

LAMPIRAN

a. Analisis 7 kriteria pendokumentasian klinis yang berkualitas prima

No	No.RM	Identifikasi							Laporan/catatan penting						
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
1	RM 1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
2	RM 2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
3	RM 3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
4	RM 4	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
5	RM 5	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0
6	RM 6	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0
7	RM 7	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
8	RM 8	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0
9	RM 9	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
10	RM 10	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
11	RM 11	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
12	RM 12	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0
13	RM 13	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
14	RM 14	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
15	RM 15	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
16	RM 16	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
17	RM 17	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
18	RM 18	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
19	RM 19	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
20	RM 20	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
21	RM 21	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
22	RM 22	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
23	RM 23	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
24	RM 24	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
25	RM 25	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0


26	RM 26	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
27	RM 27	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
28	RM 28	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
29	RM 29	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
30	RM 30	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
31	RM 31	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
32	RM 32	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
33	RM 33	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
34	RM 34	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
35	RM 35	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
36	RM 36	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
37	RM 37	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
38	RM 38	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
39	RM 39	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
40	RM 40	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
41	RM 41	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
42	RM 42	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
43	RM 43	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
	Jumlah	100%	90,60%	100%	90,60%	100%	90,60%	90,60%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	0%

No	No.RM	Autentifikasi							Terciptanya pencatatan yang baik						
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
1	RM 1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0
2	RM 2	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0
3	RM 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
4	RM 4	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
5	RM 5	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0

6	RM 6	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
7	RM 7	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0
8	RM 8	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
9	RM 9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
10	RM 10	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
11	RM 11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
12	RM 12	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
13	RM 13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
14	RM 14	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
15	RM 15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
16	RM 16	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
17	RM 17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
18	RM 18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
19	RM 19	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0
20	RM 20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
21	RM 21	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0
22	RM 22	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0
23	RM 23	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0
24	RM 24	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0
25	RM 25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
26	RM 26	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
27	RM 27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
28	RM 28	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
29	RM 29	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0
30	RM 30	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0
31	RM 31	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0
32	RM 32	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0
33	RM 33	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0
34	RM 34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
35	RM 35	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0

36	RM 36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
37	RM 37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
38	RM 38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
39	RM 39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
40	RM 40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
41	RM 41	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0
42	RM 42	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0
43	RM 43	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
	Jumlah	100%	69,70%	83,70%	69,70%	83,70%	69,70%	69,70%	100%	58,10%	100%	69,70%	100%	93%	0%

a. Formulir asuhan gizi sebelum dilakukan analisis kuantitatif

	RUMAH SAKIT IBU & ANAK PURI Jl. Taman Slamet 20 Malang – Jawa Timur – Indonesia Telp. 0341 325329 Fax. 0341 342322	RM 34						
ASUHAN GIZI PASIEN RAWAT INAP								
		Penempelan Stiker Identifikasi No. RM : Nama : Tgl Lahir :						
TANGGAL/JAM :								
DATA SUBJEKTIF								
Keluhan Utama :								
Riwayat Personal :								
Riwayat Gizi Dahulu :								
Pola makan : <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak teratur Nafsu makan : <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Kurang/Menurun Alergi Makanan :	Lain-lain :							
DATA OBJEKTIF								
Antropometri :								
Riwayat Gizi Sekarang (Recall 24 Jam) :								
Pagi (/ /)	gr	URT	Siang (/ /)	gr	URT	Malam (/ /)	gr	URT
E : kkal			P : gr			L : gr		
KH : gr								
Fisik/Klinis :					
Biokimia :					

ASESMEN

Diagnosa Gizi :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERENCANAAN


Terapi Diet	Tujuan :
	Prinsip :
	Jenis Diet :
	Kebutuhan : E: kkal; P: gr; L: gr; KH: gr
Konseling/ Edukasi Gizi

MONITORING DAN EVALUASI

Tanggal				
Antropometri				
Diet				
Intake Makanan (%)				
Fisik Klinis				
Biokimia				
Lain-lain				

