



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080288075
Nama Lengkap : Elis Dida Junica
Unit/Divisi/Komite : URS
No. Telepon/Ext : 2113 / 1101
E-mail : Farit. Rawat - Salan @rsintanhusada.com

Tanggal : 30 / 08 / 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : FORMULIR CECATAN KEPERAWATAN TINGKATAN INVASIF BAKUK GIE
No/Kode Formulir : 03 / 1 / PM / RSH / 1 x / 2022 (Rev. 00)
No/Kode RM** : 7.9 (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

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

swapping formulir dan pengantian no. PM

Komponen Perubahan

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

no. RM

Tanda Tangan
Pemohon,

Elis Dida Junica, A.Md.Kep
5031033015/PP.277/Dinkes/2022

Tanda Tangan
Penerima,

Parit
21/11/22

Masukan/Saran


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

Logistik		Tanda Tangan	
44 1 ply Bolak Balik		a.n Aditya	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC Pengesahan		Dina	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		acc	dr. Yenni Amalia, Sp.KGA 5031033015/PP.277/Dinkes/2022
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
persantian nomor RM FA	Hmf Accur	Bikin Baku lanjut sesuai dengan revisi penomoran	Parit 21/11/22
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
acc	Dina	acc	dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183033

*) 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

:

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini

A. CATATAN KEPERAWATAN PRA TINDAKAN (Diisi oleh Terapis Klinik Gigi)

1. Tanda-tanda vital

:

Suhu

:

Nadi

:

TD

:

RR

:

:

SpO2

:

TB

:

BB

:

2. Status mental

:

Sadar penuh

Agitasi

Mengantuk

Koma

3. Riwayat penyakit

:

Hipertensi

Diabetes

Asma

Lain-lain

:

4. Alergi obat

:

Tidak ada

Tidak diketahui

Ada, jelaskan

:

5. Obat-obatan yang sedang dikonsumsi

:

Tidak ada

Ada

:

1.

2.

3.

4.

5.

B. CHEKLIST PERSIAPAN TINDAKAN (Diisi oleh Perawat Klinik Gigi)

Beri tanda

v

Ya

x

Tidak

I. VERIFIKASI PASIEN

Klinik Gigi

Keterangan

1. Periksa identitas pasien

2. Persetujuan biaya

3. Rekam medik

4. Pemberian informasi tindakan bedah

5. Persetujuan tindakan bedah

II. PERSIAPAN FISIK PASIEN

1. Skrining nyeri

Nyeri

:

Tidak

Ya, skala

:

Lokasi

:

Metode

:

NRS (Numeric Rating Scale) [0-10] >8 tahun-dewasa

WBF (Wong Baker Face) [0-10] 3-8 tahun)

FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) [0-10] Anak-3 tahun

NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

BPS (Behaviour Pain Scale) : (Terintubasi/Tidak Terintubasi)*

2. Periksa kelengkapan radiologi

:

Dental

Panoramic

3. Pemeriksaan lain-lain

:

III. PENYEBAB PEMBATALAN TINDAKAN

1. Keadaan umum pasien/alasan medis

2. Alat penunjang tindakan tidak ada

3. Pemeriksaan penunjang/konsul ulang/bagian lain

4. Penolakan/Keluarga

5. Tidak cukup waktu

6. Persiapan Pre-Op Pasien

7. Lain-lain

:

CATATAN KEPERAWATAN TINDAKAN INVASIF KLINIK GIGI

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

1. Identitas petugas
Dokter Gigi : Terapis Gigi dan Mulut :

2. Waktu kegiatan :

3. Jenis tindakan

☐ Odontektomi

☐ Ekstirpasi mucoccele

☐ Penanganan perforasi sinus

☐ Lain-lain

4. Jenis Anastesi

☐ Lokal

☐ Sedasi

5. PA jaringan tubuh :

6. Jenis jaringan tubuh :

1. Skrining nyeri

Nyeri : ☐ Tidak ☐ Ya, skala..... Lokasi :.....

Metode : ☐ NRS (Numeric Rating Scale) [0-10] >8 tahun-dewasa

☐ WBF (Wong Baker Face) [0-10] 3-8 tahun)

☐ FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) [0-10] Anak-3 tahun

☐ NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

☐ BPS (Behaviour Pain Scale) : (Terintubasi/Tidak Terintubasi)*

2. Pengkajian risiko jatuh : ☐ Tidak berisiko ☐ Risiko rendah ☐ Risiko tinggi

3. Edukasi pasien/keluarga

☐ Manajemen nyeri

☐ Proses rehabilitasi pasca tindakan

☐ Penggunaan obat-obatan yang aman

☐ Lain-lain.....

