



FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080788075
Nama Lengkap : Elis Dida Junica
Unit/Divisi/Komite : URS
No. Telepon/Ext : 2113 / 1101
E-mail : Farit.pawati - jalan @rsintanhusada.com

Tanggal : 30 / 08 / 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : PENGAPTA AWAL KUPIT GGI
No/Kode Formulir : 010/F/PM/RSIH/IX/2022 (Rev. 01)
No/Kode RM** : 7.8 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke :

Logistik Formulir

(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 0
Buffer stock : 5
Proses PO : 2 minggu
Waktu :

Paraf
a.n

Aditya

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Sweeting formulir dan pengantaran no. RM

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

no. RM

Tanda Tangan
Pemohon,

Elis Dida Junica, A.Md.Kep
503/10330/SIPP.27/IDinkes/2022

Tanda Tangan
Penerima,

Parit
21/22

Masukan/Saran


(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Logistik		Tanda Tangan	
FY 1 Ply Bolak Balik.		a.n Aditya	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC Revisi		Iva	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		ACC	dr. Yeni Amelia, Sp.KGA 503/12/04/24 d/s/Dirkes/2021
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
pengantaran nomor RM fy	Hany pen	Dit. revalidasi sesuai dengan revisi penomoran RM	Parit 21/22
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC	Iva		

*Catatan : Wajib Melampirkan Draft

** Khusus untuk Formulir Rekam Medis

001/F/SEKRE/RSIH/IX/2022(Rev.01)

	Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat) Nama : Tanggal lahir :(L/W)* No. RM : Klinik : DPJP : Penjamin : <i>Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini</i>
Tanggal : Pasien datang pukul : Pasien dilakukan pengkajian pukul :	
Pengkajian diambil dari : <input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Orang Lain, nama : Hubungan :	
Alergi <input type="checkbox"/> Obat <input type="checkbox"/> Makanan <input type="checkbox"/> Lain-lain :	
Keluhan saat ini :	Obat yang dikonsumsi saat ini :
ASESMEN RISIKO JATUH (Get Up and Go Test) a. Perhatikan cara berjalan pasien tidak seimbang/ sempoyongan/ limbung, berjalan menggunakan alat bantu (kruk, tripot, kursi roda, orang lain) : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak b. Menopang saat akan duduk : tampak memegang pinggiran kursi/meja/benda lain sebagai penopang pada saat akan duduk : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Hasil : <input type="checkbox"/> Tidak berisiko (Tidak ditemukan a dan b) <input type="checkbox"/> Risiko rendah (Ditemukan salah satu a dan b) <input type="checkbox"/> Risiko tinggi (Ditemukan a dan b)	
RIWAYAT KESEHATAN (pengkajian ulang dilakukan setiap 30 hari) Riwayat Penyakit yang lalu : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Penyakit : Pernah Dirawat : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Penyakit : Pernah Dioperasi : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Penyakit : , Jenis Operasi : Dalam Pengobatan : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	
STATUS PSIKOLOGIS, SOSIAL, EKONOMI DAN SPIRITUAL (pengkajian ulang dilakukan setiap 30 hari) Kondisi Pasien : <input type="checkbox"/> Tenang <input type="checkbox"/> Gelisah <input type="checkbox"/> Lain-Lain Bekerja : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan..... Hambatan Komunikasi : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ada, Jelaskan..... Tinggal sendiri : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Butuh Pelayanan Kerohanian : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan.....	
STATUS FUNGSIONAL (Bartel Indeks) (pengkajian ulang dilakukan setiap 30 hari) Kategori <input type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> Ketergantungan Ringan <input type="checkbox"/> Ketergantungan Sedang <input type="checkbox"/> Ketergantungan Berat <input type="checkbox"/> Ketergantungan Total Menggunakan alat bantu : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, sebutkan.....	
PENGKAJIAN AWAL INDIVIDUAL (pengkajian ulang dilakukan setiap 30 hari) Gangguan emosional : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan..... Ketergantungan obat/alkohol : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan..... Korban kekerasan/terlantar : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan..... Penyakit menular : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan.....	
PEMERIKSAAN FISIK Tekanan Darah : mmHg Nadi : x/m Pernafasan : x/m Suhu : °C Berat Badan : Kg Tinggi Badan : Cm Lain-lain :	SKRINING NYERI : Nyeri : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Skala Lokasi : Metode : <input type="checkbox"/> NRS (Numeric Rating Scale) [0-10] >8 tahun-dewasa <input type="checkbox"/> WBF (Wong Baker Face) [0-10] 3 - 8 tahun <input type="checkbox"/> FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) [0-10]Anak 0-3 Th <input type="checkbox"/> NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) <input type="checkbox"/> BPS (Behavior Pain Scale) : (Terintubasi/ Tidak Terintubasi)

