



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

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

Tanggal : 30 / 09 / 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Resep Kacamata
No/Kode Formulir : 011 / F / RM / RSK / 10 / 2022 (Rev. 02)
No/Kode RM** : 7.17 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- :

Logistik Formulir

(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 10

Buffer stock : 5

Proses PO : 2 minggu

Waktu :

Paraf

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Swepeng formulir dan pergantian no. RM

Komponen Perubahan

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

no. RM

Tanda Tangan
Pemohon,

Ellis Dida Junica, A.Md.Kep
NIP.1931033019721770010002022

Tanda Tangan
Penerima,

Farit Rani
NIP.1931033019721770010002022

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
1/2 F4 1 ply			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC Revisi			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		ACC	an. M Depi R
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
persetujuan revisi RM 1/2 F4		ditandatangani sesuai dengan revisi penomoran RM	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC		ACC	dr. Muhammad Hasan, MARS NIP.1931033019721770010002022

*) 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 :

--	--	--	--	--	--

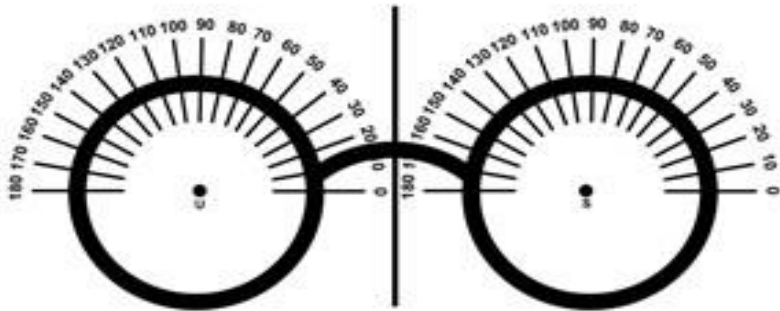
Klinik :

DPJP :

Penjamin :

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

RESEP KACAMATA



Double Focus
Biasa
Progressive
Lensa Kontak :

	SPHERIS	CILINDRIS	AXIS		SPHERIS	CILINDRIS	AXIS	JARAK PUPIL
UKURAN JAUH								
UKURAN DEKAT								

Keterangan :

Membutuhkan Kacamata
Perlu Mengganti Kacamata

Garut,.....20.....

(dr.)

Nama Jelas dan Tanda Tangan



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama :

Tanggal lahir : (L/W)*

No. RM :

--	--	--	--	--	--

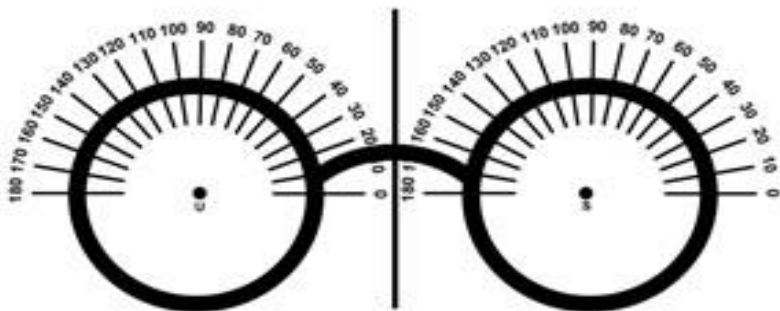
Klinik :

DPJP :

Penjamin :

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

RESEP KACAMATA



Double Focus
Biasa
Progressive
Lensa Kontak :

	SPHERIS	CILINDRIS	AXIS		SPHERIS	CILINDRIS	AXIS	JARAK PUPIL
UKURAN JAUH								
UKURAN DEKAT								

Keterangan :

Membutuhkan Kacamata
Perlu Mengganti Kacamata

Garut,.....20.....

(dr.)

Nama Jelas dan Tanda Tangan



TATA CARA PENGISIAN FORMULIR RESEP KACAMATA

011/F/RM/RSIH/XI/2022 (RM 7.17) - Rev.02

1. PENGERTIAN

Formulir Resep Kacamata adalah suatu permintaan tertulis dari dokter untuk pembuatan ukuran kacamata 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 Spesialis Mata Unit Rawat Jalan dan perawat Unit Rawat Jalan

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh dokter dan perawat Unit Rawat Jalan

6. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
Kolom Identitas Pasien	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.	Perawat	Jika stiker tidak tersedia, diisi secara manual
Nama	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran, dengan menggunakan huruf kapital	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal lahir	Diisi tanggal, bulan dan tahun lahir pasien	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	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
No. RM	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Klinik	Diisi Nama Klinik yang dituju	Perawat/ Dokter	Saat konfirmasi langsung ke pasien atau keluarga

DPJP	Diisi nama dokter DPJP yang menangani pasien	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Double Focus	Diisi dengan cara dilingkari sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Biasa	Diisi dengan cara dilingkari sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Progresive	Diisi dengan cara dilingkari sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Lensa kontak	Diisi dengan cara dilingkari sesuai hasil pemeriksaan dan ditulis ukuran lensa mata kiri atau kanan	Dokter	Diisi lengkap
Ukuran jauh spheris mata kanan	Diisi ukuran sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Ukuran jauh cilindris mata kanan	Diisi ukuran sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Ukuran jauh axis mata kanan	Diisi ukuran sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Ukuran jauh spheris mata kiri	Diisi ukuran sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Ukuran jauh cilindris mata kiri	Diisi ukuran sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Ukuran jauh axis mata kiri	Diisi ukuran sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Ukuran jauh jarak pupil mata kanan dan mata kiri	Diisi ukuran sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Ukuran dekat spheris mata kanan	Diisi ukuran sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Ukuran dekat cilindris mata kanan	Diisi ukuran sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Ukuran dekat axis mata kanan	Diisi ukuran sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Ukuran dekat spheris mata kiri	Diisi ukuran sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Ukuran dekat cilindris mata kiri	Diisi ukuran sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Ukuran dekat axis mata kiri	Diisi ukuran sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap

Ukuran dekat jarak pupil mata kanan dan mata kiri	Diisi ukuran sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Keterangan	Di beri tanda √ pada salah satu kolom keterangan	Dokter	Diisi lengkap
Tanggal	Di isi tanggal, bulan dan tahun pemeriksaan dan pembuatan resep kacamata	Perawat/ Dokter	Diisi lengkap
Kolom dokter	Di isi nama atau cap dan tanda tangan dokter yang memeriksa	Dokter	Diisi lengkap