

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14100285045
 Nama Lengkap : Lia Sulawati
 Unit/Divisi/Komite : Kamar operasi
 No. Telepon/Ext : 1201
 E-mail : Lia.Sulawati.2512@gmail.com

Tanggal : 20-09-2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru (revisi 01)
 No/Kode Formulir : 034 R/RM/RSIH/2022
 No/Kode RM : 4.1 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- :

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 5
 Buffer stock : 5
 Proses PO : 2 minggu
 Waktu :

Paraf
a.2

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir (pengkasan pra bedah)
 (data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 perubahan NO. RM

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 Kertas 74

Tanda Tangan
Pemohon,

Lia Sulawati

Tanda Tangan
Penerima,

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069








Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
74 1 Ph		a.2	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc, Bensi		Depi R. Setiawan NIP. 14080281136	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
ACC Bensi		Rani Setia Utami	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
pengantian no RM	Amf Aceng	no form disesuaikan kembali	Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC	Rani Setia Utami	ACC	dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

	Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)	
	Nama	:
	Tanggal Lahir	:
	No. RM	:
	Ruangan/Kelas	:
	DPJP	:
	Penjamin	:
Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini		
SUBYEKTIF		
Tanggal Pengkajian pra bedah : / /20 Jam :		
Fasilitas ruang perawatan : HCU / ICU / Ruang : 3 / 2 / 1 VIP / VVIP Kamar/Bed : /		
Riwayat Operasi Dahulu : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Jenis Operasi _____ Kapan _____ Di _____ Hasil PA _____		
Diagnosa pra bedah : _____		
Keluhan pasien : _____		
Status bedah : Elektif / Cito / Gawat Darurat / ODS / Rawat Inap*		
Penyakit yang pernah di derita : Asma <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak , Diabetes : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Alergi : Obat <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
OBYEKTIF		
Keadaan umum : _____		
BB : _____ Kg, TB : _____ cm, LPT : _____ m ² Kesadaran : CM, Somnolen, Koma GCS : _____		
TD : _____ mmHg, HR : _____ /min, RR : _____ /min Temp : _____ °C		
Warna Kulit : Normal / Pucat / Sianosis		
Laboratorium : _____		
Sistem Persyarafan* : _____		Sistem Perkemihan* : _____
Sistem Gastrointestinal* : _____		Sistem Metabolisme* : _____
Sistem Pernafasan* : _____		Sistem Muskuloskeletal* : _____
Sistem Kardiovaskuler* : _____		Kondisi Komorbid (incl. Significant preop. Prosedur) : _____
PENGKAJIAN		
SKALA NYERI		
     		
Tidak Nyeri Nyeri ringan Nyeri mengganggu Nyeri menyusahkan Nyeri hebat Nyeri sangat hebat		
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Nyeri : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Skala Nyeri : _____		
Metode Pengkajian nyeri: <input type="checkbox"/> NRS (Numeric Rating Scale) <input type="checkbox"/> FLACC (face, legs, Activity, Cry, Consolability)		
<input type="checkbox"/> WBF (Wong Baker Face) <input type="checkbox"/> NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)		
<input type="checkbox"/> BPS (Behaviour Pain Scale) : (Terintubasi / Tidak Terintubasi)*		
Diagnosa : _____		
PERENCANAAN		
Perencanaan Kerja : _____		
Pengobatan : _____		
Pemeriksaan Lanjutan : _____		
Edukasi : _____		
Dokter Bedah		
(.....)		
Tandatangan dan Nama Jelas		

FORMULIR PENGKAJIAN PRA BEDAH



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama :
 Tanggal Lahir : (L / W)
 No. RM :
 Ruangan/Kelas :
 Dokter yang merawat :
 Penjamin :

Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini

SUBYEKTIF

Tanggal Pengkajian pra bedah : / / 20.....
 Fasilitas ruang perawatan : HCU / ICU / Ruangan : 3 / 2 / 1 VIP / VIP Kamar/Bed : /
 Riwayat Operasi Dahulu : ☐ Ya ☐ Tidak
 Jenis Operasi Kapan Di Hasil PA

Diagnosa pra bedah :
 Keluhan pasien :
 Status bedah : Elektif / Cito / Gawat Darurat / ODS / Rawat Inap*
 Penyakit yang pernah di derita : Asma ☐ Ya ☐ Tidak, Diabetes : ☐ Ya ☐ Tidak
 Alergi : Obat ☐ Ya, ☐ Tidak

