

FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080288093
Nama Lengkap : Elis Dida Junca
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 : 193 / F/RM / RSIH / 44 / 2022
No/Kode RM : 3.28 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : - 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)

- disesuaikan dengan kebutuhan akreditasi
- penambahan MMSE

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

Elis Dida Junca, A.Md, Sp.P
5031003/SPP/2770/10/2022

Tanda Tangan
Penerima,

Iva Tania
22/11/22

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
F4 3 ply Bolak Balik			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Ace Revisi		Iva Tania	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
disesuaikan dgn akreditasi	17/11/22 Aceng	pramono languni	22/11/22 Rau
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC	Iva Tania	ACC	22/11/22

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)
Nama :
Tanggal Lahir : (L / W)*
No. RM :
Ruangan/Kelas :
DPJP :
Penjamin :
Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini

Diisi oleh Perawat

Beri tanda (√) pada kolom yang sesuai dengan kondisi pasien

Tanggal dan Jam pasien tiba di ruang perawatan : / / 20 Pukul: : WIB

Masuk dari : ☐ UGD ☐ Unit Rawat Jalan ☐ Unit Kamar Operasi ☐ Unit Intensive

Tanggal dilakukan pengkajian : / / 20 Pukul: : WIB

Pengkajian diambil dari : ☐ Pasien ☐ Orang Lain, nama: Hubungan:

Pasien masuk dengan : ☐ Blankar ☐ Kursi Roda ☐ Digendong ☐ Lain-lain.....

Obat- obatan dari rumah : ☐ Tidak Ada ☐ Ada (*Lihat Formulir Rekonsiliasi Obat Farm*)

Hasil pemeriksaan yang dibawa oleh keluarga:

☐ Tidak ada ☐ Ada

No	Laboratorium	Radiologi	Diagnostik Lain

I. RIWAYAT KESEHATAN

1. Keluhan Utama :

2. Riwayat Kesehatan Sekarang :

Diagnosa masuk :

3. Riwayat Penyakit Dahulu :

a. Pernah dirawat : ☐ Tidak ☐ Ya, bulan/tahun Alasan.....

b. Operasi/tindakan : ☐ Tidak ☐ Ya, bulan/tahun Jenis

c. Riwayat Alergi : ☐ Tidak ☐ Ya, *

d. Tranfusi Darah : ☐ Tidak ☐ Ya, Reaksi.....

4. Riwayat Kehamilan : G..... P..... A..... HPHT..... Haid: Teratur/tidak teratur

5. Ketergantungan terhadap : ☐ Obat-obatan ☐ Rokok ☐ Alkohol ☐ Tidak ketergantungan

6. Riwayat Penyakit Keluarga : ☐ Hipertensi ☐ DM ☐ Asma ☐

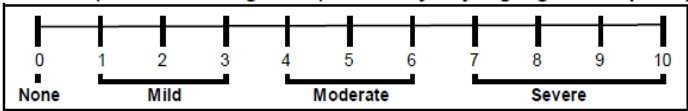
II. PENGKAJIAN NYERI DAN RESIKO JATUH

1. Pengkajian Nyeri

Apakah pasien mengeluh nyeri:

☐ Tidak ☐ Ya, Skor:*) NRS / BPS (lingkari), Lokasi nyeri:

☐ **NRS (Numeric Rating Scale) : Skala nyeri yang digunakan pada pasien yang dapat berhitung dan kooperatif**



SKOR			
0	1 - 3	4 - 6	7 - 10
Tidak Nyeri	Nyeri Ringan	Nyeri Sedang	Nyeri Berat

☐ **BPS (Behavioral Pain Scale) : Skala nyeri yang digunakan pada pasien dengan gangguan komunikasi verbal**

☐ **BPS pada pasien terintubasi**

PARAMETER	SKOR			
	+ 1	+2	+3	+4
Ekpresi Wajah	Relaks/Santai	sedikit mengerut	Mengerut secara penuh	Meringis
Pergerakan ekstremitas atas	Tidak ada pergerakan	sedikit membungkuk	Membungkuk penuh dengan fleksi pada jari	Retraksi permanen
Kompensasi terhadap ventilator	Pergerakan yang menoleransi	batuk dengan pergerakan	melawan ventilator	Tidak mampu mengontrol ventilator
TOTAL SKOR	< 3 = Tidak Nyeri, 4-5 = Nyeri Ringan, 6-11 = Nyeri Sedang, > 12 = Nyeri Berat			

