



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080288075
Nama Lengkap : Elis 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 : 148/F/RM/RSIH/XI/2022
No/Kode RM : 7.3 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : -

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

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

Elis Dida Junica, A.Md.Kep
503/10330/SPP.277/Dinkes/2022

Tanda Tangan
Penerima,

TPI 21/11/22
Rani


Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
p4 1 ply Bulat Balik			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc Dilaksanakan			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Acc		 dr. Hendy Yogi Sp.M (K) 503/6838/30.dr.w/Dinkes/2022	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
disesuaikan dgn akreditasi	 Hendy Yogi 17/11/22	Ditandatangani	 Hendy Yogi 21/11/22 Rani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc			

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

		Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)	
		Nama : Tanggal lahir : (L/W)* No. RM : Klinik : DPJP : Penjamin : Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini	
Tanggal Pemeriksaan :		Pasien datang pukul :	
Pasien dilakukan pengkajian pukul :			
Glasgow Coma Scale (GCS) : E M V =			
PEMERIKSAAN FISIK		SKRINING NYERI :	
Tekanan Darah : mmHg Nadi : x/m Pernafasan : x/m Suhu : °C Berat Badan : Kg Tinggi Badan : Cm Lain-lain :		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"/> FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) [0-10] Anak-3 Tahun <input type="checkbox"/> NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) <input type="checkbox"/> BPS (Behaviour Pain Scale) : (Terintubasi/Tidak Terintubasi)*	
Diisi oleh DPJP			
Keluhan	<input type="checkbox"/> Somatik <input type="checkbox"/> Insomnia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Sexual Problem <input type="checkbox"/> Konflik Interpersonal <input type="checkbox"/> Stressor psikososial <input type="checkbox"/> Lainnya	Jelaskan, Jelaskan, Jelaskan, Jelaskan, Jelaskan, Jelaskan, Jelaskan,	
Penampilan	<input type="checkbox"/> Confuse <input type="checkbox"/> Hostile <input type="checkbox"/> Histerikal <input type="checkbox"/> Seduktif <input type="checkbox"/> Apatik	Jelaskan, Jelaskan, Jelaskan, Jelaskan, Jelaskan,	
RTA (Reality Testing Ability)	<input type="checkbox"/> Terganggu <input type="checkbox"/> Tidak Terganggu	Jelaskan, Jelaskan,	
Kesadaran	<input type="checkbox"/> Kompos Mentis <input type="checkbox"/> Menurun <input type="checkbox"/> Berubah	Jelaskan, Jelaskan, Jelaskan,	
Orientasi	<input type="checkbox"/> Waktu <input type="checkbox"/> Tempat <input type="checkbox"/> Personal	Jelaskan, Jelaskan, Jelaskan,	
Pikiran	<input type="checkbox"/> Waham <input type="checkbox"/> Realistic <input type="checkbox"/> Irasional <input type="checkbox"/> Banyak Idea <input type="checkbox"/> Miskin Idea	Jelaskan, Jelaskan, Jelaskan, Jelaskan, Jelaskan,	
Bicara	<input type="checkbox"/> Mutism <input type="checkbox"/> Logorhoe <input type="checkbox"/> Flight of Idea <input type="checkbox"/> Inkoherensi	Jelaskan, Jelaskan, Jelaskan, Jelaskan,	
Persepsi	<input type="checkbox"/> Halusinasi <input type="checkbox"/> Ilusi	Jelaskan, Jelaskan,	

PENGKAJIAN AWAL MEDIS PSIKIATRI

Affek/Mood	:	<input type="checkbox"/> Depresif <input type="checkbox"/> Ansietas <input type="checkbox"/> Panic <input type="checkbox"/> Mood Swings	Jelaskan,..... Jelaskan,..... Jelaskan,..... Jelaskan,.....					
Tingkah laku	:	<input type="checkbox"/> Negativistik <input type="checkbox"/> Agresif <input type="checkbox"/> Hiperaktif <input type="checkbox"/> Hipoaktif	Jelaskan,..... Jelaskan,..... Jelaskan,..... Jelaskan,.....					
Konsentrasi	:	<input type="checkbox"/> Terganggu <input type="checkbox"/> Menurun <input type="checkbox"/> Distraktif	Jelaskan,..... Jelaskan,..... Jelaskan,.....					
Pengenalan Diri	:	<input type="checkbox"/> Impulsivitas <input type="checkbox"/> Agresivitas <input type="checkbox"/> Apatis	Jelaskan,..... Jelaskan,..... Jelaskan,.....					
Interaksi sosial	:	Reciprocal (Timbal Balik) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ada</td> <td>Jelaskan,.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kurang</td> <td>Jelaskan,.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tidak Ada</td> <td>Jelaskan,.....</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Ada	Jelaskan,.....	<input type="checkbox"/> Kurang	Jelaskan,.....	<input type="checkbox"/> Tidak Ada	Jelaskan,.....
<input type="checkbox"/> Ada	Jelaskan,.....							
<input type="checkbox"/> Kurang	Jelaskan,.....							
<input type="checkbox"/> Tidak Ada	Jelaskan,.....							
Psikopatolog Lainnya	:						
Diagnosis	:							
Farmakoterapi	:							
Psikoterapi	:							
Prognosis	:	Quo ad Vitam : ad bonam/ ad malam/ dubia Quo ad Fungsional : ad bonam/ ad malam/ dubia						
Dokter Pemeriksa								
..... Nama Jelas dan Tanda Tangan								



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PENGKAJIAN AWAL MEDIS PSIKIATRI**

146/F/RM/RSIH/XI/2022 (RM 2.2) - Rev.00

1. PENGERTIAN

Formulir pengkajian awal medis psikiatri adalah berkas yang berisikan informasi pasien, pemeriksaan fisik, skrining nyeri, keluhan, penampilan, RTA (reality Testing Ability), kesadaran, orientasi, pikiran, bicara, persepsi, affek/mood, tingkah laku, konsentrasi, pengendalian diri, interaksi sosial, psikopatolog lainnya, diagnosis, farmakoterapi, psikoterapi dan prognosis pada 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.

