

FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

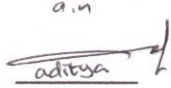
DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 21090297588
Nama Lengkap : RAHMADHAN RAMADHAN
Unit/Divisi/Komite : D21
No. Telepon/Ext : 2302
E-mail : ramadhanramadhan@gmail.com

Tanggal : 03-10-2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
No/Kode Formulir : 085/F/RM/RSIH/11/2022 (REV-03)
No/Kode RM : 11-1 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 3
Formulir sering guru Anas

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama : 4	
Buffer stock : 5	
Proses PO : 2 minggu	
Waktu :	
Paraf a.m	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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


Korosi mengikut template form RSIH yg baru
disesuaikan dengan standar SKIKAS

Komponen Perubahan

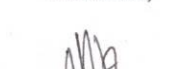
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Instrumen tetap sama pphs, hanya mengubah
template formulir RSIH yg baru

Tanda Tangan
Pemohon,

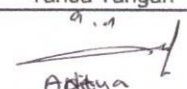
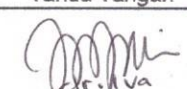
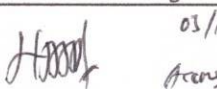
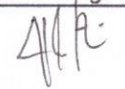
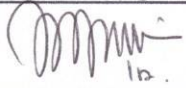


Rahmadhan Ramadhan, S.Gz
SIP: No. 505/10659/SIPTGz.12/Dinkes/2022

Tanda Tangan
Penerima,


dr. Muhammad Hasan

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
FYIPLY		 Aditya	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC Dilaksanakan Revisi minor terlampir.		 dr. Muhammad Hasan	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Pengaduan no RM	 03/10/22 Anas	ditindaklanjuti	 dr. Muhammad Hasan
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC	 dr. Muhammad Hasan	ACC	 dr. Muhammad Hasan, MARS

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021(Rev.00) 1110183633



Identitas Pasien (diisi Oleh Ahli Gizi)
Nama :
Tanggal Lahir : (L / W) *
No. RM :
Diagnosis Medis :
Ruangan/Kelas : /
DPJP :
Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

**FORMULIR SKRINING GIZI ANAK
PEDIATRIC YORKHILL MALNUTRITION SCORE (PYMS)**

Berat Badan		kg		SKOR
Tinggi Badan		cm		
IMT		Z-score IMT/U	z-score BB/U	
kg/m ²		SD	SD	
Step 1	Apakah BMI berada dibawah standar acuan ?	Tidak		<input type="checkbox"/> 0
		Ya		<input type="checkbox"/> 2
Step 2	Apakah akhir-akhir ini anak mengalami penurunan BB ?	Tidak		<input type="checkbox"/> 0
		Ya		<input type="checkbox"/> 1
		- Kehilangan BB yang tidak diharapkan - Baju terasa longgar - Penambahan BB yang rendah(jika < 2th)		
Step 3	Apakah 1 minggu terakhir anak mengalami penurunan asupan makan ?	Tidak		<input type="checkbox"/> 0
		Asupan makan seperti biasa		<input type="checkbox"/> 1
		Ya	Mengalami penurunan asupan makan untuk 1 minggu terakhir	
Step 4	Akankah kebutuhan gizi anak dipengaruhi oleh kondisi anak untuk kurang lebih 1 minggu ke depan ?	Ya		<input type="checkbox"/> 2
		Tidak ada asupan (atau asupan sangat sedikit)		<input type="checkbox"/> 1
		Ya	Untuk 1 minggu ke depan : • Mengalami penurunan asupan dan atau • Mengalami peningkatan kebutuhan dan atau • Mengalami peningkatan kehilangan	
Step 5	Jumlahkan skor keseluruhan	Tidak		<input type="checkbox"/> 0
		Ya	Tidak ada asupan (atau asupan sangat sedikit) untuk 1 minggu ke depan	<input type="checkbox"/> 2
Total Skor PYMS				

Skor 0 = Ulangi skrining dengan PYMS dalam 1 minggu
Skor > 1 = Ulangi skrining dengan PYMS dalam 3 hari
Skor ≥ 2 = Rujuk ke dietesien untuk di review dan ulangi skrining dengan PYMS dalam waktu 1 minggu
BMI rujukan PYMS
(Apabila BMI kurang dari angka yang ditunjukan pada tabel dibawah ini, maka jawab ya untuk step 1)

Age (Years)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Boys	15.0	14.5	14.0	13.5	13.5	13.5	13.5	13.5	13.5	14.0	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0	17.0
Girls	15.0	14.0	13.5	13.5	13.0	13.0	13.0	13.0	13.0	13.5	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0	17.0

Tanggal Pemeriksaan : _____ Ahli Gizi, _____
(.....)
Nama Lengkap & Paraf

SKRINING GIZI ANAK



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR SKRINING GIZI ANAK
085/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.03)**

1. PENGERTIAN

Formulir Skrining Gizi Anak adalah instrumen yang digunakan oleh Ahli Gizi untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko, tidak berisiko malnutrisi atau kondisi khusus sebagai kegiatan skrining lanjutan gizi untuk selanjutnya ditindaklanjuti oleh Ahli Gizi dalam hal ini Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT).