☐ **BPS pada pasien tidak terintubasi**

PARAMETER	SKOR			
	+ 1	+2	+3	+4
Ekpresi Wajah	Relaks/Santai	sedikit mengerut	Mengerut secara penuh	Meringis
Pergerakan ekstremitas atas	Tidak ada pergerakan	sedikit membungkuk	Membungkuk penuh dengan fleksi pada jari	Retraksi permanen
Vocalisation (Suara)	Diam atau tampak tenang	Frekuensi mengerang tidak < 3 menit dan tidak menerus	Frekuensi mengerang tidak > 3 menit dan terus menerus	Berteriak atau menunduk
TOTAL SKOR	< 3 = Tidak Nyeri, 4-5 = Nyeri Ringan, 6-11 = Nyeri Sedang, > 12 = Nyeri Berat			

*Coret yang tidak perlu

5. Hidung

Bentuk	: <input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris
Kebersihan	: <input type="checkbox"/> Bersih	<input type="checkbox"/> Kotor
Nyeri	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Pernapasan cuping hidung	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Perdarahan	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Lain-lain	:	

6. Telinga

Bentuk	: <input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris
Kebersihan	: <input type="checkbox"/> Bersih	<input type="checkbox"/> Kotor
Tinitus	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
sekret	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Lain-lain	:	

7. Mulut

Bentuk	: <input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris	<input type="checkbox"/> Bersih	<input type="checkbox"/> Kotor
Stomatitis	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak		
Gusi	: <input type="checkbox"/> Perdarahan	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Lesi	
Gigi	: <input type="checkbox"/> Caries	<input type="checkbox"/> Karang Gigi	<input type="checkbox"/> Gigi palsu	
Lidah	: <input type="checkbox"/> Bersih	<input type="checkbox"/> Kotor	<input type="checkbox"/> Lesi	
Tonsil	: <input type="checkbox"/> Bengkak	<input type="checkbox"/> Tidak Bengkak		
Sakit menelan	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak		
Lain-lain	:			

8. Leher

Bentuk	: <input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris
Massa	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Pembesaran kelenjar getah bening	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Pembesaran kelenjar tiroid	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Distensi vena jugularis	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Nyeri	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Kaku kuduk	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Lain-lain	:	

9. Dada/Thorax

Bentuk	: <input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris
	<input type="checkbox"/> Barell Chest (Dada Barel)	<input type="checkbox"/> Funnel chest (Dada Corong)
	<input type="checkbox"/> Pigeon Chest (Dada Burung)	
	<input type="checkbox"/> Khyposcoliosis (skapula dan spina berbentuk huruf S)	
Retraksi dada	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Payudara		
Bentuk	: <input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris
Massa	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Nyeri	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Lain-lain	:	
Paru-paru		
Bunyi Pernapasan	<input type="checkbox"/> Vesikuler (Inspirasi lebih panjang dari ekspirasi) <input type="checkbox"/> Bronkial (Ekspirasi lebih panjang dari inspirasi) <input type="checkbox"/> Bronko Vesikuler (inspirasi sama dengan ekspirasi) <input type="checkbox"/> Wheezing (Mengi, suara seperti bersiul) <input type="checkbox"/> Crackles (suara seperti rambut yang digesekan) <input type="checkbox"/> Ronchi (suara terdengar kasar pada saat inspirasi dan ekspirasi) <input type="checkbox"/> Pleura Friction Rub (suara seperti gosokan amplas)	
Pola Pernapasan	<input type="checkbox"/> Teratur/Tidak teratur* <input type="checkbox"/> Bradipnea (frekuensi napas < 12 x/menit) <input type="checkbox"/> Takipnea (frekuensi napas > 20 x/menit) <input type="checkbox"/> Hiperpnea (napas cepat, dalam > 20x/menit) <input type="checkbox"/> Cheyne Stokes (ggn pola napas diselingi apneu) <input type="checkbox"/> Kusmaul (napas cepat, dalam dan sukar bernapas) <input type="checkbox"/> Apnea (tidak bernapas > 20 detik) <input type="checkbox"/> Biot (pola napas yang sangat tidak teratur)	
Jantung		
Irama Jantung	: <input type="checkbox"/> Teratur	<input type="checkbox"/> Tidak teratur
Bunyi Jantung	: <input type="checkbox"/> S1 S2 murni reguler	
	<input type="checkbox"/> Murmur	<input type="checkbox"/> Gallop
	<input type="checkbox"/> Ictus Cordis, lokasi	
	<input type="checkbox"/> Ya, TPM/PPM*	<input type="checkbox"/> Tidak
Bentuk Tulang Belakang		
Bentuk	: <input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris
	<input type="checkbox"/> Skoliosis (tulang belakang melengkung ke arah samping)	
	<input type="checkbox"/> Kifosis (tulang belakang melengkung ke belakang)	
	<input type="checkbox"/> Lordosis (tulang belakang melengkung ke depan)	

