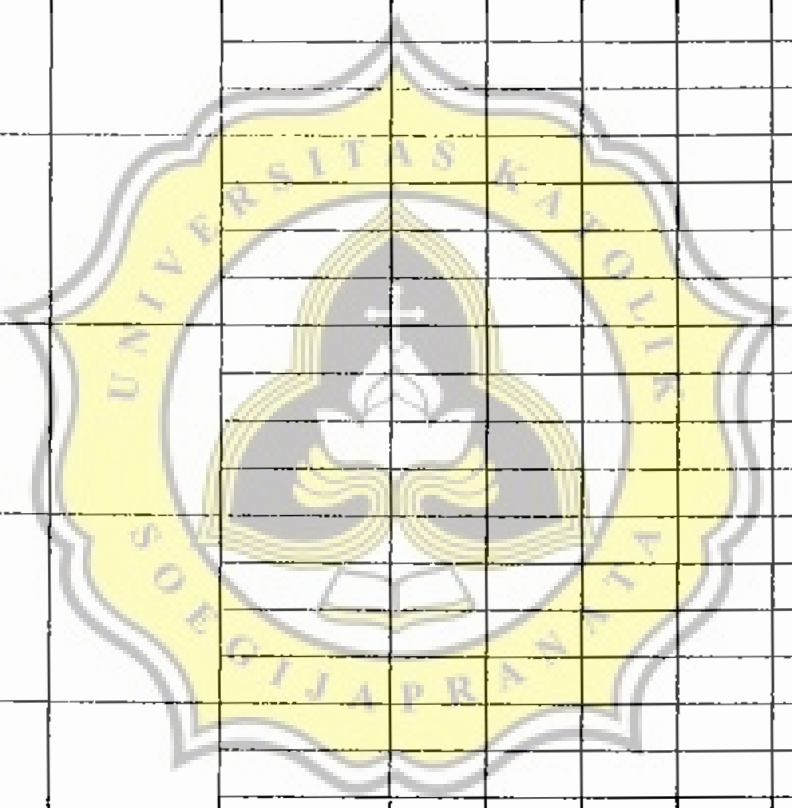
a m a :

No. RM :

m u r : th.


Ruang / Kelas :

| Jenis Obat | Cara Pemberian | Jam Pemberian | Tanggal | | | | | | | | | | | | |
|---------------|----------------|---------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obat Ekstra : | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |



CATATAN PERKEMBANGAN

Nama :
umur :
Jenis Kelamin :
Ruang Rawat :
No. RM :
Klas :

| gl. / Jam | No. DP | Evaluasi | Ttd |
|---|--------|----------|-----|
|  | | | |



RS. PANTI WILASA "Dr. CIPTO"
Jl. Dr. Cipto No. 50 Semarang Telp. 3646040

RM.7

PROSES KEPERAWATAN

REKAMAN ASUHAN KEPERAWATAN

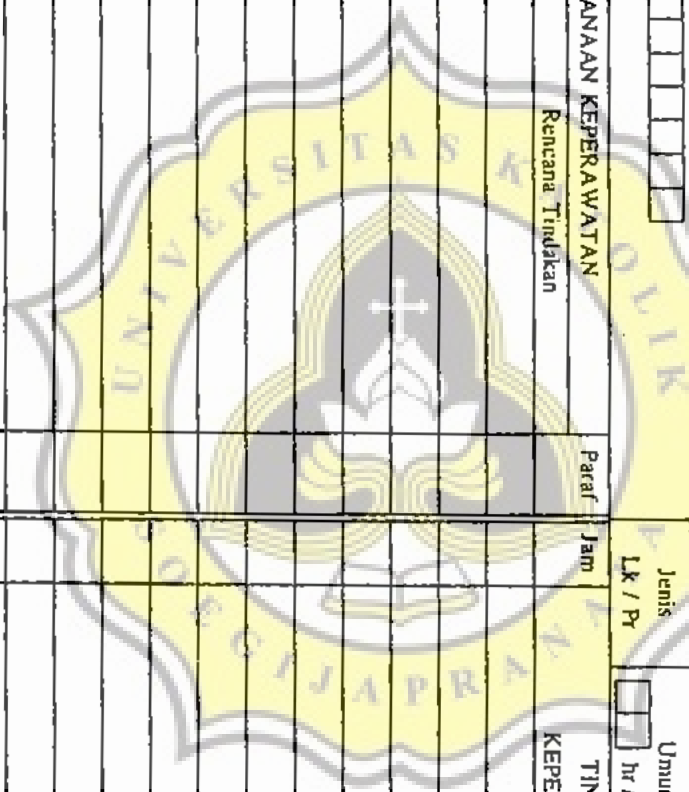
Nama :

