

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR


DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080288075
 Nama Lengkap : Elis Dida Janiza
 Unit/Divisi/Komite : UPS
 No. Telepon/Ext : 1206 / 1161
 E-mail : fani@intanhusada.com

Tanggal : 21 NOV 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 144 / F / PM / RSIH / XI / 2022
 No/Kode RM : 7.20 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terkahir : - Revisi ke- : 00

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)

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,


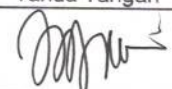
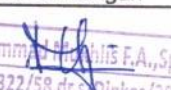
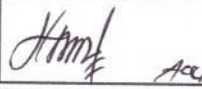
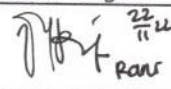


Elis Dida Janiza A. Janiza
503/10330/SIP/22/10/2022

Tanda Tangan
Penerima,

Rani
22/11/22


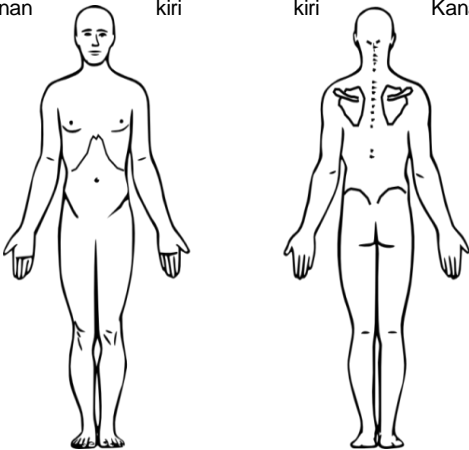
Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
FY 1 ply Bolak Balik			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Ace Dilaksanakan			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
ACC			
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Disetujui dengan persetujuan	 21/11/22 Aeng	Ditindaklanjuti	 22/11/22 Rani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Ace		ACC	 22/11/22 dr. Muhammad Hasan, NARS

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

<div></div>		<div>Identitas Pasien (Diisi oleh Fisioterapis/Perawat)</div> <div>Nama :</div> <div>Tanggal lahir :(L/W)*</div> <div>No. RM : <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div>Klinik :</div> <div>DPJP :</div> <div>Penjamin :</div> <div>Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini</div>	
Tanggal :		Pasien datang pukul :	
Pasien dilakukan pengkajian pukul :			
Pengkajian diambil dari : <div><input type="checkbox"/> Autoanamnesa</div> <div><input type="checkbox"/> Heteroanamnesa</div>			
<div>Keluhan Utama :</div> <div>Riwayat Penyakit Sekarang :</div> <div>Riwayat Penyakit Dahulu dan Penyerta :</div>			
<div>PEMERIKSAAN FISIK</div> <div>Tekanan Darah : mmHg</div> <div>Nadi : x/m</div> <div>Pernafasan : x/m</div> <div>Suhu : °C</div> <div>Berat Badan : Kg</div> <div>Tinggi Badan : Cm</div> <div>Lain-lain :</div>		<div>SKRINING NYERI :</div> <div>Nyeri : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Skala Lokasi :</div> <div>Metode :</div> <div><input type="checkbox"/> NRS (Numeric Rating Scale) [0-10] >8 tahun-dewasa</div> <div><input type="checkbox"/> WBF (Wong Baker Face) [0-10] 3-8 tahun</div> <div><input type="checkbox"/> NIPS (Neonatal Infant Pain Score) [0-7]</div> <div><input type="checkbox"/> FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) [0-10] anak <5-6 tahun</div> <div><input type="checkbox"/> BPS (Behavior Pain Scale) : (Terintubasi/ Tidak Terintubasi)</div>	
<div>KEMAMPUAN FUNGSIONAL</div> <div>1 Tidur / bedrest / gendong</div> <div>2 Jalan sendiri</div> <div>3 Kursi roda</div> <div>4 Alat bantu :</div> <div>5 Prothese :</div> <div>6 Deformitas :</div> <div>7 Risiko jatuh :</div> <div>8 Lain-lain :</div>		<div>Kanan kiri kiri Kanan</div> <div></div>	
<div>Pemeriksaan Sistemik Khusus :*)</div> <div>a Musculoskeletal :</div> <div>b Neuromuscular :</div> <div>c CardioPulmonal :</div> <div>d Integument :</div> <div>e Pediatric :</div> <div>*) Pemeriksaan dilakukan sesuai dengan telaah sistem yang dilakukan</div>			
<div>Pengukuran Khusus :*)</div> <div>a Musculoskeletal :</div> <div>b Neuromuscular :</div> <div>c CardioPulmonal :</div> <div>d Integument :</div> <div>e Pediatric :</div> <div>*) Pemeriksaan dilakukan sesuai dengan telaah sistem yang dilakukan</div>			

