

## FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

### DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080288075  
 Nama Lengkap : Eka Ida Junica  
 Unit/Divisi/Komite : Rawat Jalan  
 No. Telepon/Ext : 1206  
 E-mail : Panit. rawat\_jalan @ rs intanhusada . com

Tanggal : 13 / 09 / 2023

### DATA FORMULIR TERKAIT

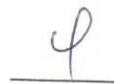
Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan  
 Judul Formulir : Pengkajian awal Terapi Wicara  
 No/Kode Formulir : 164 / F / RM / RSIH / VII / 2023  
 No/Kode RM\*\* : 7.26 (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- :

### Logistik Formulir

(diisi oleh petugas logistik)

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

Paraf



### Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 asesmen awal terapi wicara

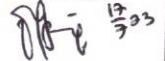
### Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan  
Pemohon,

  
 Eka Ida Junica, A.M.Kep  
 BIDAN KEPERAWATAN

Tanda Tangan  
Penerima,

  
 17/9/23

**Rani Setia Utami**

NIP. 15070293069

### Masukan/Saran

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

Logistik

TM IPY BAK - BAK

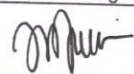
Tanda Tangan



Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung

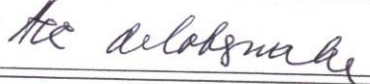
ACC Dilaksanakan

Tanda Tangan



Panitia Rekam Medik\*\*

Tanda Tangan

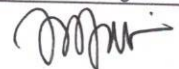




Unit/Divisi/Komite

Pelmed ACC dilaksanakan

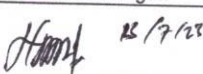
Tanda Tangan



Rekam Medik\*\*

Tanda Tangan

penomoran sudah dilaksanakan

 12/9/23

Kesekretariatan

Ditandatangani

Tanda Tangan

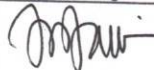
  
 Rani Setia Utami

NIP. 15070293069

Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan\*\*

Tanda Tangan

ACC dilaksanakan



Direktur

ACC

Tanda Tangan

  
 drg. Muhammad Hasan, MARS

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

001/F/SEKRE/RSIH/IX/2022 (Rev.01)

Minta ditambah part terapi wicara-hy

**Identitas Pasien (Diisi oleh PPA)**

Nama : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ (L / P)\*  
 No. RM : \_\_\_\_\_  
 Ruangan/Kelas : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 DPJP : \_\_\_\_\_  
 Penjamin : \_\_\_\_\_

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

(Diisi oleh Profesional Pemberi Asuhan)

**DATA DIRI**

Status anak dalam keluarga : \_\_\_\_\_  
 Anak ke : \_\_\_\_\_  
 Alamat : \_\_\_\_\_

**DATA ORANG TUA / WALI****I. Ayah**

Nama : \_\_\_\_\_  
 Umur : \_\_\_\_\_  
 Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
 Agama : \_\_\_\_\_  
 Suku Bangsa : \_\_\_\_\_

**II. Ibu**

Nama : \_\_\_\_\_  
 Umur : \_\_\_\_\_  
 Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
 Agama : \_\_\_\_\_  
 Suku Bangsa : \_\_\_\_\_

**RUJUKAN**

Alasan datang ke Pelayanan Terapi : \_\_\_\_\_  
 Wicara RS Intan Husada Garut : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Riwayat terapi sebelumnya : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**RIWAYAT KEHAMILAN DAN KELAHIRAN****RIWAYAT SETELAH KELAHIRAN****RIWAYAT PERKEMBANGAN MOTORIK**

- Tengkurap \_\_\_\_\_ bulan
- Merangkak \_\_\_\_\_ bulan
- Duduk \_\_\_\_\_ bulan
- Berdiri \_\_\_\_\_ bulan
- Berjalan \_\_\_\_\_ bulan

Keterangan lain : \_\_\_\_\_

**RIWAYAT PERKEMBANGAN BAHASA BICARA**

- Reflek Vocalization \_\_\_\_\_ bulan
- Babbling \_\_\_\_\_ bulan
- Lalling \_\_\_\_\_ bulan
- Echolalia \_\_\_\_\_ bulan
- True Speech \_\_\_\_\_ bulan

Keterangan lain : \_\_\_\_\_

**PENGKAJIAN AWAL TERAPIS WICARA**

RIWAYAT PERILAKU ANAK  
DAN HUBUNGAN SOSIAL

- 1 Perilaku anak di sekolah/lingkungan anak tinggal (rumah)  
 .....  
 .....
- 2 Perilaku anak yang tidak normal  
 .....  
 .....
- 3 Kegiatan orang tua di masyarakat  
 .....  
 .....
- 4 Hubungan orang tua dengan anak  
 .....  
 .....