Jenis Lk / Pr Umur hr / hl / th

Ruang Rawat

No. RM


| Tgl. Jam | DIAGNOSA KEPERAWATAN | Tujuan & K H | PERENCANAAN KEPERAWATAN Rencana Tindakan | Paraf Jam | Paraf Jam | EVALUASI PARAF |
|----------|----------------------|--------------|--|-----------|-----------|----------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



CATATAN KEPERAWATAN

Jenis Kelamin :
Ruang Rawat :

No. RM :
Klas :

| / Jam | No. DP | Tindakan Keperawatan | Respon | Ttd |
|---|--------|----------------------|--------|-----|
|  | | | | |

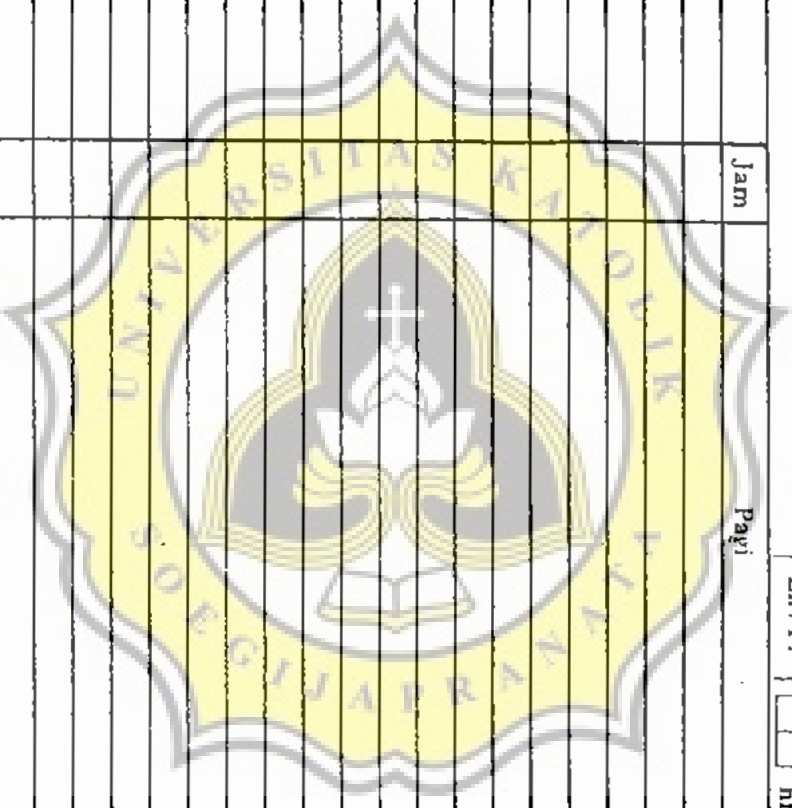


RS. PANTIWLASA "Dr. CIPTO"
Jl. Dr. Cipto No. 50 Semarang Telp. 3646040

RINGKASAN LAPORAN PERAWAT

RM. 8

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----|---|--|--|-----|-----|------|-----|------|--|--|--|--|---|--|-------------|--|--|---|--|--|
| Nama : | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | Jenis Lk / Pr <input type="checkbox"/> | | Umur <input type="checkbox"/> hr / b / th | | Ruang Rawat | | | No. RM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| Tgl. | Jam | Malam | | | Jam | Jam | Payi | Jam | Sore | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