*coret yang tidak perlu

PARAMETER		Ya	Tidak
a.	Pasien pernah dirawat gigi sebelumnya?		
b.	Jika sudah pernah dirawat sebelumnya apakah pengalaman perawatannya tidak memuaskan/menjadi cemas/takut diperiksa ulang?		
c.	Pasien mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan gigi dan mulut yang baik dan benar?		
d.	Pasien menyikat gigi sebanyak 2 kali sehari atau lebih dan waktunya adalah sesudah makan dan sebelum tidur?		
e.	Pasien menjaga kesehatan gigi dengan mengurangi makanan yang lengket dan manis- manis serta memperbanyak makanan buah-buahan?		
f.	Pasien mempunyai kebiasaan sebagai berikut :		
	1 Minum teh/kopi.....		
	2 Minuman beralkohol.....		
	3 Minuman bersoda.....		
	4 Merokok.....		
	5 Mengunyah satu sisi.....		
	6 Mengunyah siri/tembakau.....		
	7 Menggigit benda keras.....		

SKRINING GIZI (Jika skor total ≥ 2 konsul ke DPJP/Ahli Gizi) <i>(asesmen ulang dilakukan setiap 30 hari)</i> 1. Penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir ? 2. Adakah gangguan makan dan minum ? 3. Menderita sakit berat ?	Nilai	
	Ya (1)	Tidak (0)
Total Skor		

DIAGNOSIS KEPERAWATAN :

☐ Nyeri akut

☐ Nyeri kronis

☐ Kurang pengetahuan

☐ Infeksi

☐ Risiko infeksi

☐ Lain-lain.....

INTERVENSI KEPERAWATAN :

☐ Teknik relaksasi/distraksi*

☐ Perawatan gigi

☐ Edukasi

☐ Lain-lain.....

KEBUTUHAN EDUKASI

☐ Tentang penyakit pasien

☐ Perawatan gigi

☐ Lain-lain.....

☐ Cuci tangan

☐ Etika batuk bersin

TINDAK LANJUT :

*) Beri tanda √ pada kolom bila sudah ada instruksi dari Dokter

☐ Pulang

☐ Rawat inap

☐ Rujuk, alasan.....

Tanda tangan PPJA yang melakukan pengkajian

Nama :



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PENGKAJIAN AWAL KLINIK GIGI**

013/F/RM/RSIH/IX/2022 (RM 7.9) – Rev.00

1. PENGERTIAN

Formulir Pengkajian Awal Klinik Gigi adalah berkas yang berisikan informasi pasien, anamnesa pemeriksaan fisik, diagnosis, tindakan medis dan keperawatan serta intruksi lanjutan pasien-pasien yang dilayani di Unit Rawat Jalan.

2. TUJUAN

Untuk memberikan informasi kepada petugas Unit Rawat Jalan tentang hal-hal yang berkaitan dengan pasien dari segi medis dan keperawatan.

3. KEGUNAAN

Mendokumentasikan kondisi pasien pada saat masuk Unit Rawat Jalan, pemeriksaan selama di Unit Rawat Jalan, terapi dan tindak lanjut pasien di Unit Rawat Jalan.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Dokter Gigi Unit Rawat Jalan dan Terapis gigi dan mulut Unit Rawat Jalan

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh dokter gigi, terapis gigi dan mulut dan perawat Unit Rawat Jalan

6. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
Kolom Identitas Pasien	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Jika stiker tidak tersedia, diisi secara manual
Nama	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran, dengan menggunakan huruf kapital	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal lahir	Diisi tanggal lahir pasien	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Jenis kelamin (L/W)	Dilingkari pada huruf yang sesuai dengan jenis kelamin pasien "L" untuk laki laki, "W" untuk wanita	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
No. RM	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Klinik	Diisi Nama Klinik yang dituju	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Saat konfirmasi langsung ke pasien atau keluarga
DPJP	Diisi nama dokter DPJP yang menangani pasien	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama	Terapis gigi	Diisi dengan

