

FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 2649207588
Nama Lengkap : RAHMAWATI RAMADHAN
Unit/Divisi/Komite : 0121
No. Telepon/Ext : 2302
E-mail : ramadhanra@gmail.com

Tanggal : 03-10-2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
No/Kode Formulir : 088/F/PM/RSIH/XII/2021 (rev.03)
No/Kode RM : PM 11-9 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- 3

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama : 4	
Buffer stock : 5	
Proses PO : 2 minggu	
Waktu :	Paraf :

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
Formulir menggunakan template form RSIH yang baru disesuaikan dengan standar terbaru

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
perubahan isi dengan menggunakan bagan berdasarkan langkah asuhan gizi dan pengkajian, diagnosis, intervensi gizi, rencana monitoring-evaluasi gizi serta tambahan sub-comparative standar nilai perhitungan keb. gizi

Tanda Tangan

Pemohon

Rahmawati Ramadhan, S.Gz
SIP: No. 503/10659/SIPTG.12/Dinhes/2022

Tanda Tangan

Penerima,

IRA


Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
F4 1 ply Bulat Balik			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Ata Pengesahan			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Pengantian ru RM		ditandatangani	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Ata		KE	 dr. Muhammad Hasan, MARS

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

	<p>Identitas Pasien (diisi Oleh Ahli Gizi)</p> <p>Nama :</p> <p>Tanggal Lahir : (L / W)*</p> <p>No. RM : <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Diagnosis Medis :</p> <p>Ruangan/Kelas :/.....</p> <p>DPJP :</p> <p><i>Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini</i></p>
<p>PENGKAJIAN</p> <p>RIWAYAT PERSONAL</p> <p>Umur : Tahun Etnik/Agama: Kemampuan Baca:Bisa/Tidak</p> <p>Pekerjaan:..... Pendidikan:..... Peran dalam Keluarga:.....</p> <p>Keterbatasan Fisik:..... Mobilitas:..... Perokok: Ya/Tidak/Pasif</p> <p>Riwayat Medis / Kesehatan Pasien/Keluarga:.....</p> <p>Riwayat Sosial Ekonomi :.....</p> <p>RIWAYAT GIZI DAN MAKANAN</p> <p>Alergi Makanan:.....Pantangan Makanan:.....</p> <p>Ketidaksukaan Makanan:.....</p> <p>Pengalaman Diet/ Konseling Sebelumnya:Ada/Tidak*Bila ada.....</p> <p>ANTROPOMETRI</p> <p>Riwayat Penurunan BB: BB saat ini.....kg PB/TB.....cm</p> <p>BB sebelumnya..... kg IMT..... kg/m2 Status Gizi:.....</p> <p>Penurunan BB.....% Kurun waktumgg/Bln</p> <p>Pengukuran lainnya:</p> <p>BIOKIMIA TERKAIT GIZI Prosedur:</p> <p>FISIK KLINIS-GIZI</p> <p>Atropi Otor lengan: Ada/Tidak Hilang Lemak Subkutan:Ada/Tidak Oedema:Ada/Tidak</p> <p>Nafsu Makan: Baik/Tidak Mual: Ada/Tidak Muntah: Ada/Tidak</p> <p>Kembung: Ada/Tidak Konstipasi:Ada/Tidak</p> <p>Diare: Ada/Tidak Kulit:.....Kepala dan Mata:.....</p> <p>Gigi geligi:.....</p> <p>Gangguan Menelan: Ada/Tidak Gangguan Mengunyah: Ada/Tidak</p> <p>Gangguan Menghisap: Ada/Tidak</p> <p>Tanda-tanda Vital: Suhu..... °C Tekanan Darah.....mmHg Kesadaran:.....</p> <p>Nadi...../mnt Respirasi...../mnt</p> <p>Data lain:</p> <p>COMPARATIVE STANDARDS</p>	

DIAGNOSIS GIZI

INTERVENSI GIZI

Tujuan :
Preskripsi Diet :

Bentuk Makanan :
Jenis diet :
Rute :
Kebutuhan Gizi :
 a. Energi :
 b. Protein :
 c. Lemak :
 d. CHO :
 e. Lain-lain :

Implementasi :

Edukasi/Konseling :
a. Materi :
b. Media Sasaran :
c. Target Intervensi :

RENCANA MONITORING EVALUASI GIZI

Keterangan: *Coret yang tidak perlu

Tanggal..... Jam.....

Ahli Gizi,

(
Nama Lengkap & Tanda Tangan



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR ASUHAN GIZI
088/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.03)**

1. PENGERTIAN

Formulir Asuhan Gizi adalah instrumen yang digunakan oleh Ahli Gizi untuk melakukan Asuhan Gizi yang terdiri dari tahap pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi dan monitoring-evaluasi gizi sebagai kegiatan Asuhan Gizi untuk memecahkan masalah gizi yang dialami oleh pasien.