10. Abdomen

Bentuk

☐ Simetris

☐ Distensi abdomen

☐ Mual

☐ Asimetris

☐ Ascites

☐ Muntah X

Kembung

☐ Ya

Bising usus

☐ Ada

☐ Ya

Frekuensi X/menit

Hepatomegali

☐ Ya

Massa

☐ Ya

Nyeri

☐ Ya

Turgor kulit

☐ Baik

Stoma

☐ Ada

Vesika UrinarA

☐ Teraba

lain-lain

☐ Tidak ada kelainan

☐ Kontraktur

☐ Normal

☐ cyanosis

☐ Akral, hangat/dingin

☐ Berkeringan

☐ Ya

☐ Tidak

☐ Lesi

☐ Ikterik

☐ CRT :detik

☐ Edema, grade:

☐ Tidak

11. Genitalia

Kebersihan

☐ Bersih

☐ Kotor

Pengeluaran Cairan

☐ Tidak Ada

☐ Ada, jumlah:..... ML

Uretra

☐ Tidak Ada Kelainan

☐ Sekret

☐ Warna

☐ Tidak Terpasang

Alat Bantu Berkemih

☐ Terpasang

☐ Dower/kondom Kateter *Hari ke

☐ Hemoroid

Anus

☐ Tidak Ada Kelainan

☐ Perdarahan

Lain-lain

12. Ekstremitas

Bentuk

☐ Simetris

☐ Asimetris

Persendian

☐ Tidak ada kelainan

☐ Pembengkakan

Kulit

☐ Normal

☐ Lesi

Sirkulasi

☐ Akral, hangat/dingin

☐ Ikterik

☐ CRT :detik

☐ Edema, grade:

☐ Tidak

Menggunakan Alat Bantu

☐ Ya

☐ Tidak

Kekuatan motorik

Kanan						Kiri					
0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

Skala	Parameter
0	Tidak ada kontraksi
1	Hanya terdapat kontraksi otot
2	Ada pergerakan tidak mampu melawan gaya gravitasi
3	Ada pergerakan, hanya mampu melawan gaya gravitasi
4	Mampu melawan gaya gravitasi dan sedikit tahanan
5	Mampu melawan gaya gravitasi dan tahanan yang maksimal

☐ Tidak dapat dikaji karena dalam pengaruh obat (DPO)

IV. KEBUTUHAN DASAR

1. Pola Istirahat dan tidur :

☐ Tenang

☐ Sukar tidur

☐ Tidak merasa segar saat bangun

☐ Tidur sering terbangun

Lama tidur malam : Jam

Hal-hal yang membantu cepat tidur :

☐ Minum susu/teh*

☐ Membaca

☐ Lampu dimatikan

☐ Mendengarkan musik

☐ Lain-lain

2. Makan dan minum

a. Makan : x/hari

☐ Ada pantangan

Diet khusus: ☐ Ya ☐ Tidak

b. Minum : ml/hari, Jenis

3. Eliminasi :

Frekuensi BAK Warna :