OBYEKTIF

Keadaan umum :
 BB : Kg, TB : cm, LPT : m², Kesadaran : CM, Somnolen, Koma GCS :
 TD : / mmHg, HR : /min, RR : /min Temp : °C
 Warna Kulit : Normal / Pucat / Sianosis
 Laboratorium :

Sistem Persyarafan* :
 Sistem Gastrointestinal* :
 Sistem Perkemihan* :
 Sistem Metabolisme* :

Sistem Pernafasan* :
 Sistem Kardiovaskuler* :
 Sistem Muskuloskeletal* :
 Kondisi Komorbid (incl. Significant preop. Prosedur) :

PENGKAJIAN

SKALA NYERI

Tidak Nyeri
 Nyeri ringan
 Nyeri mengganggu
 Nyeri menyusahkan
 Nyeri hebat
 Nyeri sangat hebat

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nyeri : ☐ Ya ☐ Tidak Skala Nyeri :
 Metode Pengkajian nyeri: ☐ NRS (Numeric Rating Scale) ☐ FLACC (face, legs, Activity, Cry, Consolability)
☐ WBF (Wong Baker Face) ☐ NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)
☐ BPS (Behaviour Pain Scale) : (Terintubasi / Tidak Terintubasi)*

Diagnosa :

PERENCANAAN

Perencanaan Kerja :
 Pengobatan :
 Pemeriksaan Lanjutan :
 Edukasi :

Dokter Spesialis Bedah

(.....)



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PENGKAJIAN PRA BEDAH
034/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.01)**

1. PENGERTIAN

Formulir assesmen pra bedah adalah berkas berisikan informasi mengenai diagnosa pra bedah, keluhan pasien, status bedah, prnyakit yang pernah diderita, alergi, diabetes, keadaan umum, sistem persarafan, sistem gastrointestinal, sistem pernapasan, nyeri dan perencanaan yang akan dilakukan untuk pasien dari Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).

2. TUJUAN

Untuk mengetahui status kesehatan dan kondisi pasien sebelum dilakukan tindakan pembedahan oleh DPJP.

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan sebagai dasar untuk persiapan dilakukannya tindakan pembedahan.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
- b. Distribusi Form Pemberian Informasi akan diberikan kepada semua unit pelayanan dan keperawatan yang memberikan tindakan medik kedokteran

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Form Pemberian Informasi diisi oleh DPJP
- b. Pengisian Identitas pasien Form Pemberian Informasi diisi oleh Perawat atau Petugas Kesehatan lainnya atau ditempel dengan stiker label pasien

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)		
Nama	Diisi nama Lengkap pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tgl Lahir L / W	Diisi tanggal lahir, lingkari salah satu hurup L/W dipilih salah satu yang sesuai dengan pengkajian	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien diperiksa/ dirawat	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Dokter yang merawat	Diisi nama dokter yang merawat pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Subyektif		
Tanggal asesmen pra bedah	Diisi tanggal assesmen pra bedah dilakukannya pengkajian oleh DPJP	Perawat/Tenaga kesehatan lain/DPJP
Pasilitas ruang perawatan	Lingkari nama ruangan tempat pasien di rawat beserta tulis kamar dan bed nya	Perawat/Tenaga kesehatan lain/DPJP
penjamin	Lingkari nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Perawat/Tenaga kesehatan lain/DPJP
Diagnosa pra bedah	Diisi diagnosa pasien pada saat dilakukan pengkajian oleh DPJP	DPJP