2. TUJUAN

Untuk dijadikan sebagai instrumen dalam memberikan Asuhan Gizi pada pasien berisiko maupun yang sudah malnutrisi.

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk menentukan perencanaan Asuhan Gizi yang akan diberikan kepada pasien sebagai Asuhan Gizi yang sesuai dengan langkah *Assesment, Diagnosis, Intervention, Monitoring-Evaluation* (ADIME).

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Ahli Gizi
- b. Formulir Asuhan Gizi dibuat dan diimplementasikan oleh Ahli Gizi dalam melakukan Asuhan Gizi.

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Pengisian Identitas Pasien Formulir Asuhan Gizi diisi oleh Ahli Gizi atau ditempel dengan stiker label pasien
- b. Pengisian formulir dilakukan oleh Ahli Gizi
- c. Semua kategori usia menggunakan formulir ini untuk melakukan Asuhan Gizi pasien.

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien (<i>dapat ditempel stiker identitas pasien</i>)		
Nama	Diisi nama Lengkap Pasien	Ahli Gizi
Tgl Lahir L /W	Diisi tanggal lahir, L/W dipilih salah satu yang sesuai dengan cara mencoret yang tidak perlu	Ahli Gizi
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Ahli Gizi
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien diperiksa/ dirawat	Ahli Gizi
Diagnosis Medis	Diisi diagnosis medis pasien terbaru pada waktu Asuhan Gizi	Ahli Gizi
DPJP	Diisi nama Dokter Penanggungjawab Pelayanan	Ahli Gizi

FORMULIR ASUHAN GIZI		
Jenis Informasi	Cara pengisian	Yang mengisi
Pengkajian a. Riwayat Personal	Diisi jawaban dari pertanyaan yang telah tersedia yaitu umur, etnik/agama, kemampuan baca apakah bisa/tidak, pekerjaan saat ini, pendidikan terakhir, peran dalam keluarga, keterbatasan fisik ada/tidak, mobilitas bed rest/tidak perokok atau tidak, riwayat medis / kesehatan pasien/keluarga dan riwayat sosial ekonomi.	Ahli Gizi
b. Riwayat Gizi dan Makanan	Diisi jawaban dari pertanyaan alergi makanan, pantangan makanan, ketidaksukaan makanan, pengalaman diet/ konseling sebelumnya ada/tidak*bila ada dapat disebutkan dan <i>Dietary History</i> dapat disebutkan setelahnya.	
c. Antropometri	Diisi jawaban pertanyaan yang telah tersedia mengenai BB saat ini, PB/TB, BB sebelumnya, IMT, Status Gizi, .% Penurunan BB dan kurun waktu penurunan BB. Selain yang tercantum, dapat dituliskan data antropometri lainnya di pengukuran lainnya.	
d. Biokimia terkait Gizi	Diisi hasil- hasil Laboratorium Terkait Gizi terbaru beserta kategori hasil lab. nilainya tinggi, normal ataupun rendah.	
e. Fisik Klinis-Gizi	Diisi jawaban dari pertanyaan tercantum berdasarkan hasil <i>assesment</i> terkait fisik-klinis yang dilakukan.	
f. Comparative Standards	Diisi dengan menuliskan metode perhitungan kebutuhan gizi dan detail perhitungan kebutuhan gizi yang dilakukan.	

Jenis Informasi	Cara pengisian	Yang mengisi
Diagnosis Gizi	<p>Diisi diagnosis gizi yang ditetapkan oleh Ahli Gizi dengan Format sebagai berikut:</p> <p>Domain I (<i>Intake</i>)/C (<i>Clinical</i>)/B (<i>Behavioural</i>) Masalah Gizi (<i>Problem</i>) berkaitan dengan (<i>Etiology</i>) ditandai dengan (<i>Symptoms</i>)</p> <p>Contoh:</p> <p>NI.5.1 Peningkatan kebutuhan energi dan protein berkaitan dengan defisit energi dan protein tingkat berat ditandai dengan rambut kuning /marasmus.</p>	Ahli Gizi
Intervensi Gizi	Diisi intervensi gizi yang diberikan kepada pasien berdasarkan hasil diagnosis gizi yang diberikan dengan format yang tercantum di formulir.	Ahli Gizi
Rencana Monitoring- Evaluasi Gizi	Diisi rencana monitoring- evaluasi gizi yang akan dilakukan untuk memantau hasil dari intervensi gizi yang telah dilakukan.	Ahli Gizi
Tanggal	Diisi tanggal dilakukannya Asuhan Gizi.	Ahli Gizi
Jam	Diisi Jam waktu dilakukannya Asuhan Gizi.	Ahli Gizi
Tanda tangan	Diisi nama lengkap dan tanda tangan Ahli Gizi yang melakukan Asuhan Gizi.	Ahli Gizi