

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 21090297588
 Nama Lengkap : RAHMAWATI RAMADHAN
 Unit/Divisi/Komite : 08381291693 / 6121
 No. Telepon/Ext : 2209
 E-mail : ramadhanrahma@gmail.com

Tanggal : 11-02-2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
 No/Kode Formulir : SPKINIS 001 DEWASA
 No/Kode RM : RM 11.2 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 3

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama	3
Buffer stock	3
Proses PO	2 hari
Waktu	
Paraf 	

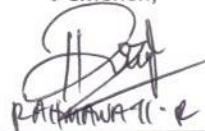
Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 Revisi mengikut template form RSIH 19 dan disesuaikan dengan standar SNARS

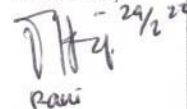
Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 edit komponen tanggal pemeriksaan yang double, dihapus, Tools tetap sama MUST

Tanda Tangan
Pemohon,

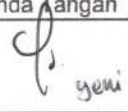
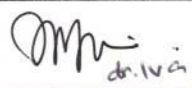
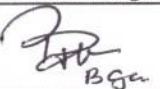

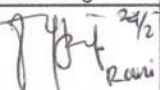
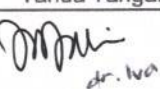
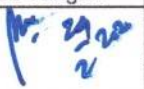

RAHMAWATI-R

Tanda Tangan
Penerima,


Rani

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
AKAN DI CARI BAHAN PAKET PN 1/11		 Logis	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC konten - revisi minor DPSP - 2 pelayanan, Revisi minor		 dr. Iva	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
surviny awal ditawarkan pada assermen awal keperawatan bila ada kebutuhan kajian lapitan menghubungi nutritionist of formulir sharing gizi keadan		 Bga	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Isian lebih lengkap	 Arany 18/2 22	no. form 002/F/6121/RSIH/11/2022 (REV.03)	 Rani 24/2 22
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
AKS	 dr. Iva	AKS	 Rani 24/2 22

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021(Rev.00)

**Identitas Pasien (diisi Oleh Ahli Gizi)**

Nama :
Tanggal Lahir :
No. RM :
Diagnosis Medis :
Ruangan/Kelas :
DPJP :
Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

L/P

FORMULIR SKRINING GIZI DEWASA
MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOLS

BB	:	
TB	:	
IMT	:	
1.	IMT pasien (kg/m ²) <ul style="list-style-type: none">• > 20 – 24.9• 18.5 – 22,9• < 18.5	<input type="checkbox"/> Skor 0 <input type="checkbox"/> Skor 1 <input type="checkbox"/> Skor 2
2.	Presentase penurunan berat badan secara tidak sengaja (3 – 6 bulan yang lalu) <ul style="list-style-type: none">• < 5 %• 5 – 10 %• > 10 %	<input type="checkbox"/> Skor 0 <input type="checkbox"/> Skor 1 <input type="checkbox"/> Skor 2
3.	Pasien menderita penyakit berat dan atau asupan makan tidak adekuat > 5 hari	<input type="checkbox"/> Skor 2
Total Skor		

Keterangan :

$$IMT = \frac{BB (kg)}{TB^2 (m)}$$

1. Apabila BB tidak dapat dilakukan pengukuran dapat menggunakan LILA dengan ketentuan :
< 23,5 masuk ke dalam skor 1
> 23,5 masuk ke dalam skor 0
2. Apabila penurunan % berat badan tidak dapat diketahui maka dapat menggunakan observasi ukuran pakaian (baju terasa longgar) maka masuk ke dalam skor 1
3. Pengertian Penyakit berat adalah penyakit akut maupun kronis yang dapat menyebabkan peningkatan kebutuhan zat gizi, penurunan asupan atau gangguan gastrointestinal yang meliputi : CKB, Post op mayor, Post op digestif, Penyakit dalam dengan komplikasi (CKD, DM, KEP, CANCER, PEB, ANEMIA, STROKE, CHF)
4. Asupan tidak adekuat = asupan < 50%

Kesimpulan**0 = Resiko rendah dan perlu pengukuran ulang secara periodik****1 = Resiko sedang dan perlu pengukuran ulang setelah 3 hari****2 ≥ Resiko tinggi membutuhkan segera asuhan gizi**

Tanggal Pemeriksaan :

Ahli Gizi,

(Nama Lengkap & Paraf)

SKRINING GIZI DEWASA