Tanggal : Pukul :

Perawat Dokter

(.....)
Nama Jelas dan Tanda Tangan

(.....)
Nama Jelas dan Tanda Tangan

TATA CARA PENGISIAN FORMULIR CATATAN KEPERAWATAN TINDAKAN INVASIF KLINIK GIGI

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

1. PENGERTIAN

Formulir catatan keperawatan tindakan invasive 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	Terapis gigi dan mulut	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal lahir	Diisi tanggal, bulan dan tahun lahir pasien	Terapis gigi dan mulut	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	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
No. RM	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Terapis gigi dan mulut	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Klinik	Diisi Nama Klinik yang dituju	Terapis gigi dan mulut	Saat konfirmasi langsung ke pasien atau keluarga
DPJP	Diisi nama dokter DPJP yang menangani pasien	Terapis gigi dan mulut	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	Terapis gigi dan mulut	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.

Tanda-tanda vital	Di isi hasil pemeriksaan suhu tubuh, nadi, tekanan darah, pernafasan, SpO2, tinggi badan dan berat badan	Terapis gigi dan mulut	Diisi lengkap
Status mental	Di beri tanda ✓ pada salah satu kolom status mental	Terapis gigi dan mulut	Diisi lengkap
Riwayat penyakit	Di beri tanda ✓ pada salah satu kolom riwayat penyakit	Terapis gigi dan mulut	Diisi lengkap, jika tidak ada di salah satu pilihan maka tulis Riwayat penyakit di kolom lain-lain
Alergi obat	Di beri tanda ✓ pada salah satu kolom alergi obat	Terapis gigi dan mulut	Diisi lengkap, jika tidak ada di salah satu pilihan maka tulis alergi obat di kolom ada, jelaskan...
Obat-obatan yang sedang dikonsumsi	Di beri tanda ✓ pada salah satu kolom obat-obatan yang sedang dikonsumsi	Terapis gigi dan mulut	Di beri tanda ✓ pada salah satu kolom tidak ada atau ada, jika ada obat yang sedang dikonsumsi maka dituliskan obat apa saja
Verifikasi pasien	Di beri tanda ✓ jika pasien di kolom verifikasi dan tanda X jika pasien tidak di verifikasi pada kolom klinik gigi	Terapis gigi dan mulut	Di isi 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	Diisi lengkap
Riwayat kelengkapan radiologi	Di beri tanda ✓ pada salah satu kolom pemeriksaan kelengkapan radiologi	Terapis gigi dan mulut	Di beri tanda ✓ pada salah satu kolom dental atau panoramic
Pemeriksaan lain-lain	Diisi jika pasien pernah dilakukan pemeriksaan selain yang tertera di kolom sebelumnya	Terapis gigi dan mulut	Di isi bila diperlukan
Penyebab pembatalan tindakan	Dilingkari salah satu nomor jika pasien ada penyebab pembatalan tindakan	Terapis gigi dan mulut	Diisi lengkap, jika tidak ada dalam salah satu pilihan maka dituliskan di kolom lain-lain
Identitas petugas	Di isi nama dokter gigi dan terapis gigi dan mulut	Terapis gigi dan mulut,	Di isi lengkap
Waktu kegiatan	Di isi tanggal dan jam tindakan	Terapis gigi dan mulut,	Di isi lengkap
Jenis tindakan	Di beri tanda ✓ pada salah satu kolom jenis tindakan	Terapis gigi dan mulut, dokter	Di isi lengkap
Jenis anastesi	Di beri tanda ✓ pada salah satu kolom jenis anastesi	Terapis gigi dan mulut, dokter	Di isi lengkap
PA jaringan tubuh	Di isi jaringan tubuh yang di PA kan	Terapis gigi dan mulut, dokter	Di isi lengkap
Jenis jaringan tubuh	Di isi jenis jaringan tubuh yang akan diperiksa	Terapis gigi dan mulut, dokter	Di isi lengkap

Skrining nyeri setekah tindakan	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	Diisi lengkap
Pengkajian risiko jatuh	Di beri tanda √ pada salah satu kolom pengkajian risiko jatuh	Terapis gigi dan mulut	Di isi lengkap
Edukasi pasien/keluarga	Di beri tanda √ pada salah satu kolom Edukasi pasien/keluarga	Terapis gigi dan mulut	Di isi lengkap
Tanggal	Di isi tanggal, bulan dan tahun dilakukan tindakan	Terapis gigi dan mulut	Di isi lengkap
Pukul	Di isi jam dilakuka selesai tindakan	Terapis gigi dan mulut	Di isi lengkap
Perawat	Diisi nama jelas atau cap dan tandatangan terapis gigi dan mulut yang mendampingi tindakan	Terapis gigi dan mulut	Di isi lengkap
Dokter	Diisi nama jelas atau cap dan tandatangan dokter yang melakukan tindakan	Dokter	Di isi lengkap