



# FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

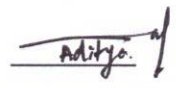
## DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 20030292536  
Nama Lengkap : dr. Iva Tania  
Unit/Divisi/Komite : Pelayanan Medik  
No. Telepon/Ext :  
E-mail : [manajer.pelmed@rsintanhusada.com](mailto:manajer.pelmed@rsintanhusada.com)

Tanggal : \_\_\_\_\_

## DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan  
Judul Formulir : Discharge Planning  
No/Kode Formulir : 072/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.01)  
No/Kode RM\*\* : RM 3.24 (untuk form medis)  
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 1

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	2
Buffer stock :	10
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf an 	

## Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

- hasil revisi survei saat bimbingan PCC harus dicantumkan kriteria pulang pasien.

## Komponen Perubahan

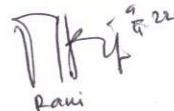
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

- penambahan kriteria klinis boleh pulang
- penambahan tanggal dan jam pengisian form
- penambahan informasi pemberi edukasi dilakukan oleh PPA terkait

Tanda Tangan  
Pemohon,

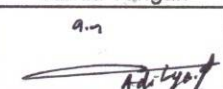
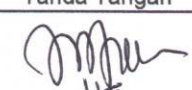
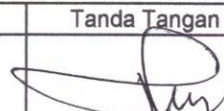
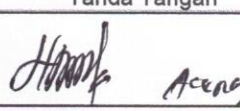
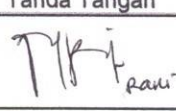
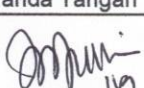
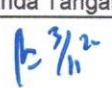


Tanda Tangan  
Penerima,



## Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
FY 1 ply			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc Revisi			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite Medik	Tanda Tangan
			
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
disesuaikan dgn akreditasi		Ditandatangani	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc		Acc	

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama : \_\_\_\_\_  
Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ (L / W)\*  
No. RM : \_\_\_\_\_  
Ruangan/Kelas : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
DPJP : \_\_\_\_\_  
Penjamin : \_\_\_\_\_  
Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

DISCHARGE PLANNING

Diisi oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)

- 1 Informasi tentang penyakit : \_\_\_\_\_
- 2 Perkiraan lama perawatan : \_\_\_\_\_
- 3 Tanggal perencanaan pulang : \_\_\_\_\_
- 4 Rencana perawatan di rumah dilakukan oleh : \_\_\_\_\_
- 5 Rencana transportasi pulang : \_\_\_\_\_

Diisi oleh PPA (Profesional Pemberi Asuhan)

6	Edukasi kesehatan untuk di rumah	Pemberi Edukasi	Tanggal/Pukul	Nama Jelas dan Tanda Tangan
<input type="checkbox"/>	Perawatan diri	Perawat		
<input type="checkbox"/>	Perawatan luka	Perawat/ Dokter		
<input type="checkbox"/>	Perawatan Ibu dan bayi	Perawat/Dokter		
<input type="checkbox"/>	Pemberian Obat	Apoteker		
<input type="checkbox"/>	Aktifitas hidup harian	Perawat/Dokter		
<input type="checkbox"/>	Pemberian minum/NGT	Perawat/Dokter		
<input type="checkbox"/>	Diet	Ahli Gizi		
<input type="checkbox"/>	Latihan gerak/exercise	Fisioterapi/Dokter		
<input type="checkbox"/>	Alat bantu	Fisioterapi/Dokter		
<input type="checkbox"/>	Kriteria Klinis Boleh Pulang	Dokter		
<input type="checkbox"/>	Bebas Febris dalam 24 jam			
<input type="checkbox"/>	Perbaikan Nyeri dalam 24 jam			
<input type="checkbox"/>	Ambulasi/ Kemampuan Berjalan Tanpa Support			
<input type="checkbox"/>	Lepas WSD			
<input type="checkbox"/>	Bladder Training selesai			
<input type="checkbox"/>	Lainnya :			

Garut, ...../...../ ..... Pukul.....  
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

