



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080288095
Nama Lengkap : Elis Dida Junica
Unit/Divisi/Komite : Rawat Jalan
No. Telepon/Ext : 1206
E-mail :

Tanggal : 10 NOV 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
No/Kode Formulir : 019/F/RM/RSIH/X/2022
No/Kode RM : 7.10 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : 01

FORMULIR PEMERIKSAAN ODONTOGRAM

Logistik Formulir

(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 0

Buffer stock : 5

Proses PO : 2 minggu

Waktu :

Paraf

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

disesuaikan dgn kebutuhan akreditasi

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

Elis Dida Junica, A.Md.Kep
503103303/P.277/Diklat/2022

Tanda Tangan
Penerima,

Rani


Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
FY 1 ply Bulat Balik			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC Dilaksanakan			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
disesuaikan dgn akreditasi	 17/11/22 ACC	ditandatangani sesuai dg penomoran baru	 17/11/22
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc		ACC	 drg. Muhammad Hasan MARS NIP. 21110183853

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

	Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)								
	Nama	:						
	Tanggal lahir	:(L/W)*						
	No. RM	:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
	Klinik	:						
	DPJP	:						
Penjamin	:							
Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini									

Tanggal Pemeriksaan	:	Pasien datang pukul	:	Pasien dilakukan pengkajian pukul	:
---------------------	---	---------------------	---	-----------------------------------	---




ANAMNESIS (Diisi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP)	Sumber Informasi :	<input type="checkbox"/> Pasien
		<input type="checkbox"/> Keluarga , hubungan dengan pasien

KELUHAN UTAMA (Diisi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP)			ALERGI (Diisi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP)	<input type="checkbox"/> Tidak
				<input type="checkbox"/> Ya, Tuliskan

PEMERIKSAAN FISIK	TANDA VITAL	Tekanan Darah	:	mmHg	SPO2	:	%
		Pernapasan	:	x/menit	Berat Badan	:	Kg
		Nadi	:	x/menit	Tinggi Badan	:	Cm
		Suhu	:	°C	Lainnya	:

KEADAAN UMUM	GLASGOW COMA SCALE (GCS)		PENGKAJIAN NYERI	
	E.....M.....V...=....			
	Compos Mentis / Somnolen / Sopor / Coma			
	Kontak	<input type="checkbox"/> Adekuat		
		<input type="checkbox"/> Tidak Adekuat		
			<input type="checkbox"/> NRS	<input type="checkbox"/> WBF
			<input type="checkbox"/> NIPS	<input type="checkbox"/> FLACC
			<input type="checkbox"/> BPS (Terintubasi/Tidak)	
			SKALA :	
			LOKASI NYERI :	

Diisi oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA)			
11 [51]			[61] 21
12 [52]			[62] 22
13 [53]			[63] 23
14 [54]			[64] 24
15 [55]			[65] 25
16			26
17			27
18			28

18	17	16	15	14	13	12	11	▼	21	22	23	24	25	26	27	28
																
55 54 53 52 51 61 62 63 64 65																
																
85 84 83 82 81 71 72 73 74 75																
																
48 47 46 45 44 43 42 41 ▲ 31 32 33 34 35 36 37 38																

48			38
47			37
46			36
45 [85]			[75] 35
44 [84]			[74] 34
43 [83]			[73] 33
42 [82]			[72] 32
42 [81]			[71] 31

FORMULIR PEMERIKSAAN ODONTOGRAM

Occlusi	: Normal / Cross Bite / Deep Bite		
Torus Palatinus	: Tidak Ada / Kecil / Sedang / Besar / Multiple		
Torus Mandibularis	: Tidak Ada / Sisi Kiri / Sisi Kanan / Kedua Sisi		
Palatum	: Dalam / Sedang / Rendah		
Diastema	: Tidak Ada / Ada →.....		
Gigi Anomali	: Tidak Ada / Ada →.....		
Lain-lain	:.....		
Decay	:.....	Missing	:.....
	Filling	:.....	

PEMERIKSAAN PENUNJANG (Diisi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP)

DAFTAR MASALAH/DIAGNOSIS (Diisi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP)

(Tuliskan masalah/diagnosa dari hasil pemeriksaan di Unit Rawat Jalan)

RENCANA DAN TERAPI (Diisi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP)

DIRUJUK KE :

Dokter Pemeriksa/DPJP



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PEMERIKSAAN ODONTOGRAM
014/F/RM/RSIH/IX/2022 (RM 7.10) - Rev. 01**

1. PENGERTIAN

Formulir Pemeriksaan Odontogram adalah catatan pemeriksaan terhadap seluruh keadaan gigi dan mulut pasien yang dilakukan dan dicatat pada kunjungan pertama atau kesempatan pertama sehingga memberikan gambaran keadaan secara keseluruhan sesuai hasil pemeriksaan fisik, diagnosis, tindakan medis 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 dan terapis gigi dan mulut Unit Rawat Jalan


5. MEKANISME PENGISIAN

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

6. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
Nama	Diisi nama pasien	Terapis gigi dan mulut/ Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal lahir	Diisi tanggal, bulan dan tahun 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	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
DPJP	Diisi nama dokter DPJP yang menangani pasien	Terapis gigi dan mulut/ Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.

Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	Terapis gigi dan mulut/ Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal pemeriksaan	Diisi tanggal, bulan dan tahun saat diperiksa	Terapis gigi dan mulut/ Perawat	Di isi lengkap
Pasien datang pukul	Di isi jam saat pasien datang ke poliklinik	Dokter/Terapis gigi dan mulut/ Perawat	Di isi lengkap
Pasien dilakukan pengkajian pukul	Di isi jam saat pasien dilakukan pengkajian	Dokter/Terapis gigi dan mulut/ Perawat	Di isi lengkap
Anamnesis	Di isi sumber informasi di dapat dari mana, pilih dengan cara √ salah satu pada kolom yang tersedia	DPJP	Di isi lengkap
Keluhan utama	Diisi keluhan pasien saat ini	DPJP	Di isi lengkap
Alergi	Diisi apakah pasien memiliki Riwayat alergi seperti obat/makanan/dll. Pilih dengan cara √ salah satu pada kolom yang tersedia ya memilih kolom yang akan jelaskan alergi yang diderita	DPJP	Di isi lengkap
Pemeriksaan fisik	Di isi hasil pemeriksaan Tekanan darah, , pernafasan per satu menit, Nadi per satu menit suhu tubuh, Spo2, Berat badan dan Tinggi badan	Dokter/Terapis gigi dan mulut/ Perawat	Di isi lengkap
Keadaan umum	Diisi tingkat kesadaran pasien, jumlah hasil GCS, di isi nilai GCS meliputi Eye, Motorik, Verbal. Kolom kontak pilih dengan cara √ salah satu pada kolom yang tersedia	DPJP	Di isi lengkap
Pengkajian nyeri	Diberi tanda √ pada salah satu kolom skrining nyeri, diberi tanda √ pada salah satu kolom Metode sesuai usia dan di isi skala dan lokasi nyeri dimana jika ada	DPJP	Di isi lengkap
11 [51]	Diisi sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap
12 [52]	Diisi sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap
13 [53]	Diisi sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap
14 [54]	Diisi sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap
15[55]	Diisi sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap

16	Diisi sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap
17	Diisi sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap
18	Diisi sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap
	Diisi sesuai hasil pemeriksaan dokter dan gambar di tandai dengan cara di lingkari pada gambar gigi yang bermasalah	DPJP	X : gigi yang sudah dicabut √ : sisa akar gigi O : gigi bolong ● : gigi tambal  : karang gigi
48	Diisi sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap
47	Diisi sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap
46	Diisi sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap
45 [85]	Diisi sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap
44 [84]	Diisi sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap
43 [83]	Diisi sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap
42 [82]	Diisi sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap
41 [81]	Diisi sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap
Occlusi	Lingkari pada salah satu pilihan sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap
Torus palatinus	Lingkari pada salah satu pilihan sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap
Torus mandibularis	Lingkari pada salah satu pilihan sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap
Palatum	Lingkari pada salah satu pilihan sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap
Diastema	Lingkari pada salah satu pilihan sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Jika pilihan yang dilingkari Ada maka beri keterangan
Gigi anomaly	Lingkari pada salah satu pilihan sesuai hasil pemeriksaan dokter	DPJP	Jika pilihan yang dilingkari Ada

			maka beri keterangan
Lain-lain	Di isi jika tidak ada pilihan selain di atas	DPJP	Di isi lengkap
Decay	Jika hasil pemeriksaan terdapat gigi caries maka dokter mengisi jumlah gigi yang caries	DPJP	Di isi lengkap
Missing	Jika hasil pemeriksaan terdapat gigi hilang maka dokter mengisi jumlah gigi yang hilang	DPJP	Di isi lengkap
Filling	Jika hasil pemeriksaan terdapat tambalan gigi maka dokter mengisi jumlah gigi yang ditambal	DPJP	Di isi lengkap
Pemeriksaan penunjang	Diisi rencana pemeriksaan penunjang apa saja yang akan dilakukan	DPJP	Di isi lengkap
Daftar masalah/diagnosis	Diisi diagnosa medis hasil dari pemeriksaan dokter	DPJP	Di isi lengkap
Rencana dan terapi	Diisi rencana tindakan atau rencana pemeriksaan dan terapi yang akan diberikan kepada pasien	DPJP	Di isi lengkap
Dirujuk ke	Diisi jika pasien rencana rujuk dan akan dirujuk kemana	DPJP	Di isi lengkap
Dokter pemeriksa/DPJP	Di isi nama dan tanda tangan dokter yang memeriksa	DPJP	Di isi lengkap