Konsultasi gizi disampaikan kepada: <input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Keluarga pasien, nama hubungan dengan pasien <input type="checkbox"/> tidak disampaikan karena	Ahli Gizi (.....)	Pasien atau Keluarga (.....)
--	-----------------------------------	--

b. Formulir asuhan gizi setelah dilakukan analisis Kuantitatif

	RUMAH SAKIT IBU & ANAK PURI Jl. Taman Slamet 20 Malang – Jawa Timur – Indonesia Telp. 0341 325329 Fax. 0341 342322	RM 34						
ASUHAN GIZI PASIEN RAWAT INAP								
1. Beri tanda “√” di pilihan kotak 2. Dibagian monitoring dan evaluasi, jika tidak terisi maka Beri tanda Z, jika pasien sudah pulang maka tulis di kolom pasien sudah pulang beserta huruf Z. 3. Jika ada coretan, diusahakan jangan sampai menghilangkan Jejak dan harus memberi nama, paraf dan tanggal pencoretan	<i>Penempelan Stiker Identifikasi</i> No. RM : jk: Nama : Tgl Lahir :							
TANGGAL/JAM :								
PENGKAJIAN								
Keluhan Utama :								
Riwayat Personal :								
Riwayat Gizi Dahulu :								
Pola makan : <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak teratur Nafsu makan : <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Kurang/Menurun Alergi Makanan :	Lain-lain :							
Antropometri								
TB: cm BB:Kg IMT:.....m2/kg Status Gizi:..... Lainnya:.....								
Riwayat Gizi Sekarang (<i>Recall 24 Jam</i>) :								
Pagi (.. / .. / ..)	gr	URT	Siang (.. / .. / ..)	gr	URT	Malam (.. / .. / ..)	Gr	URT
E : kkal			P : gr			L : gr		
KH : gr								
Fisik/Klinis :								
Biokimia :								
1/2								

ASESMEN

Diagnosa Gizi :

PERENCANAAN

Terapi Diet	Tujuan :
	Prinsip :
	Jenis Diet :
	Kebutuhan : E: kkal; P: gr; L: gr; KH: gr
Konseling/ Edukasi Gizi

MONITORING DAN EVALUASI

Tanggal				
Antropometri				
Diet				
Intake Makanan (%)				
Fisik Klinis				
Biokimia				
Lain-lain				

Konsultasi gizi disampaikan kepada:

- Pasien
- Keluarga pasien, nama
- hubungan dengan pasien
- tidak disampaikan karena

Ahli Gizi

(.....)

Pasien atau
Keluarga

(.....)

c. Surat Izin penelitian



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
- Kampus Utama : Jalan Besar Ijen No. 77 C Malang 65112. Telepon (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746
- Kampus I : Jalan Srikoyo No. 106 Jember. Telepon (0331) 486613
- Kampus II : Jalan Ahmad Yani Sumberporong Lawang. Telepon (0341) 427847
- Kampus III : Jalan Dr. Soetomo No. 46 Bitar. Telepon (0342) 801043
- Kampus IV : Jalan KH. Wakhid Hasyim No. 64 B Kediri. Telepon (0354) 773095
Website: <http://www.poltekkes-malang.ac.id> E-mail: direktorat@poltekkes-malang.ac.id



Nomor : PP.08.02/6.0/ 1263 /2018
Lampiran : -
Hal : Surat Ijin Penelitian

Malang, 3 September 2018

Kepada
Yth. Direktur RSIA. Puri
Di

Malang

Sehubungan dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir Mahasiswa Semester V Prodi D-III Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang TA. 2018/2019, maka bersama ini kami harapkan Bapak/Ibu berkenan untuk memberikan ijin kepada mahasiswa atas nama :

Nama : Devina Putri Cayandra
NIM : 1604000076

Untuk melakukan penelitian institusi yang bapak/Ibu pimpin dengan Topik / Judul: *Pembuatan Formulir Asuhan Gizi dikaitkan dengan Sebelum dan Sesudah di Analisis.*

Pada : September - Desember 2018.