RESUME KEPERAWATAN

No. RM. :

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

n : Umur : Lk /Pr. Ruang / Kelas :
er : Diagnosa Medis :

PASIEN MASUK

tanggal : Jam :
keadaan Umum :
alwayat masuk :

Data Obyektif : TD : mm Hg. Sh : C N : x / menit P : x/menit BB : kg

Asalah Keperawatan :

lain - lain :

TUJUAN PERAWATAN

Indakan Perawatan :

Indakan Medis :

emeriksaan penunjang diagnostik :

PASIEN PULANG

tanggal : Jam :

Asalah Keperawatan yang perlu dilanjutkan dirumah :

Hal yang perlu diperhatikan setelah pulang :

- Dit :
- Mobilisasi :
- Hygiene Perseorangan :
- Kontrol hari/tanggal/jam :
- Tempat :

Perapi yang dibawa pulang (jumlah dan dosis)

lain - lain : Cuti Igl. s/d

Semarang,
Petugas Ruang

Nama Terang



RS. PANTI WILASA "Dr. CIPTO"

Jl. Dr. Cipto 50 Telp. (024) 3546040
SEMARANG - 50126

PESAN UNTUK PASIEN PULANG

1. Ruang / No. RM : _____ / _____
2. Nama Lengkap : _____
3. Tanggal Masuk : _____
4. Tanggal Keluar : _____
5. Dokter yang merawat : _____
6. Tanggal Operasi / Tindakan : _____
7. Kontrol ke POLIKLINIK : _____
8. Hari / Tanggal : _____ / _____ / _____ / _____
9. Perawatan di rumah : _____

10. Diet

11. Obat-obat yang masih dipakai dan yang diserahkan :

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Disertakan waktu pasien pulang :

- Hasil pemeriksaan CT-Scan
- Foto Rontgen / Fotocopy Hasil Laborat / USG
- Surat keterangan dirawat / istirahat

13. Lain-lain :

CATATAN :

FORMULIR INI HARAP DIBAWA SEWAKTU KONTROL KEMBALI,
MOHON DISERAHKAN KE BAGIAN PENDAFTARAN

Yang menerima barang / obat,

Semarang, _____
Kepala Ruang / Wakil

(_____)
Tanda tangan & nama terang

(_____)
Tanda tangan & nama terang

RS. PANTI WILASA "Dr. CIPTO"

Yayasan Kristen untuk Kesehatan Umum
(YAKKUM) CABANG SEMARANG

Jl. Dr. Cipto No. 50 Semarang 50126

: 015-013-082-7004
: 31 - 46 - 4287 - 9
: 003480001
: 01.139.894.8-504.002

Phone : (024) 3546040
(Hunting)

Facs. : (024) 354604

Email : rspwdcip@semarang.wasantara.net.id

SURAT KETERANGAN

Nomor : 144 / RS.PWDC / Diklat / II / 2002

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur RS. Panti Wilasa "Dr. Cipto" Semarang menerangkan bahwa :

Nama : MARIA CICILIA SELVI A.
NIM : 97.20.1406
Fakultas : Hukum

Adalah Mahasiswa FAKULTAS HUKUM UNIVERSITAS KATOLIK SOEGLIAPRANATA SEMARANG yang telah melaksanakan Kegiatan Penelitian di RS. Panti Wilasa "Dr. Cipto" Semarang tentang :

**Tinjauan Yuridis Pembuatan Rekam Medik oleh Rumah Sakit
(Studi Kasus RS. Panti Wilasa "Dr. Cipto" Semarang)**

Demikian Surat Keterangan ini dibuat, untuk dipergunakan seperlunya.

Semarang, 20 Pebruari 2002

RS. Panti Wilasa "Dr. Cipto"

Dr. Sri Kadarsih S., MM.

Direktur