## RIWAYAT KELUARGA

- 1 Kesehatan keluarga  
 .....  
 .....
- 2 Bahasa yang dipergunakan  
 .....  
 .....
- 3 Kemungkinan adanya kelainan bahasa bicara dalam keluarga  
 .....  
 .....
- 4 Tanggapan keluarga terhadap kelainan bahasa bicara anak  
 .....  
 .....

## SARAN

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Tanggal Pengkajian : Garut, .....

Nama Terapis Wicara	Paraf



## TATA CARA PENGISIAN FORMULIR PENGKAJIAN AWAL TERAPIS WICARA

164/F/RM/RSIH/VII/2023 (RM 7.26) - Rev.00

### 1. PENGERTIAN

Formulir Pengkajian Awal Terapis Wicara adalah bukti tertulis tentang proses pelayanan terkait tindakan awal mengumpulkan dan mengidentifikasi informasi data pribadi, data orangtua, riwayat kehamilan dan kelahiran, riwayat setelah kelahiran, riwayat perkembangan motorik, , riwayat perkembangan bahasa bicara, riwayat perilaku anak dan hubungan sosial serta riwayat keluarga untuk dilakukan pencatatan pada rekam medis pasien.

### 2. TUJUAN

Sebagai dokumentasi tertulis yang berisikan tentang perencanaan kegiatan asuhan pasien pada saat awal untuk menentukan asuhan selanjutnya.

### 3. KEGUNAAN

Formulir Pengkajian Awal Terapis Wicara digunakan untuk perencanaan kegiatan asuhan pasien pada saat awal untuk menentukan asuhan selanjutnya.

### 4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Dokter Rehabilitasi Medik, Terapis Wicara
- b. Distribusi Form Pengkajian Awal Terapis Wicara akan diberikan Di Unit Rawat Jalan

### 5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Form Pengkajian Awal Terapis Wicara diisi oleh Terapis Wicara sebagai PPA
- b. Pengisian Identitas pasien Form Pengkajian Awal Terapis Wicara diisi oleh Terapis Wicara atau ditempel dengan stiker label pasien

### 6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
<b>Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)</b>		
Nama	Diisi nama Lengkap	Terapis Wicara
Tgl Lahir L /P	Diisi tanggal lahir, L/P dipilih salah satu yang sesuai	Terapis Wicara
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Terapis Wicara
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien diperiksa/ dirawat	Terapis Wicara
Dokter yang merawat	Diisi nama dokter yang merawat pasien	Terapis Wicara

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Terapis Wicara
<b>Data Diri</b>	Diisi Status anak dalam keluarga, Anak keberapa dan alamat	Terapis Wicara
<b>Data Orangtua</b>	Diisi data ayah dan ibu yang terdiri Nama Umur,Pekerjaan,Agama, Suku Bangsa	Terapis Wicara
<b>Rujukan</b>	Diisi Alasan datang ke Pelayanan Terapi Wicara RS Intan Husada Garut dan Riwayat terapi sebelumnya	Terapis Wicara
<b>Riwayat kehamilan dan kelahiran</b>	Diisi riwayat yang dialami selama hamil sd melahirkan	Terapis Wicara
<b>Riwayat setelah kelahiran</b>	Diisi riwayat yang dialami selama kelahiran sampai datang ke RSIH	Terapis Wicara
<b>Riwayat Perkembangan Motorik</b>	Diisi riwayat perihal perkembangan motorik anak	Terapis Wicara
<b>Riwayat Perkembangan Bahasa Bicara</b>	Diisi riwayat perihal perkembangan bahasa bicara anak	Terapis Wicara
<b>Riwayat Perilaku anak dan hubungan sosial</b>	Diisi bagaimana perilaku anak : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perilaku anak di sekolah/lingkungan anak tinggal (rumah)</li> <li>- Perilaku anak yang tidak normal</li> <li>- Kegiatan orang tua di masyarakat</li> <li>- Hubungan orang tua dengan anak</li> </ul>	Terapis Wicara
<b>Riwayat Keluarga</b>	Diisi bagaimana riwayat keluarga terkait : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesehatan keluarga</li> <li>- Bahasa yang dipergunakan</li> <li>- Kemungkinan adanya kelainan bahasa bicara dalam keluarga</li> <li>- Tanggapan keluarga terhadap kelainan bahasa bicara anak</li> </ul>	Terapis Wicara
<b>Saran</b>	Saran dari Terapis Wicara (PPA) terkait hasil pengkajian awal yang dilakukan	Terapis Wicara
<b>Tanggal Pengkajian</b>	Diisi tanggal pada saat dilakukan pengkajian	Terapis Wicara
<b>Nama Terapis dan Paraf</b>	Diisi nama jelas dan paraf serta membubuhkan cap dengan SIP	Terapis Wicara