

# FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

## DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080288075  
 Nama Lengkap : Els 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 : 191/F/RM/RSIH/XI/2022  
 No/Kode RM : 7.23 (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : 00

## Logistik Formulir

(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 0  
 Buffer stock : 10  
 Proses PO : 2 minggu  
 Waktu :

Paraf



## Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

disesuaikan dengan kebutuhan akreditasi

## Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan  
Pemohon,




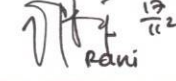
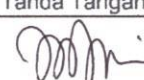

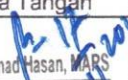
Els Dida Junica, A.Md.Kep  
 503/10330/RSIH/RSIH/2022

Tanda Tangan  
Penerima,

Rani 13/11/22


## 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	
Acc revisi			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
disesuaikan dan akreditasi	 17/11/22	ditandatangani	 Rani 13/11/22
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Ace			 drg. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633

\*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

		<b>Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)</b> Nama : ..... Tanggal lahir : .....(L/W)* No. RM : ..... Klinik : ..... DPJP : ..... Penjamin : ..... <i>Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini</i>	
Tanggal :		Pasien datang pukul : Pasien dilakukan pengkajian pukul :	
Pengkajian diambil dari :		Pasien ..... Orang Lain, nama :..... Hubungan :.....	
<b>Alergi</b>		<input type="checkbox"/> Obat <input type="checkbox"/> Makanan <input type="checkbox"/> Lain-lain :	
<b>Keluhan saat ini :</b>		<b>Obat yang dikonsumsi saat ini :</b>	
<b>PENGKAJIAN RISIKO JATUH (Get Up and Go Test)</b> a. Perhatikan cara berjalan pasien tidak seimbang/ sempoyongan/ limbung, berjalan menggunakan alat bantu (kruk, tripot, kursi roda, orang lain) : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak b. Menopang saat akan duduk : tampak memegang pinggiran kursi/meja/benda lain sebagai penopang pada saat akan duduk : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Hasil : <input type="checkbox"/> Tidak berisiko (tidak ditemukan a dan b) <input type="checkbox"/> Risiko rendah (Ditemukan salah satu a dan b) <input type="checkbox"/> Risiko tinggi (Ditemukan a dan b)			
<b>RIWAYAT KESEHATAN</b> (pengkajian ulang dilakukan setiap 30 hari ) Riwayat Penyakit Dahulu : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Penyakit :..... Pernah Dirawat : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Kapan :..... Pernah Dioperasi : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Kapan :....., Jenis Operasi :..... Dalam Pengobatan : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya			
<b>STATUS PSIKOLOGIS,SOSIAL, EKONOMI DAN SPIRITUAL</b> (pengkajian ulang dilakukan setiap 30 hari ) Kondisi Pasien : <input type="checkbox"/> Tenang <input type="checkbox"/> Gelisah <input type="checkbox"/> Lain-lain Hambatan Komunikasi : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ada, Jelaskan..... Tinggal Sendiri : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Hubungan Dengan Keluarga : <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Kurang Baik Ketaatan beribadah : <input type="checkbox"/> Rutin <input type="checkbox"/> Kadang-kadang <input type="checkbox"/> Tidak Pernah			
<b>STATUS FUNGSIONAL (Bartel Indeks)</b> (pengkajian ulang dilakukan setiap 30 hari ) Kategori : <input type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> Ketergantungan Ringan <input type="checkbox"/> Ketergantungan Sedang <input type="checkbox"/> Ketergantungan Berat <input type="checkbox"/> Ketergantungan Total Menggunakan alat bantu : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, sebutkan.....			
<b>PENGKAJIAN AWAL INDIVIDUAL</b> (pengkajian ulang dilakukan setiap 30 hari ) Gangguan emosional : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan..... Ketergantungan obat/alkohol : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan..... Korban kekerasan/terlantar : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan..... Menjalani kemoterapi/radiasi : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan..... Penyakit menular : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan.....			
<b>PEMERIKSAAN FISIK</b> Tekanan Darah : ..... mmHg Nadi : ..... x/m Pernafasan : ..... x/m Suhu : ..... °C Berat Badan : ..... Kg Tinggi Badan : ..... Cm Lain-lain : .....		<b>SKRINING NYERI :</b> Nyeri : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Skala Lokasi : ..... Metode : <input type="checkbox"/> NRS (Numeric Rating Scale) [0-10] >8 tahun-dewasa <input type="checkbox"/> WBF (Wong Baker Face) [0-10] 3-8 tahun <input type="checkbox"/> BPS (Behavior Pain Scale) : (Terintubasi/ Tidak Terintubasi)	

PENGKAJIAN AWAL RAWAT JALAN GERIATRI

\*coret yang tidak perlu

**SKRINING GIZI** (Jika skor total 0-11 konsul ke DPJP/Ahli Gizi) (pengkajian ulang dilakukan setiap 30 hari)

A Penurunan asupan makan selama 3 bulan terakhir ?