Frekuensi BAB Konsistensi : Warna :

V. SKRINING STATUS FUNGSIONAL

1. Pola aktifitas sehari-hari

No	Item yang dinilai	Skor	Nilai
1.	Makan	0 = tidak mampu	
		1 = butuh bantuan memotong, mengoles	
		2 = mandiri	
2.	Mandi	0 = tergantung orang lain	
		1 = mandiri	
3.	Perawatan diri	0 = membutuhkan bantuan orang lain	
		1 = mandiri dalam perawatan muka, gigi dan bercukur	
4.	Berpakaian	0 = tergantung orang lain	
		1 = sebagian dibantu (mis. mengancing baju)	
		2 = mandiri	
5	Buang Air Kecil	0 = inkontinensia atau pakai kateter & tidak terkontrol	
		1 = kadang ikontinensia (maksimal 1 x 24 jam)	
		2 = kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)	
6	Buang Air Besar	0 = ikontinensia (tidak teratur atau perlu enema)	
		1 = kadang ikontinensia (sekali seminggu)	
		2 = kontinensia (teratur)	

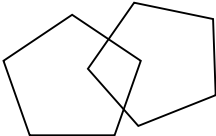
No	Item yang dinilai	Skor	Nilai
7	Pengunaan toilet	0 = tergantung bantuan orang lain	
		1 = buatuh bantuan tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri	
		2 = mandiri	
8	Transfer	0 = tidak mampu	
		1 = butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	
		2 = bantuan kecil (1 orang)	
9	Mobilitas	0 = immobile (tidak mampu)	
		1 = menggunakan kursi roda	
		2 = berjalan dengan bantuan 1 orang	
10	Naik turun tangga	0 = tidak mampu	
		1 = membutuhkan bantuan (alat bantu)	
		3 = mandiri	

