



FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080288075
Nama Lengkap : Elis Dida Junica
Unit/Divisi/Komite : URS
No. Telepon/Ext : 2113 / 1101
E-mail : karit.rawat - jalan @ rsintanhusada . com

Tanggal : 30 / 08 / 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : PENGKAJIAN AWAL RAWAT JALAN DEWASA
No/Kode Formulir : 006 / R / RM / RSIH / LK / 2022 (REV. 02)
No/Kode RM** : 7.4 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke :

Logistik Formulir
(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 0
Buffer stock : 10
Proses PO : 2 minggu
Waktu :

Paraf

Adit

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Sweeping Formulir dan Pergantian no. RM

Komponen Perubahan

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

no. RM

Tanda Tangan
Pemohon,

Elis Dida Junica, A.Md.Kep
503103301PP.27710101/2022

Tanda Tangan
Penerima,

Yp. 21/11/22
Pani

Masukan/Saran


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

Logistik		Tanda Tangan	
FY 1 phy Bokk Balik		Adit	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC Revisi		Pani	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		AEC	Elis Dida Junica
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Pergantian nomor RM dibuat Fq	Henry AEC	Ditindaklanjuti sesuai dengan revisi peromoran RM	Yp. 21/11/22 Pani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc	Pani	MC	Yp. 21/11/22 Pani

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medik

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

	Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)		
	Nama	:
	Tanggal lahir	:(L/W)*
	No. RM	:	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
	Klinik	:
	DPJP	:
	Penjamin	:
	Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini		

Tanggal :	Pasien datang pukul :	Pasien dilakukan pengkajian pukul :
-----------	-----------------------	-------------------------------------

Pengkajian diambil dari :	<input type="checkbox"/> Pasien	<input type="checkbox"/> Orang Lain, nama :..... Hubungan :.....
---------------------------	---------------------------------	--

Alergi	<input type="checkbox"/> Obat	<input type="checkbox"/> Makanan	<input type="checkbox"/> Lain-lain :
---------------	-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

Keluhan saat ini :	Obat yang dikonsumsi saat ini :
---------------------------	--

ASESMEN RISIKO JATUH (Get Up and Go Test)

a. Perhatikan cara berjalan pasien tidak seimbang/ sempoyongan/ limbung, berjalan menggunakan alat bantu (kruk, tripot, kursi roda, orang lain) :

☐ Ya ☐ Tidak

b. Menopang saat akan duduk : tampak memegang pinggiran kursi/meja/benda lain sebagai penopang pada saat akan duduk :

☐ Ya ☐ Tidak

Hasil :

☐ Tidak berisiko (Tidak ditemukan a dan b)

☐ Risiko rendah (Ditemukan salah satu a dan b)

☐ Risiko tinggi (Ditemukan a dan b)

RIWAYAT KESEHATAN (pengkajian ulang dilakukan setiap 30 hari)

Riwayat Penyakit yang lalu : ☐ Tidak ☐ Ya, Penyakit :

Pernah Dirawat : ☐ Tidak ☐ Ya, Penyakit :

Pernah Dioperasi : ☐ Tidak ☐ Ya, Penyakit :, Jenis Operasi :

Dalam Pengobatan : ☐ Tidak ☐ Ya

STATUS PSIKOLOGIS, SOSIAL, EKONOMI DAN SPIRITUAL (pengkajian ulang dilakukan setiap 30 hari)

Kondisi Pasien : ☐ Tenang ☐ Gelisah ☐ Lain-Lain

Bekerja : ☐ Tidak ☐ Ya, Jelaskan.....

Hambatan Komunikasi : ☐ Tidak ☐ Ada, Jelaskan.....

Tinggal sendiri : ☐ Tidak ☐ Ya

Butuh Pelayanan Kerohanian : ☐ Tidak ☐ Ya, Jelaskan.....

STATUS FUNGSIONAL (Bartel Indeks) (pengkajian ulang dilakukan setiap 30 hari)

Kategori ☐ Mandiri ☐ Ketergantungan Ringan ☐ Ketergantungan Sedang

☐ Ketergantungan Berat ☐ Ketergantungan Total

Menggunakan alat bantu : ☐ Tidak ☐ Ya, sebutkan.....

PENGKAJIAN AWAL INDIVIDUAL (pengkajian ulang dilakukan setiap 30 hari)

Gangguan emosional : ☐ Tidak ☐ Ya, Jelaskan.....

Ketergantungan obat/alkohol : ☐ Tidak ☐ Ya, Jelaskan.....

Korban kekerasan/terlantar : ☐ Tidak ☐ Ya, Jelaskan.....

