

FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 21040297588
Nama Lengkap : RAHMAWATI RAMADHAN
Unit/Divisi/Komite : GIZI
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 : SPINING GIZI ANAK
No/Kode RM : RM 11-1 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 3

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	8
Buffer stock :	3
Proses PO :	2 ANON
Waktu :	
Paraf	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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


Revisi mengikuti template Form RSIT yg baru diterbitkan dengan standar NIAHS

Komponen Perubahan

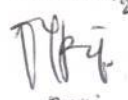
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Instrumen tetap sama pyns, hanya mengikuti template formulir RSIT yang baru.

Tanda Tangan
Pemohon,

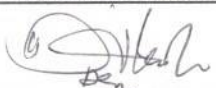
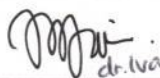


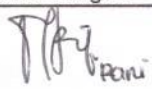
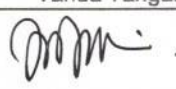
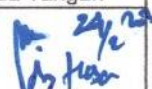

RAHMAWATI - R

Tanda Tangan
Penerima,


Rani

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
Atas Langsung/Atas Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Atas Konten . Ace 			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
- surring awal di lakukan pada assermen awal keperawatan bila ada / membubuhkan kajian lanjutan menghubungkan nutrisi dengan formulir surring gizi lanjutan			
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
isian lebih lengkap	 18/2/22 Ace	no. Form 001/F/GIZI/RSIH/11/2022 (REV.00)	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Ace		Ace	

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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



Identitas Pasien (diisi Oleh Ahli Gizi)

Nama :
Tanggal Lahir : (L / W) *
No. RM :
Diagnosis Medis :
Ruangan/Kelas : /
DPJP :
Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

FORMULIR SKRINING GIZI ANAK
PEDIATRIC YORKHILL MALNUTRITION SCORE (PYMS)

Berat Badan			
Tinggi Badan			
IMT		Z-score IMT/U	SKOR
kg/m ²		SD	
Step 1	Apakah BMI berada dibawah standar acuan ?	Tidak	<input type="checkbox"/> 0
		Ya	<input type="checkbox"/> 2
Step 2	Apakah akhir-akhir ini anak mengalami penurunan BB ?	Tidak	<input type="checkbox"/> 0
		Ya - Kehilangan BB yang tidak diharapkan - Baju terasa longgar - Penambahan BB yang rendah(jika < 2th)	<input type="checkbox"/> 1
Step 3	Apakah 1 minggu terakhir anak mengalami penurunan asupan makan ?	Tidak Asupan makan seperti biasa	<input type="checkbox"/> 0
		Ya Mengalami penurunan asupan makan untuk 1 minggu terakhir	<input type="checkbox"/> 1
		Ya Tidak ada asupan (atau asupan sangat sedikit)	<input type="checkbox"/> 2
Step 4	Akankah kebutuhan gizi anak dipengaruhi oleh kondisi anak untuk kurang lebih 1 minggu ke depan ?	Tidak	<input type="checkbox"/> 0
		Ya Untuk 1 minggu ke depan : • Mengalami penurunan asupan dan atau • Mengalami peningkatan kebutuhan dan atau • Mengalami peningkatan kehilangan	<input type="checkbox"/> 1
		Ya Tidak ada asupan (atau asupan sangat sedikit) untuk 1 minggu ke depan	<input type="checkbox"/> 2
Step 5	Jumlahkan skor keseluruhan	Total Skor PYMS	

Skor 0 = Ulangi skrining dengan PYMS dalam 1 minggu
Skor > 1 = Ulangi skrining dengan PYMS dalam 3 hari
Skor ≥ 2 = Rujuk ke dietesien untuk di review dan ulangi skrining dengan PYMS dalam waktu 1 minggu
BMI rujukan PYMS
(Apabila BMI kurang dari angka yang ditunjukan pada tabel dibawah ini, maka jawab ya untuk step 1)

Age (Years)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Boys	15.0	14.5	14.0	13.5	13.5	13.5	13.5	13.5	13.5	14.0	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0	17.0
Girls	15.0	14.0	13.5	13.5	13.0	13.0	13.0	13.0	13.0	13.5	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0	17.0

Tanggal Pemeriksaan : Ahli Gizi,

(.....)
Nama Lengkap & Paraf

SKRINING GIZI ANAK