Interpretasi hasil

20 : Mandiri

12 - 19 : Ketergantungan ringan 5 - 8 : ketergantungan berat

9 - 11 : Ketergantungan sedang 0 - 4 : ketergantungan total

2. Penglihatan Katarak : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		Bila jawaban ya dan abnormal, kolaborasi dengan DPJP untuk konsul ke mata	
3. Pendengaran Test dengan berbisik,wajah pemeriksa diluar pandangan pasien dengan menanyakan nama pasien : <input type="checkbox"/> Bisa menjawab <input type="checkbox"/> Tidak bisa menjawab dan tidak ada serumen		Bila tidak bisa menjawab, kolaborasi dengan DPJP untuk audiometri	
4. Lengan Test pada lengan proximal dengan meminta pasien mengangkat kedua tangan dan menyentuh belakang kepala atau dengan menyisir rambut <input type="checkbox"/> Dapat melakukannya <input type="checkbox"/> Tidak dapat melakukannya Test pada lengan distal dengan meminta pasien mengangkat benda <input type="checkbox"/> Dapat melakukannya <input type="checkbox"/> Tidak dapat melakukannya Apakah ada nyeri <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Apakah ada gangguan ROM <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		Bila tidak dapat melakukan, tidak ada nyeri dan ada gangguan ROM, kolaborasi dengan DPJP untuk rehabilitasi medik	
5. Kaki Minta pasien bangun dari tempat tidur atau kursi, & berjalan 10 langkah kemudian kembali lagi ke tempat tidur atau kursi <input type="checkbox"/> Dapat melakukannya <input type="checkbox"/> Tidak dapat melakukannya Apakah ada nyeri <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Apakah ada gangguan ROM <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		Bila tidak dapat melakukan, tidak ada nyeri dan ada gangguan ROM, kolaborasi dengan DPJP untuk rehabilitasi medik	
6. Urinari Dapat menahan BAK atau ngompol : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		Bila jawaban tidak, kolaborasi dengan DPJP untuk urologi	
7. Status mental Minta menyebutkan 3 objek, 1 menit kemudian minta pasien untuk menyebutkan ulang ketiga objek tadi <input type="checkbox"/> Dapat menyebutkan <input type="checkbox"/> Tidak dapat menyebutkan		Bila tidak mampu menyebutkan ulang, kolaborasi dengan DPJP tulis di form integrasi	
8. Depresi Apakah pasien merasa : <div><div><input type="checkbox"/> Senang <input type="checkbox"/> Gelisah <input type="checkbox"/> Menangis <input type="checkbox"/> Sedih <input type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Takut terhadap terapi/lingkungan RS</div><div><input type="checkbox"/> Tenang <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Tidak mampu menahan diri <input type="checkbox"/> Marah <input type="checkbox"/> Rendah</div></div>		Bila pasien merasa depresi, kolaborasi dengan DPJP untuk konsul dengan SPKJ, tulis di form integrasi	
9. Keamanan Lingkungan Rumah Apakah terdapat tangga didalam atau diluar rumah : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Apakah penerangan di rumah cukup : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		Edukasi pada pasien/keluarga pasien tentang perlunya pencahayaan yang cukup, tulis di form integrasi	
10. Dukungan sosial spiritual 1. Tinggal bersama <input type="checkbox"/> Orangtua <input type="checkbox"/> Saudara <input type="checkbox"/> Keluarga 2. Menjalankan ibadah <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Kadang-kadang 3. Keyakinan terhadap penyembuhan : 4. Pasien dalam kondisi terminal <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 5. Membutuhkan kehadiran pemuka agama/Rohaniawan <input type="checkbox"/> Ya, Agama..... <input type="checkbox"/> Tidak 6. Keluarga terdekat yang bisa dihubungi 7. Alamat : 8. No. Telp./HP yang dapat dihubungi :			
VI. PEMERIKSAAN STATUS MENTAL MINI (MMSE)			
Item	Tes	Nilai Maksimal	Nilai
	ORIENTASI		
1	Sekarang (Tahun), (Musim), (Bulan), Tanggal), (Hari), apa?	5	
2	Kita berada dimana? (Negara), (Propinsi), (Kota), (Rumah Sakit), (Lantai/Kamar)	5	
	REGISTRASI		
3	Sebutkan 3 buah nama benda (Apel, Meja, Koin), tiap benda 1 detik, pasien disuruh mengulangi ketiga nama benda tadi. Nilai 1 untuk tiap nama benda yang benar. Ulangi sampai pasien dapat menyebutkan dengan benar dan catat jumlah pengulangan	3	
	ATENSI DAN KALKULASI		
4	Kurangi 100 dengan 7. Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau disuruh mengeja terbalik kata "WAHYU" (nilai diberi pada huruf yang benar sebelum kesalahan; misalnya uyahw = 2 nilai)	5	
	MENGINGAT KEMBALI (RECALL)		
5	Pasien disuruh menyebut kembali 3 nama benda diatas (Apel, Meja, Koin)	3	
	BAHASA		
6	Pasien disuruh menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (pensil, buku)	2	
7	Pasien disuruh mengulang kata-kata : "namun", "tanpa", "bila"	1	
8	Pasien disuruh melakukan perintah : "Ambil kertas ini dengan tangan anda, lipatlah menjadi 2 dan letakkan dilantai"	3	
9	Pasien disuruh membaca dan melakukan perintah "Pejamkan mata anda"	1	
10	Pasien disuruh menulis dengan spontan	1	
11	Pasien disuruh menggambar bentuk dibawah ini 	1	
Total		30	
SKOR 24-30 : Normal 17-23 : Probable gangguan Kognitif 0-16 : Definite gangguan kognitif			

VII. SKRINING GIZI

Jika skor total 0-11 konsul ke DPJP/Ahli Gizi)

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 maslah psikologis

F

Indeks Masa Tubuh (IMT)

☐

0 = IMT < 19

☐

1 = IMT 19-<21

☐

2 = IMT 21-<23

☐

3 = IMT ≥23

Total Skor

Keterangan :

Skor skrining (subtotal maksimal 14 poin)