2. TUJUAN

Untuk mengkaji risiko malnutrisi dan malnutisi pada pasien Anak.

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk menggolongkan pasien berdasarkan risiko malnutrisi yang dapat dialami oleh pasien.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Ahli Gizi
- b. Distribusi Formulir Skrining Gizi Anak akan diberikan kepada Ahli Gizi untuk dilakukan skrining gizi lanjutan pada pasien Anak.

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Pengisian Identitas pasien Formulir Skrining Gizi Anak diisi oleh Ahli Gizi atau ditempel dengan stiker label pasien
- b. Skoring dilakukan oleh Ahli Gizi
- c. Pasien yang masuk kategori usia anak yaitu pasien usia 0-18 tahun.

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien (<i>dapat ditempel stiker identitas pasien</i>)		
Nama	Diisi nama lengkap pasien	Ahli Gizi
Tgl Lahir L /W	Diisi tanggal lahir, L/W dipilih salah satu yang sesuai dengan cara mencoret yang tidak perlu	Ahli Gizi
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Ahli Gizi
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien diperiksa/ dirawat	Ahli Gizi
Diagnosis Medis	Diisi diagnosis medis pasien terbaru pada waktu Skrining Gizi	Ahli Gizi
DPJP	Diisi nama Dokter Penanggungjawab Pelayanan	Ahli Gizi

FORMULIR SKRINING GIZI ANAK PEDIATRIC YORKHILL MALNUTRITION SCORE (PYMS)		
Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Berat Badan	Diisi Berat Badan aktual pasien	Ahli Gizi
Tinggi Badan	Diisi Tinggi Badan aktual pasien	Ahli Gizi
BMI	Diisi hasil perhitungan BMI Yaitu $BMI = \frac{BB\ (kg)}{TB^2(m)}$	Ahli Gizi
z-score IMT/U	Diisi z-score IMT berdasarkan Usia pasien	Ahli Gizi
z-score BB/U	Diisi z-score BB menurut Usia Pasien	Ahli Gizi
Jenis Informasi		
Step 1. Apakah BMI berada di bawah standar acuan ?	Diisi Jawaban dengan acuan tabel yang tersedia di bagian bawah. Jika Tidak Centang skor 0 , jika Ya Centang skor 2	Ahli Gizi
Step 2. Apakah akhir-akhir ini anak mengalami penurunan BB ?	Diisi jawaban centang skor 0 bila tidak mengalami penurunan BB. Centang skor 1 apabila anak mengalami penurunan BB.	Ahli Gizi
Step 3. Apakah 1 minggu terakhir anak mengalami penurunan asupan makan ?	Disi jawaban centang skor 0 bila anak tidak mengalami penurunan asupan, skor 1 bila anak mengalami penurunan asupan makan dan skor 2 bila tidak ada asupan/asupan makan sangat sedikit.	Ahli Gizi
Step 4. Akankah kebutuhan gizi anak dipengaruhi oleh kondisi anak untuk kurang lebih 1 minggu ke depan ?	Diisi centang skor 0 jika kebutuhan gizi anak tidak dipengaruhi oleh kondisi anak untuk kurang lebih 1 minggu ke depan. Centang skor skor 1 jika jawaban ya, skor 2 jika jika jawaban ya dengan tidak adanya asupan /asupan sangat sedikit.	Ahli Gizi
Step 5. Jumlahkan skor keseluruhan	Diisi total skor keseluruhan dari step 1 hingga 4. Skor 0 = Ulangi skrining dengan PYMS dalam 1 minggu Skor > 1 = Ulangi skrining dengan PYMS dalam 3 hari Skor ≥ 2 = Rujuk ke Ahli Gizi untuk di review dan ulangi skrining dengan PYMS dalam waktu 1 minggu	Ahli Gizi
Tanggal Pemeriksaan	Disi tanggal Ahli Gizi saat melakukan skrining gizi.	Ahli Gizi
Paraf	Diisi nama lengkap dan Paraf Ahli Gizi pelaksana skrining gizi.	Ahli Gizi