Data Penunjang a Radiologi : b EMG : c Laboratorium : d Lain-lain :
Diagnosis Fisioterapi :
Program/ Rencana Terapi :
Pemeriksaan Lainnya :
Intervensi :
Evaluasi :
Tanggal : Jam : Fisioterapis (.....) Nama Jelas dan Tanda tangan

PENGKAJIAN FISIOTERAPI



TATA CARA PENGISIAN FORMULIR PENGKAJIAN FISIOTERAPI

020/F/RM/RSIH/XI/2022 (RM 7.20) - Rev.00

1. PENGERTIAN

Formulir pengkajian fisioterapi adalah berkas yang berisikan informasi pasien, anamnesa, keluhan utama, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pengkajian nyeri, kemampuan fungsional, pemeriksaan sistemik khusus, pengukuran khusus, data penunjang, diagnosis fisioterapi, program/rencana terapi, intervensi, evaluasi 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.

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

Fisioterapis di Unit Rawat Jalan

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh Fisioterapis di Unit Rawat Jalan

6. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
Kolom Identitas Pasien	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.	Fisioterapis	Jika stiker tidak tersedia, diisi secara manual
Nama	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran	Fisioterapis	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal lahir	Diisi tanggal, bulan dan tahun lahir pasien	Fisioterapis	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	Fisioterapis	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
No. RM	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Fisioterapis	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
KLINIK	Diisi Nama Klinik yang dituju	Fisioterapis	Diisi dengan menempelkan stiker pasien
DPJP	Diisi nama dokter DPJP yang menangani pasien	Fisioterapis	Diisi dengan menempelkan stiker pasien
Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	Fisioterapis	Diisi dengan menempelkan stiker pasien

Tanggal	Diisi tanggal, bulan, tahun saat dilakukan pengkajian	Fisioterapis	Di isi lengkap
Pasien datang pukul	Di isi jam saat pasien datang	Fisioterapis	Di isi lengkap
Pasien dilakukan pengkajian pukul	Di isi jam saat pasien mulai di lakukan pemeriksaan oleh dokter	Fisioterapis	Di isi lengkap
Pengkajian	Di beri tanda √ pada kolom yang tersedia sesuai dari hasil pengkajian	Fisioterapis	Di isi lengkap
Keluhan utama	Di isi lengkap dari hasil anamnesa	Fisioterapis	Di isi lengkap
Riwayat penyakit sekarang	Di isi lengkap dari hasil anamnesa	Fisioterapis	Di isi lengkap
Riwayat penyakit dahulu dan penyerta	Di isi lengkap dari hasil anamnesa	Fisioterapis	Diisi lengkap
Pemeriksaan fisik	Di isi hasil tanda-tanda vital	Fisioterapis	Diisi hasil tekanan darah, pernafasan, nadi, suhu, SpO2, berat badan, tinggi badan
Pengkajian nyeri	Di beri tanda √ pada salah satu metode pengkajian nyeri yang digunakan	Fisioterapis	Jika ada maka di isi skala nyeri dan lokasi nyerinya
Kemampuan fungsional	Di isi sesuai hasil pemeriksaan	Fisioterapis	Di isi lengkap
Pemeriksaan sistemik khusus	Di isi sesuai hasil pemeriksaan	Fisioterapis	Di isi lengkap
Pengukuran khusus	Di isi sesuai hasil pemeriksaan	Fisioterapis	Di isi lengkap
Data penunjang	Di isi sesuai hasil pemeriksaan	Fisioterapis	Di isi lengkap
Diagnosis fisioterapi	Di isi nama diagnosa pasien sesuai hasil pemeriksaan	Fisioterapis	Di isi lengkap
Program/rencana terapi	Di isi nama program/rencana terapi kepada pasien sesuai hasil pemeriksaan	Fisioterapis	Di isi lengkap
Pemeriksaan lainnya	Di isi bila terdapat pemeriksaan lain diluar pemeriksaan sisitemik khusus dan pengukuran khusus	Fisioterapis	Diisi lengkap
Intervensi	Di isi sesuai hasil pemeriksaan yang ditemukan	Fisioterapis	Diisi lengkap
Evaluasi	Diisi sesuai hasil pemeriksaan awal dan akhir	Fisioterapis	Diisi lengkap
Tanggal	Diisi tanggal, bulan dan tahun dilakukan pengkajian	Fisioterapis	Diisi lengkap
Jam	Diisi jam selesai dilakukan pengkajian	Fisioterapis	Diisi lengkap
Fisioterapis	Diisi nama dan tanda tangan fisio tepais yang melakukan pengkajian dan pemerikssaan	Fisioterapis	Diisi lengkap