	asuransi/umum)	dan mulut, Perawat	menempelkan stiker pasien.
Tanggal	Diisi tanggal, bulandan tahun saat diperiksa	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Di isi lengkap
Pasien datang pukul	Di isi jam saat pasien datang dan memberikan bukti <i>tracer</i> kepada petugas rawat jalan	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Di isi lengkap
Pasien di pengkajian pukul	Di isi jam saat pasien mulai dilakukan anamnesa dan pemeriksaan TTV	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Di isi lengkap
Pengkajian diambil dari	Di pilih kolom yang akan di isi dengan cara di beri tanda √	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Di isi lengkap
Pasien	Di beri tanda √ jika pengkajian diambil dari pasien	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Di isi lengkap
Orang lain, nama, hubungan	Di beri tanda √ jika pengkajian diambil dari orang lain (selain pasien) dan di tuliskan nama serta hubungan dengan pasien	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Di isi lengkap
Alergi	Di pilih kolom yang akan di isi dengan cara di beri tanda √ serta tuliskan jenisnya baik obat, makanan ataupun yang lainnya	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Di isi lengkap
Obat	Di beri tanda √ jika pasien ada alergi obat	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Di isi lengkap
Makanan	Di beri tanda √ jika pasien ada alergi makanan	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Diisi lengkap
Lain-lain	Di beri tanda √ jika pasien ada alergi selain obat dan makanan	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Diisi lengkap
Keluhan saat ini	Di isi dengan keluhan pasien saat dilakukan pengkajian	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Diisi lengkap
Obat yang dikonsumsi saat ini	Di isi jika pasien ada obat yang sedang di konsumsi	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Diisi lengkap
Pengkajian Risiko Jatuh	Di beri tanda √ pada salah satu pengkajian risiko jatuh	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Diisi lengkap
Riwayat Kesehatan	Di beri tanda √ pada salah satu kolom riwayat kesehatan	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Jika diberi tanda √ pada kolom Ya maka di isi jenis penyakit, tahun saat dirawat, tahun saat di operasi dan jika pernah ada riwayat operasi maka di isi jenis operasi apa yang pernah dilakukan, dan sedang

			dalam pengobatan
Status Psikologis, Sosial, Ekonomi dan Spiritual	Di beri tanda √ pada salah satu kolom Status Psikologis, Sosial, Ekonomi dan Spiritual	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Jika diberi tanda √ pada kolom Ya maka di isi keterangannya
Status psikologis	Di beri tanda √ pada salah satu kolom Status Psikologis	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Diisi lengkap
Status Fungsional	Di beri tanda √ pada salah satu kolom Status Fungsional	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Diisi berdasarkan tingkat ketergantungan, Jika pasien menggunakan alat bantu maka di beri keterangan
Pengkajian Awal Individual	Di beri tanda √ pada salah satu kolom Pengkajian Awal individual jika diberi tanda √ pada kolom Ya maka di isi keterangannya	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Diisi lengkap
Pemeriksaan Fisik	Di isi hasil pemeriksaan Tekanan Darah, Nadi, Pernafasan, Suhu, Berat badan, Tinggi badan, dan kolom lain-lain jika ada	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Diisi lengkap
Skrining nyeri	Diberi tanda √ pada salah satu kolom skrining nyeri, diberi tanda √ pada salah satu kolom Metode sesuai usia dan di isi Lokasi nyeri dimana jika ada	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Diisi lengkap
Riwayat Kesehatan gigi	Di beri tanda √ pada salah satu kolom riwayat kesehatan gigi	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Di beri tanda √ pada salah satu kolom Ya atau Tidak
Skrining Gizi	Di beri nilai skor kolom nilai dan di hitung total skor	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Jika di isi kolom nilai Ya diberi skor 1 dan jika Tidak diberi skor 0. Jika skor lebih dari 2 maka pasien di konsulkan ke DPJP atau ahli gizi
Diagnosis Keperawatan	Di beri tanda √ pada salah satu kolom Diagnosis Keperawatan	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Di isi lengkap
Intervensi Keperawatan	Di beri tanda √ pada salah satu kolom Intervensi Keperawatan	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Di isi lengkap
Kebutuhan Edukasi	Di beri tanda √ pada salah satu kolom Kebutuhan Edukasi	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Di isi lengkap
Tindak Lanjut	Di beri tanda √ pada salah satu kolom Tindak Lanjut	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Di isi lengkap
Tanda tangan PPJA yang melakukan pengkajian	Diisi Nama lengkap atau cap serta tanda tangan atau paraf yang melakukan pengkajian terhadap pasien	Terapis gigi dan mulut, Perawat	Sesuai petugas yang melakukan assesmen terhadap pasien