Menjalani kemoterapi/radiasi : ☐ Tidak ☐ Ya, Jelaskan.....

Penyakit menular : ☐ Tidak ☐ Ya, Jelaskan.....

PEMERIKSAAN FISIK	SKRINING NYERI :
Tekanan Darah : mmHg	Nyeri : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Skala Lokasi :
Nadi : x/m	Metode :
Pernafasan : x/m	<input type="checkbox"/> NRS (Numeric Rating Scale) [0-10] >8 tahun-dewasa
Suhu : °C	<input type="checkbox"/> WBF (Wong Baker Face) [0-10] 3 - 8 tahun
Berat Badan : Kg	<input type="checkbox"/> BPS (Behavior Pain Scale) : (Terintubasi/ Tidak Terintubasi)
Tinggi Badan : Cm	
Lain-lain :	

PENGKAJIAN AWAL RAWAT JALAN DEWASA

*coret yang tidak perlu

SKRINING GIZI (Jika skor total ≥ 2 konsul ke DPJP/Ahli Gizi) (asesmen ulang dilakukan setiap 30 hari) 1. Penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir ? 2. Adakah gangguan makan dan minum ? 3. Menderita sakit berat ?	Nilai		
	Ya (1)	Tidak (0)	
Total Skor			
DIAGNOSIS KEPERAWATAN : <div><div><input type="checkbox"/> Bersihan jalan napas tidak efektif</div><div><input type="checkbox"/> Nyeri akut/kronis</div><div><input type="checkbox"/> Penurunan curah jantung</div><div><input type="checkbox"/> Hipertermi</div><div><input type="checkbox"/> Gangguan keseimbangan cairan</div><div><input type="checkbox"/> Kerusakan integritas kulit</div><div><input type="checkbox"/> Mual</div><div><input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan</div><div><input type="checkbox"/> Lain-lain.....</div></div>			
INTERVENSI KEPERAWATAN : <div><div><input type="checkbox"/> Posisi pasien.....</div><div><input type="checkbox"/> Teknik relaksasi/distraksi*</div><div><input type="checkbox"/> Batuk efektif</div><div><input type="checkbox"/> Cara kompres</div><div><input type="checkbox"/> Minum sesuai kebutuhan</div><div><input type="checkbox"/> Perawatan luka</div><div><input type="checkbox"/> Edukasi</div><div><input type="checkbox"/> Lain-lain.....</div></div>			
KEBUTUHAN EDUKASI <div><div><input type="checkbox"/> Tentang penyakit pasien</div><div><input type="checkbox"/> Mengurangi risiko sedera karena jatuh</div><div><input type="checkbox"/> Cuci tangan dan etika batuk bersin</div><div><input type="checkbox"/> Lain-lain.....</div></div>			
TINDAK LANJUT : *) Beri tanda ✓ pada kolom bila sudah ada instruksi dari Dokter <div><input type="checkbox"/> Pulang</div> <div><input type="checkbox"/> Rawat inap</div> <div><input type="checkbox"/> Rujuk, alasan.....</div>			
<div>Tanda tangan Perawat yang melakukan pengkajian</div> <div>Nama :</div>			
SERAH TERIMA DIISI JIKA PASIEN DI RAWAT INAP			
Tingkat Kesadaran : Tekanan darah : mmHg Nadi : x/mnt		GCS : Pernafasan : Suhu : °C	E : M : V : : x/mnt Spo2 : %
SERAH TERIMA DOKUMEN PENUNJANG			
Dokumen yang diserahkan		Keterangan	
1 EKG <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak			
2 Radiologi <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak			
3 Laboratorium <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak			
4 Rujukan <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak			
5 Lain-lain			
Petugas Rawat Jalan <div>(.....) Nama Jelas dan Tanda Tangan Tanggal :.....Pukul :.....</div>		Petugas Ruangan <div>(.....) Nama Jelas dan Tanda Tangan</div>	



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PENGKAJIAN AWAL RAWAT JALAN DEWASA**

006/F/RM/RSIH/IX/2022 (RM 7.4) - Rev.02

1. PENGERTIAN

Formulir Pengkajian Awal Rawat Jalan Dewasa adalah berkas yang berisikan informasi pasien, anamnesa pemeriksaan fisik, diagnosis, tindakan medis dan keperawatan serta intruksi lanjutan 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 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 status 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 nilai skor kolom nilai dan di hitung total skor	Perawat	Jika di isi kolom nilai Ya diberi skor 1 dan jika Tidak diberi skor 0. Jika skor lebih dari 2 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 diserahkan 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