( \_\_\_\_\_ )  
Nama Jelas dan Tanda Tangan

DISCHARGE PLANNING





**TATA CARA PENGISIAN  
FORMULIR DISCHARGE PLANNING  
072/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.01)**

**1. PENGERTIAN**

Formulir Discharge Planning adalah suatu berkas yang berisikan tentang perencanaan kegiatan asuhan pasien pada saat awal masuk rawat inap sampai pasien dinyatakan pulang yang dilakukan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang terdiri dari Dokter, Perawat/ Bidan, Nutrisionis, Fisioterapis dan Farmasi dalam menyelenggarakan asuhan edukasi pasien terintegrasi dalam satu rekam medis yang dilaksanakan secara kolaborasi oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

**2. TUJUAN**

Sebagai dokumentasi tertulis yang berisikan tentang perencanaan kegiatan asuhan pasien pada saat awal masuk rawat inap sampai pasien dinyatakan pulang yang akan dilakukan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang terdiri dari Dokter, Perawat/ Bidan, Nutrisionis, Fisioterapis dan Farmasi

**3. KEGUNAAN**

Formulir Discharge Planning digunakan untuk perencanaan kegiatan asuhan pasien pada saat awal masuk rawat inap sampai pasien dinyatakan pulang.

**4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

- Dokter Penanggung Jawab Pelayanan, Perawat/Bidan, Nutrisinis, Fisisoterapis dan Farmasi
- Distribusi Form Discharge Planning akan diberikan kepada semua unit perawatan di RS Intan Husada

**5. MEKANISME PENGISIAN**

- Form Discharge Planning diisi oleh Dokter (DPJP), Perawat/ Bidan, Nutrisionis, Fisioterapis dan Farmasi
- Pengisian Identitas pasien Form Discharge Planning diisi oleh Perawat/Bidan, Nutrisionis, Fisioterafis dan Farmasi 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	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tgl Lahir L /P	Diisi tanggal lahir, L/P dipilih salah satu yang sesuai	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	Perawat/ Petugas Kesehatan

	pemeriksaan pasien	lainnya
<b>Discharge Planning</b>		
1. Informasi tentang penyakit	Diisi sesuai dengan intruksi assesment diagnosa pada saat skrining awal dari DPJP	DPJP
2. Perkiraan lama perawatan	Diisi sesuai dengan intruksi perkiraan lama perawatan dari DPJP	DPJP
3. Tanggal perencanaan pulang	Diisi sesuai dengan intruksi rencana pulang pada saat awal pasien masuk perawatan oleh DPJP	DPJP
4. Rencana perawatan dirumah dilakukan oleh	Diisi sesuai dengan intruksi DPJP ketika rencana perawatan pasien dirumah dilakukan oleh keluarganya	DPJP
5. Rencana transportasi pulang	Diisi sesuai dengan intruksi DPJP untuk rencana transportasi pulang untuk mengantisipasi keselamatan pasien pada saat pemulangan	DPJP
<b>6. Edukasi Kesehatan untuk di rumah</b>		
Perawatan diri	Disesuaikan dengan kondisi pasien	Perawat
Perawatan luka	Disesuaikan dengan kondisi pasien	Perawat/Dokter
Perawatan Ibu dan Bayi	Disesuaikan dengan kondisi pasien	Perawat/Dokter
Pemberian Obat	Disesuaikan dengan kondisi pasien	Farmasi
Aktifitas hidup harian	Disesuaikan dengan kondisi pasien	Perawat
Pemberian minum/NGT	Disesuaikan dengan kondisi pasien	Perawat
Diet	Disesuaikan dengan kondisi pasien	Gizi
Latihan gerak/exercise	Disesuaikan dengan kondisi pasien	Fisioterapis
Alat bantu	Disesuaikan dengan kondisi pasien	Fisioterapis
<b>Tanggal/Pukul dan Nama, Paraf</b>	Diisi nama jelas dan paraf pelaksana pemberi asuhan pelayanan	DPJP/Perawat/Bidan/Nutrisionis/Fisioterapis/Farmasi