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

12 - 14 poin

8- 11 poin

0 – 7 Poin

: Status gizi normal

: Beresiko malnutrisi → Rujuk ke Ahli Gizi

: Malnutrisi → Rujuk ke Ahli Gizi

*) Penyakit berat yang beresiko terjadi gangguan gizi diantaranya : dirawat di HCU/ICU, penurunan kesadaran, kegawatdaruratan abdomen (Pendarahan, ileus, peritonitis, asites masif, tumor intra abdomen besar, post operasi), gangguan pernafasan berat, keganasan dengan komplikasi, gagal jantung, gagal ginjal kronik, gagal hati, diabetes melitus, atau kondisi sakit berat lain

VIII. IDENTIFIKASI HAMBATAN

1. Tingkat Pendidikan

☐ Tidak Sekolah

☐ SD

☐ SMP

☐ SMA

☐ Perguruan Tinggi

2. Bahasa sehari-hari

☐ Indonesia

☐ Daerah/Asing*):

3. Hambatan Komunikasi

☐ Tidak Ada

☐ Aphasias motorik

☐ Tuli

☐ Aphasias sensorik

4. Pasien membutuhkan pendamping keluarga

☐ Ya

☐ Tidak

5. Gangguan Emosional

☐ Ya

☐ Tidak

6. Gangguan Fungsional

☐ Penglihatan

☐ Pendengaran

☐ Mobilitas menurun

7. Penurunan Fungsi Kognitif

☐ Nyeri

☐ Kelelahan

☐ Dementia

☐ Delirium

☐ Depresi

8. Nilai-nilai Agama yang bertentangan dengan proses opengobatan & perawatan

☐ Tidak

☐ Ya, sebutkan

9. Nilai-nilai Budaya yang bertentangan dengan proses pengobatan & perawatan

☐ Tidak

☐ Ya, sebutkan

10. Pasien/keluarga bersedia menerima informasi (Literasi Kesehatan)

☐ Ya

☐ Tidak

11.

Kesimpulan Identifikasi Hambatan

Metode Edukasi yang akan digunakan untuk mengatasi hambatan

a.

.....

☐ Ceramah

☐ Biblioterapi

☐ Konseling

☐ Demonstrasi

b.

.....

☐ Ceramah

☐ Biblioterapi

☐ Konseling

☐ Demonstrasi

c.

.....

☐ Ceramah

☐ Biblioterapi

☐ Konseling

☐ Demonstrasi

IX. DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

☐ Nyeri

☐ Keselamatan pasien/resiko jatuh

☐ Penanganan nutrisi

☐ Suhu tubuh

☐ Konflik peran

☐ Perawatan diri

☐ Penanganan nutrisi

☐ Perfusi jaringan

☐ Eliminasi

☐ Integritas kulit

☐ Pengetahuan

☐

☐ Tumbuh kembang

☐ Cemas

☐ Mobilitas/aktivitas

☐ Komunikasi

☐ Pola tidur

X. PERENCANAAN PASIEN PULANG

1. Rencana perawatan di rumah

☐ Orang tua

☐ Saudara

☐ Pengasuh

☐

2. Pendidikan kesehatan untuk perawatan lanjutan di rumah : *) ceklis kebutuhan pendidikan kesehatan yang dibutuhkan

☐ Penggunaan obat-obat secara efektif dan aman termasuk potensi efek samping obat

☐ Potensi Interaksi obat dengan obat lain serta dengan makanan

☐ Penggunaan peralatan medis secara efektif & aman

☐ Diet dan nutrisi

☐ Manajemen nyeri

☐ Teknik rehabilitasi medik atau proses penyembuhan penyakit

☐ Pencegahan dan pengendalian infeksi (cuci tangan, dan sebagainya)

☐ Materi Pendidikan Kesehatan lain:

3. Rencana rujukan pendidikan kesehatan berkelanjutan (komunitas promosi kesehatan, dan lain-lain)

☐ Tidak

☐ Ya, Ke.....

Tanggal Pengkajian : Pukul WIB

PPJA

(.....)

Nama Jelas dan Tanda Tangan

Halaman 6/6

143/F/RM/RSIH/XI/2022 (Rev.00)



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