Keluhan pasien	Diisi keluhan yang dirasakan oleh pasien	DPJP
Status bedah	Lingkari salah satu status tindakan pembedahan	DPJP
Penyakit yang pernah di derita	Diisi riwayat penyakit yang pernah diderita oleh pasien dengan tandan Ceklis √ YA atau Tidak	DPJP
alergi	Diisi alergi obat yang diderita oleh pasien dengan tandan Ceklis √ YA atau Tidak	DPJP
Diabetes	Diisi dengan tanda Ceklis √ YA atau Tidak	DPJP
Obyektif		
Keadaan umum	Diisi keadaan umum pasien saat dilakukan pengkajian	DPJP
BB, TB, Kesadaran	Diisi berat badan, tinggi badan dan untuk kesadaran pasien di lingkari salah satu sesuai dengan hasil pengkajian	DPJP
TD, HR, RR, Temp	Diisi tanda-tanda vital pasien	DPJP
Warna kulit	Diisi warna kulit pasien dengan melingkari salah satu pilihan yang tersedia	DPJP
laboratorium	Diisi hasil laboratorium pasien	DPJP
Sistem persarafan	Diisi hasil pengkajian pada sistem persarafan pasien	DPJP
Sistem gastrointestinal	Diisi hasil pengkajian pada sistem pencernaan pasien	DPJP
Sistem perkemihan	Diisi hasil pengkajian pada sistem perkemihan pasien	DPJP
Sistem metabolisme	Diisi hasil pengkajian pada sistem metabolisme pasien	DPJP
Sistem pernapasan	Diisi hasil pengkajian pada sistem pernapasan pasien	DPJP
Sistem kardiovaskuler	Diisi hasil pengkajian pada sistem kardiovaskuler pasien	DPJP
Sistem muskuloskeletal	Diisi hasil pengkajian pada sistem muskuloskeletal pasien	DPJP
Kondisi komorbid	Diisi status komorbid pasien	DPJP
Pengkajian		
Nyeri	Diisi dengan memberi tanda ceklis √ pada salah satu pilihan yang tersedia termasuk skala nyeri sesuai dengan hasil pemeriksaan	DPJP
Metode assesmen nyeri	Diisi dengan memberi tanda ceklis √ pada salah satu pilihan yang tersedia	DPJP
Diagnosa	Diisi dengan diagnosa pasien setelah dilakukan pengkajian	DPJP
Perencanaan		
Perencanaan kerja	Diisi rencana tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien	DPJP
Pengobatan	Diisi obat yang diberikan kepada pasien	DPJP
Pemeriksaan lanjutan	Diisi pemeriksaan lanjutan yang akan dilakukan kepada pasien	DPJP
edukasi	Diisi informasi yang diberikan kepada pasien oleh DPJP	DPJP
Tanda tangan	Diisi nama jelas dan tanda tangan Dokter Spesialis Bedah	DPJP



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR ASSESMENT PRA BEDAH**
XXX/F/RM/RSIH/XII/2021 (Rev.01)

Pengkajian

sesuaikan dg tda

sesuai

1. PENGERTIAN

Formulir assesment pra bedah adalah berkas berisikan informasi mengenai diagnosa pra bedah, keluhan pasien, status bedah, prnyakit yang pernah diderita, alergi, diabetes, keadaan umum, sistem persarafan, sistem gastrointestinal, sistem pernapasan, nyeri dan perencanaan yang akan dilakukan untuk pasien dari Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).

2. TUJUAN

Untuk mengetahui status kesehatan dan kondisi pasien sebelum dilakukan tindakan pembedahan oleh DPJP.

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan sebagai dasar untuk persiapan dilakukannya tindakan pembedahan.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
- Distribusi Form Pemberian Informasi akan diberikan kepada semua unit pelayanan dan keperawatan yang memberikan tindakan medik kedokteran

5. MEKANISME PENGISIAN

- Form Pemberian Informasi diisi oleh DPJP
- Pengisian Identitas pasien Form Pemberian Informasi diisi oleh Perawat atau Petugas Kesehatan lainnya atau ditempel dengan stiker label pasien

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)		
Nama	Diisi nama Lengkap pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tgl Lahir L / W	Diisi tanggal lahir, lingkari salah satu huruf L/W dipilih salah satu yang sesuai dengan pengkajian	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien diperiksa/ dirawat	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Dokter yang merawat	Diisi nama dokter yang merawat pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Subyektif		
Tanggal asesmen pra bedah	Diisi tanggal assesment pra bedah dilakukannya pengkajian oleh DPJP	Perawat/Tenaga kesehatan lain/DPJP
Pasilitas ruang perawatan	Lingkari nama ruangan tempat pasien di rawat beserta tulis kamar dan bed nya	Perawat/Tenaga kesehatan lain/DPJP
penjamin	Lingkari nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Perawat/Tenaga kesehatan lain/DPJP
Diagnosa pra bedah	Diisi diagnosa pasien pada saat dilakukan pengkajian oleh DPJP	DPJP