Adapun data yang akan diambil adalah sebagai berikut :

1. Dokumen rekam medis;
2. Formulir asuhan gizi;
3. Pedoman pengisian formulir;
4. Data-data lainnya yang dibutuhkan.

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

Ketua
Jurusan Kesehatan Terapan

Dinayah Kholiqah, SST, SGz, MPH
NIP. 19750021 199703 2 001

Tembusan Disampaikan Kepada :
1. Ka. Rekam Medis RSIA. Puri
2. Arsip

d. Surat balasan dari RSIA PURI terkait penelitian



RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK PURI

Jl. Taman Slamet No. 20 Malang

Telp. 0341 325329 Fax. 0341 342322

No : 070 /RSIA PURI/IX/2018
Lampiran : 2 lembar
Perihal : Balasan Surat Ijin Penelitian

Malang, 15 September 2018

Kepada Yth :
Ketua Jurusan Kesehatan Terapan
Poltekkes Malang
Jalan Besar Ijen No. 77C
di

MALANG

Menindaklanjuti surat dari Jurusan Kesehatan Terapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang dengan nomor surat PP.08.02/6.0/1269/2018 tertanggal 3 September 2018 tentang permohonan Penelitian Mahasiswa Semester V Prodi D III Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang TA.2018/2019 yang akan dilaksanakan pada bulan September – Desember 2018, adapun usulan ketentuan penelitian dari saya sebagai berikut :

1. Ruang lingkup penelitian.

No	Data yang diambil		Ketentuan
1	Dokumen Rekam Medis	a	Tidak boleh mencantumkan nama pasien
		b	Harus menentukan jumlah sampel yang diperlukan
		c	Tidak diperkenankan mencari DRM sendiri, tetapi disiapkan oleh petugas RM RSIA PURI.
		d	Tidak diperkenankan memasuki ruang DRM
2	Formulir Asuhan Gizi	a	Tidak boleh mencantumkan nama pasien
		b	Apabila memerlukan wawancara dengan ka.Inst Gizi maka akan dibuatkan janji/ appointment tersendiri
3	Pedoman Pengisian Formulir	a	Tidak diperkenankan memasuki ruang DRM
		b	Apabila memerlukan data dari DRM, akan disediakan oleh petugas RM sesuai poin 1c
4	Data- data lainnya yang dibutuhkan	a	Tidak boleh mencantumkan nama pasien
		b	Tidak boleh mendokumentasikan data RM
		c	Tidak diperkenankan membawa Dokumen RM keluar Rumah Sakit.



RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK PURI

Jl. Taman Slamet No. 20 Malang

Telp. 0341 325329 Fax. 0341 342322

2. Tata Tertib Umum

- a. Upayakan pada saat pengambilan data tidak mengganggu jalannya pelayanan di RSIA PURI.
- b. Memakai pakaian sopan rapih dan bersepatu.
- c. Mengucapkan salam, menyampaikan maksud, dan ijin kepada pasien sebelum melakukan pengambilan data.
- d. Apabila memerlukan sumber data lain, harap disampaikan terlebih dulu beberapa hari sebelumnya untuk ditindaklanjuti oleh Bidang Diklat dan Penelitian RSIA PURI.

Direktur

Rumah Sakit Ibu dan Anak PURI



dr. Favoury Felie Bastaki R.



RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK PURI

Jl. Taman Slamet No. 20 Malang

Telp. 0341 325329 Fax. 0341 342322

RINCIAN BIAYA PENELITIAN

Sesuai ketentuan yang ditetapkan Direktur RSIA PURI, pembiayaan untuk pelaksanaan Penelitian adalah sebagai berikut :

- Institutional fee : Rp. 200.000,-/ bulan
 - Honor pembimbing : Rp. 100.000,-/ bulan
- Rp. 300.000,- +

Jadi apabila Penelitian dilakukan dalam waktu 4 bulan maka biaya yang dikeluarkan adalah Rp. 1.200.000,-

Demikian kami sampaikan terima kasih atas perhatiannya.

Direktur
Rumah Sakit Ibu dan Anak PURI



dr. Favoury Felle Basuki R.