



FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 1705291233
Nama Lengkap : YELIANI RACHMI FAUZI
Unit/Divisi/Komite : AP THURION
No. Telepon/Ext : 2401
E-mail : yeliani.f@gmail.com

Tanggal : 30/09/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : formulir observasi pemeriksaan CD
No/Kode Formulir : 070/FINM/1514/IX/2022
No/Kode RM** : RM 2.45 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke : 1

Logistik Formulir
(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 2
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)

swaps formulir dan perssian no
rm

Komponen Perubahan

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

no rm, ~~per~~ perssian no surat
peran baru namun tergi insukan

Tanda Tangan
Pemohon,

Yeliani Rachmi Fauzi, A.Md. Kep
503/82.7/SIPP/211/Diskes/2020

Tanda Tangan
Penerima,

Masukan/Saran

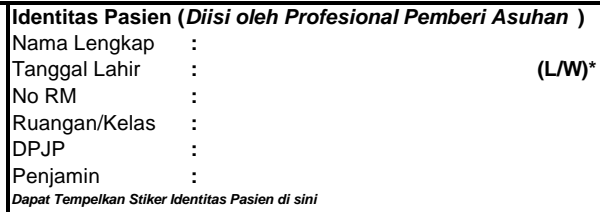
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Logistik		Tanda Tangan	
FY 1 ply		a.n	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC Revisi		lvz	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Ace	Depan 30/9/22
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
pergantian nomer rm	Amf Accus	ditindaklanjuti	lvz 4/10
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC	lvz	ACC	dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110102633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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

[illegible]

**TATA CARA PENGISIAN FORMULIR
OBSERVASI PEMERIKSAAN GULA DARAH
070/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.00)**

1. PENGERTIAN

Formulir Observasi Pemeriksaan Gula Darah adalah suatu formulir yang digunakan ketika Perawat atau Bidan melakukan Observasi Pemeriksaan Gula Darah

2. TUJUAN

Untuk mendokumentasikan hasil Observasi Pemeriksaan Gula Darah

3. KEGUNAAN

- a. Untuk mengetahui hasil Observasi Pemeriksaan Gula Darah
- b. Formulir ini digunakan pada saat pasien dilakukan Observasi Pemeriksaan Gula Darah

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Perawat atau Bidan
- b. Distribusi Formulir Observasi Pemeriksaan Gula Darah dilakukan dengan cara Permintaan ke Unit Logistik Umum.

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Perawat atau Bidan penanggung jawab asuhan melakukan Observasi Pemeriksaan Gula Darah
- b. Perawat atau Bidan penanggung jawab asuhan mengisi hasil Observasi Pemeriksaan Gula Darah
- c. Kepala Unit atau PJ shif melakukan monitoring terhadap tindakan dan pendokumentasian Pemeriksaan Gula Darah

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien		
Nama	Diisi dengan menempel stiker identitas pasien atau menuliskan nama lengkap pasien.	Perawat Atau Bidan
Tanggal Lahir	Diisi dengan menempel stiker identitas pasien atau menuliskan tanggal lahir / bulan lahir tahun lahir.	Perawat Atau Bidan
L/W	Diisi dengan menempel stiker identitas pasien atau melingkari sesuai dengan jenis kelamin pasien.	Perawat Atau Bidan
No. RM	Diisi dengan menempel stiker identitas pasien atau menuliskan nomor RM	Perawat Atau Bidan

Ruangan/Kelas	Diisi dengan menempel stiker identitas pasien atau menuliskan Ruang / Kelas tempat pasien dirawat	Perawat Atau Bidan
DPJP	Diisi dengan menempel stiker identitas pasien atau menuliskan nama Dokter Penanggung jawab Utama Pelayanan	Perawat Atau Bidan
Penjamin	Diisi dengan menempel stiker identitas pasien atau menuliskan Status penjamin pasien	Perawat Atau Bidan
Intruksi observasi pemeriksaan gula darah dan pemberian terapi	Diisi dengan menuliskan advice pemeriksaan gula darah dan terapi insulin yang di berikan	Perawat Atau Bidan
Tanggal dan jam	Diisi dengan menuliskan tanggal dan jam dilakukannya pemeriksaan gula darah	Perawat Atau Bidan
Hasil pemeriksaan GD	Diisi dengan menuliskan hasil pemeriksaan gula darah dalam satuan mg/dl	Perawat Atau Bidan
Terapi insulin	Diisi dengan menuliskan jumlah terapi insulin yang diberikan dalam satuan unit	Perawat Atau Bidan
Nama dan paraf	Diisi dengan menuliskan nama dan paraf perawat atau bidan yang melakukan pemeriksaan gula darah	Perawat Atau Bidan
Keterangan	Diisi apabila ada respon atau reaksi dari pasien dan hal lain yang di perlukan	Perawat Atau Bidan



FORMULIR OBSERVASI PEMERIKSAAN GULA DARAH

100

Bed

Tgl & Jam

Pemeriksaan GD

Keterangan

Paraf

RM 10.34