0 = penurunan nafsu makkan tingkat berat

1 = penurunan nafsu makkan tingkat sedang

2 = tidak kehilangan penurunan nafsu makan

B Penurunan berat badan dalam 3 bulan terakhir ?

0 = penurunan berat badan >3 kg (6 lbs)

1 = penurunan berta badan tidak diketahui

2 = penurunan berat badan antara 1 dan 3 kg(2,2 dan 6,6 lbs)

3 = tidak terjadi penurunan berat badan

C Mobilitas

0 = hanya di atas kasur atau kursi roda

1 = dapat beranjak dari kursi/kasur, tetapi tidak mampu beraktivitas normal

2 = mampu beraktivitas normal

D Menderita penyakit psikologis atau penyakit akut dalam 3 bulan terakhir

0 = Ya

2 = Tidak

E Masalah Neuropsikologis

0 = Demensia tingkat berat atau depresi

1 = Demensia tingkat sedang

2 = Tidak ada masalah psikologis

F Indeks Masa Tubuh (IMT)

0 = IMT < 19

1 = IMT 19-<21

2 = IMT 21-<23

3 = IMT ≥23

Total Skor

Keterangan :  
$$IMT = \frac{BB\ (kg)}{TB^2\ (m)}$$

Skor skrining (subtotal maksimal 14 poin)  
12 - 14 poin : Status gizi normal  
8- 11 poin : Beresiko malnutrisi → Rujuk ke Ahli Gizi  
0 – 7 Poin : Malnutrisi → Rujuk ke Ahli Gizi

**DIAGNOSIS KEPERAWATAN :**

Bersihkan jalan napas tidak efektif

Hipertermi

Nausea

Nyeri akut/kronik

Gangguan keseimbangan cairan

Kurang pengetahuan

Penurunan curah jantungKerusakan integritas kulitLain-lain.....

**INTERVENSI KEPERAWATAN :**

Posisi pasien.....

Cara kompres

Edukasi

Teknik relaksasi/distraksi\*

Minum sesuai kebutuhan

Lain-lain.....

Batuk efektifPerawatan luka

**KEBUTUHAN EDUKASI**

Tentang penyakit pasien

Cuci tangan

Lain-lain.....

Mengurangi risiko sedera karena jatuh

Etika batuk bersin

**TINDAK LANJUT :**

\*) Beri tanda √ pada kolom bila sudah ada instruksi dari Dokter

Pulang

Rawat inap

Rujuk, alasan.....

Tanda tangan PPJA yang melakukan pengkajian

Nama : .....

**SERAH TERIMA DIISI JIKA PASIEN DI RAWAT INAP**

Tingkat Kesadaran :

GCS :

E :

M :

V :

Tekanan darah : mmHg

Pernafasan :

x/mnt

Spo2 :

%

Nadi : x/mnt

Suhu :

°C

**SERAH TERIMA DOKUMEN PENUNJANG**

Dokumen yang diserahkan	Keterangan
1 EKG	<div><div></div>Ada</div> <div><div></div>Tidak</div>
2 Radiologi	<div><div></div>Ada</div> <div><div></div>Tidak</div>
3 Laboratorium	<div><div></div>Ada</div> <div><div></div>Tidak</div>
4 Rujukan	<div><div></div>Ada</div> <div><div></div>Tidak</div>
5 Lain-lain	.....

Petugas Rawat Jalan

Petugas Ruangan

(.....)  
Nama Jelas dan Tanda Tangan

(.....)  
Nama Jelas dan Tanda Tangan

Tanggal : .....Pukul : .....



**TATA CARA PENGISIAN**  
**FORMULIR PENGKAJIAN AWAL RAWAT JALAN DEWASA**  
**141/F/RM/RSIH/XI/2022 (RM 7.23) – Rev.00**

**1. PENGERTIAN**

Formulir Pengkajian Awal Rawat Jalan Geriatri adalah berkas yang berisikan informasi pasien, anamnesa pemeriksaan fisik, diagnosis, tindakan medis dan keperawatan serta intruksi lanjutan pasien-pasien yang dilayani dengan usia lebih dari 60 tahun 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, Dokter Umum 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	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	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.