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 Kejiwaan, Perawat di Unit Rawat Jalan

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh Dokter dan Perawat di Unit Rawat Jalan

6. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
Kolom Identitas Pasien	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.	Perawat/bidan/nakes URJ	Jika stiker tidak tersedia, diisi secara manual
Nama	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran	Perawat/bidan/nakes URJ	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal lahir	Diisi tanggal, bulan dan tahun lahir pasien	Perawat/bidan/nakes URJ	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/bidan/nakes URJ	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
No. RM	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Perawat/bidan/nakes URJ	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.

KLINIK	Diisi Nama Klinik yang dituju	Perawat/bidan/nakes URJ	Diisi dengan menempelkan stiker pasien
DPJP	Diisi nama dokter DPJP yang menangani pasien	Perawat/bidan/nakes URJ	Diisi dengan menempelkan stiker pasien
Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	Perawat/bidan/nakes URJ	Diisi dengan menempelkan stiker pasien
Tanggal	Diisi tanggal, bulan, tahun saat dilakukan pengkajian	Perawat	Di isi lengkap
Pasien datang pukul	Di isi jam saat pasien datang	Perawat/Dokter	Di isi lengkap
Pasien dilakukan pengkajian pukul	Di isi jam saat pasien mulai di lakukan pemeriksaan oleh dokter	Perawat/Dokter	Di isi lengkap
GCS	Diisi nilai skor sesuai hasil pemeriksaan dan dijumlahkan total nilainya	Perawat/Dokter	GCS terdiri dari <i>Eye</i> , <i>Motorik</i> , <i>Verbal</i> dan dijumlahkan Kesadaran dilingkari salah satu tingkat kesadaran sesuai hasil pemeriksaan atau dicoret yang tidak sesuai dari hasil pemeriksaan
Pemeriksaan fisik	Di isi hasil tanda-tanda vital	Perawat/Dokter	Diisi hasil tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu, SpO2, berat badan, tinggi badan dan lain-lain jika ada
Pengkajian nyeri	Di beri tanda √ pada salah satu metode pengkajian nyeri yang digunakan	Dokter	Jika ada maka di isi skala nyeri dan lokasi nyerinya
Keluhan	Di beri tanda √ pada salah satu kolom sesuai hasil pemeriksaan dan jelaskan	Dokter	Di isi lengkap
Penampilan	Di beri tanda √ pada salah satu kolom sesuai hasil pemeriksaan dan jelaskan	Dokter	Di isi lengkap
RTA (Reality Testing Ability)	Di beri tanda √ pada salah satu kolom sesuai hasil pemeriksaan dan jelaskan	Dokter	Di isi lengkap
Kesadaran	Di beri tanda √ pada salah satu kolom sesuai	Dokter	Di isi lengkap

	hasil pemeriksaan dan jelaskan		
Orientasi	Di beri tanda √ pada salah satu kolom sesuai hasil pemeriksaan dan jelaskan	Dokter	Di isi lengkap
Pikiran	Di beri tanda √ pada salah satu kolom sesuai hasil pemeriksaan dan jelaskan	Dokter	Di isi lengkap
Bicara	Di beri tanda √ pada salah satu kolom sesuai hasil pemeriksaan dan jelaskan	Dokter	Diisi lengkap
Persepsi	Di beri tanda √ pada salah satu kolom sesuai hasil pemeriksaan dan jelaskan	Dokter	Diisi lengkap
Affek/Mood	Di beri tanda √ pada salah satu kolom sesuai hasil pemeriksaan dan jelaskan	Dokter	Diisi lengkap
Tingkah laku	Di beri tanda √ pada salah satu kolom sesuai hasil pemeriksaan dan jelaskan	Dokter	Diisi lengkap
Konsentrasi	Di beri tanda √ pada salah satu kolom sesuai hasil pemeriksaan dan jelaskan	Dokter	Diisi lengkap
Pengendalian Diri	Di beri tanda √ pada salah satu kolom sesuai hasil pemeriksaan dan jelaskan	Dokter	Diisi lengkap
Interaksi Sosial	Di beri tanda √ pada salah satu kolom sesuai hasil pemeriksaan dan jelaskan	Dokter	Diisi lengkap
Psikopatolog Lainnya	Diisi sesuai hasil pemeriksaan patologi psikis lainnya	Dokter	Diisi lengkap
Diagnosis	Ditulis masalah/diagnosa dari hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Farmakoterapi	Diisi farmakoterapi yang diberikan kepada pasien		
Psikoterapi	Diisi tindakan psikoterapi yang diberikan kepada pasien	Dokter	Diisi lengkap
Prognosis	Dipilih salah satu dari hasil pemeriksaan	Dokter	Di isi lengkap

Dokter pemeriksa/DPJP	Diberi tandatangan dan cap dokter	Dokter	Di isi lengkap
--------------------------	--------------------------------------	--------	----------------