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.
Tanggal	Diisi tanggal saat diperiksa	Perawat	Di isi lengkap
Pasien datang pukul	Di isi jam saat pasien datang dan memberikan bukti <i>tracer</i> kepada petugas rawat jalan	Perawat	Di isi lengkap
Pasien dilakukan pengkajian pukul	Di isi jam saat pasien mulai dilakukan anamnesa dan pemeriksaan TTV	Perawat	Di isi lengkap
Pengkajian diambil dari	Di pilih kolom yang akan di isi dengan cara di beri tanda ✓	Perawat	Di isi lengkap
Pasien	Di beri tanda ✓ jika pengkajian diambil dari pasien	Perawat	Di isi lengkap
Orang lain, nama, hubungan	Di beri tanda ✓ jika pengkajian diambil dari orang lain (selain pasien) dan di tuliskan nama serta hubungan dengan pasien	Perawat	Di isi lengkap
Alergi	Di pilih kolom yang akan di isi dengan cara di beri tanda ✓ serta tuliskan jenisnya baik obat, makanan ataupun yang lainnya	Perawat	Di isi lengkap
Obat	Di beri tanda ✓ jika pasien ada alergi obat	Perawat	Di isi lengkap
Makanan	Di beri tanda ✓ jika pasien ada alergi makanan	Perawat	Diisi lengkap
Lain-lain	Di beri tanda ✓ jika pasien ada alergi selain obat dan makanan	Perawat	Diisi lengkap
Keluhan saat ini	Di isi dengan keluhan pasien saat dilakukan pengkajian	Perawat	Diisi lengkap
Obat yang dikonsumsi saat ini	Di isi jika pasien ada obat yang sedang di konsumsi	Perawat	Diisi lengkap
Pengkajian Risiko Jatuh	Di beri tanda ✓ pada salah satu pengkajian risiko jatuh	Perawat	Diisi lengkap
Riwayat Kesehatan	Di beri tanda ✓ pada salah satu kolom riwayat kesehatan	Perawat	Jika diberi tanda ✓ pada kolom Ya maka di isi jenis penyakit, tahun saat dirawat, tahun saat di operasi dan jika pernah ada riwayat

			operasi maka di isi jenis operasi apa yang pernah dilakukan, dan sedang dalam pengobatan
Status Psikologis, Sosial, Ekonomi dan Spiritual	Di beri tanda √ pada salah satu kolom satus Psikologis, Sosial, Ekonomi dan Spiritual	Perawat	Jika diberi tanda √ pada kolom Ya maka di isi keterangannya.
Status Fungsional	Di beri tanda √ pada salah satu kolom Status Fungsional	Perawat	Diisi berdasarkan tingkat ketergantungan, Jika pasien menggunakan alat bantu maka di beri keterangan
Pengkajian Awal Individual	Di beri tanda √ pada salah satu kolom Pengkajian Awal individual jika diberi tanda √ pada kolom Ya maka di isi keterangannya	Perawat	Diisi lengkap
Pemeriksaan Fisik	Di isi hasil pemeriksaan Tekanan darah, Nadi per satu menit, pernafasan per satu menit, suhu tubuh, Berat badan, Tinggi badan, dan kolom lain-lain jika ada	Perawat	Diisi lengkap
Skrining nyeri	Diberi tanda √ pada salah satu kolom skrining nyeri, diberi tanda √ pada salah satu kolom Metode sesuai usia dan di isi Lokasi nyeri dimana jika ada	Perawat	Diisi lengkap
Skiring Gizi	Di beri tanda √ pada salah satu kolom nilai sesuai hasil pengkajian dan di hitung total skor	Perawat	.Jika skor 0-11 maka pasien di konsulkan ke DPJP atau ahli gizi
Diagnosis Keperawatan	Di beri tanda √ pada salah satu kolom Diagnosis Keperawatan	Perawat	Di isi lengkap
Intervensi Keperawatan	Di beri tanda √ pada salah satu kolom Intervensi Keperawatan	Perawat	Di isi lengkap
Kebutuhan Edukasi	Di beri tanda √ pada salah satu kolom Kebutuhan Edukasi	Perawat	Di isi lengkap
Tindak Lanjut	Di beri tanda √ pada salah satu kolom Tindak Lanjut	Perawat	Di isi lengkap
Tanda tangan PPJA yang melakukan pengkajian	Diisi Nama lengkap atau cap serta tanda tangan ataun paraf yang melakukan pengkajian terhadap pasien	Perawat	Sesuai petugas yang melakukan pengkajian terhadap pasien

Serah terima di isi jika pasien dirawat inap	Diisi tingkat kesadaran pasien, jumlah hasil GCS, di isi nilai GCS meliputi Eye, Motorik, Verbal, Tekanan darah, Nadi per satu menit, pernafasan per satu menit, suhu tubuh dan SpO2	Perawat	Di isi lengkap
Serah terima dokumen penunjang	Dipih salah satu kolom dan diberi tanda √ pada kolom Ya atau Tidak di dokumen yang diserahterimakan dan diberi keterangan pada kolom keterangan	Perawat	Di isi lengkap
Petugas rawat jalan	Di isi nama petugas atau cap dan tanda tangan yang melakukan hand over kepada petugas rawat inap	Perawat rawat jalan	Di isi lengkap
Petugas ruangan	Di isi nama petugas atau cap dan tanda tangan yang menerima hand over dari petugas rawat jalan	Perawat rawat inap	Di isi lengkap