



# FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

## DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080288075  
Nama Lengkap : Elis Dida Junica  
Unit/Divisi/Komite : UPS  
No. Telepon/Ext : 1206 / 1101  
E-mail : kanit.rausaf-zahar@rsintanhusada.com

Tanggal : 24 NOV 2022

## DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan  
Judul Formulir : Penghapusan awal medis ctkr - kl  
No/Kode Formulir : 146 / F / RM / RSIH / XI / 2022  
No/Kode RM\*\* : 7.22 (untuk form medis)  
Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke : -

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	0
Buffer stock :	5
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	

## Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

dibuatkan agar kebutuhan akreditasi

## Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan  
Pemohon,

Tanda Tangan  
Penerima,

Rani Setia Utami  
NIP. 15070293069

## Masukan/Saran


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

Logistik		Tanda Tangan	
FY 1Phy Bolak Balik			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc Dilaksanakan			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Acc	
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
dibuatkan agar akreditasi		Ditandatangani sesuai RTR	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc		Acc	

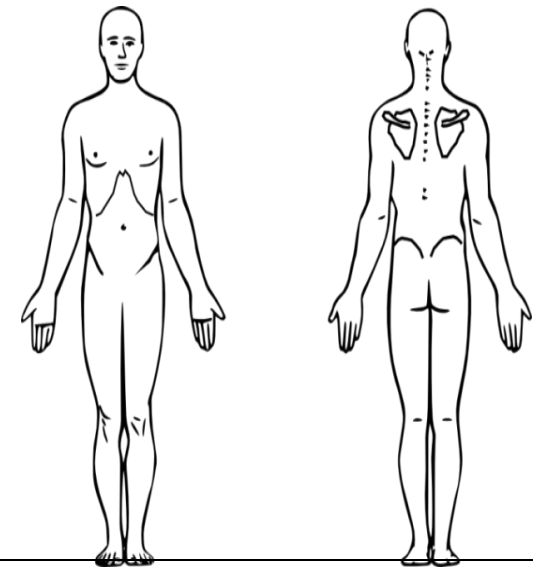
\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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

		<b>Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat/Bidan/Nakes URJ)</b> Nama : _____ Tanggal Lahir : _____ (L / W)* No. RM : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Klinik : _____ DPJP : _____ Penjamin : _____ <i>Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini</i>							
Tanggal : _____		Pasien datang pukul : ..... Pasien dilakukan pengkajian pukul : .....							
<b>ANAMNESIS</b> (Disi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP)	<b>Sumber Informasi :</b> <input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Keluarga , hubungan dengan pasien .....								
<b>KELUHAN UTAMA</b> (Disi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP)		<b>ALERGI</b> (Disi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP)	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Tuliskan ..... .....						
<b>Riwayat Penyakit Sekarang</b> (Disi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP)									
<b>Pengkajian untuk geriatri</b> (Diisi bila pasien usia >60 tahun) 1 Riwayat jatuh <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan..... 2 Gangguan Mobilisasi <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan..... 3 Gangguan BAK <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan..... 4 Gangguan BAB <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan..... 5 Gangguan Nafsu Makan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan..... 6 Gangguan Emosional <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan..... 7 Kontak Penuh <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan..... 8 Gangguan Fungsi Seksual <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan..... 9 Gangguan Pendengaran <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan..... 10 Gangguan Penglihatan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan.....									
<b>Riwayat Penyakit Dahulu</b> (Disi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP)									
<b>Tahun</b>	<b>Penyakit</b>		<b>Terapi</b> (Obat/Pembedahan/Lain-lain)						
<b>Riwayat Penyakit di Keluarga</b> (Disi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP)									
<b>Riwayat Pekerjaan, sosial, ekonomi, kejiwaan dan kebiasaan</b> (Disi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP) (Termasuk riwayat perkawinan, obstetrik, imunisasi, tumbuh kembang)									
<b>PEMERIKSAAN FISIK</b>	<b>TANDA VITAL</b>	Tekanan Darah : mmHg Pernapasan : x/menit Nadi : x/menit Suhu : °C	SPO <sub>2</sub> : % Berat Badan : Kg Tinggi Badan : Cm						
<b>KEADAAN UMUM</b>	<b>GLASGOW COMA SCALE (GCS)</b> E.....M.....V...=.... Compos Mentis / Somnolen / Sopor / Coma  Kontak <input type="checkbox"/> Adekuat <input type="checkbox"/> Tidak Adekuat		<b>PENGKAJIAN NYERI</b> <input type="checkbox"/> NRS <input type="checkbox"/> WBF <input type="checkbox"/> NIPS <input type="checkbox"/> FLACC <input type="checkbox"/> BPS (Terintubasi/Tidak) SKALA : ..... LOKASI NYERI : .....						

PENGKAJIAN AWAL MEDIS RAWAT JALAN THT-KL

KEPALA	(Inspeksi, Palpasi, Neurologi)		
LEHER	(Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi) Kaku kuduk <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	JVP :	KGB :
THORAKS	(Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)	STATUS LOKALIS	
ABDOMEN	(Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)  Hepar..... Lien.....		
EKSTREMITAS	(Inspeksi, Palpasi, Neurologi)		
ANUS/ GENITALIA	(Bila diperlukan)		
PEMERIKSAAN PENUNJANG (Diisi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP)			
DAFTAR MASALAH/DIAGNOSIS (Diisi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP) (Tuliskan masalah/diagnosa dari hasil pemeriksaan di Unit Rawat Jalan)			
RENCANA DAN TERAPI (Diisi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP)			
DIRUJUK KE :		Dokter Pemeriksa/DPJP  (.....)	

PENGKAJIAN AWAL MEDIS RAWAT JALAN



**TATA CARA PENGISIAN  
FORMULIR PENGKAJIAN AWAL MEDIS RAWAT JALAN THT-KL**

**146/F/RM/RSIH/XI/2022 (RM 2.2) - Rev.00**

**1. PENGERTIAN**

Formulir pengkajian awal medis rawat jalan THT-KL adalah berkas yang berisikan informasi pasien, anamnesa, keluhan utama, riwayat alergi, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, keadaan umum, pengkajian nyeri, pemeriksaan penunjang, daftar masalah diagnosis, rencana dan terapi pada pasien-pasien yang dilayani di Unit Rawat Jalan tepatnya di poli THT.

**2. TUJUAN**

Untuk memberikan informasi kepada petugas Unit Rawat Jalan tentang hal-hal yang berkaitan dengan pasien dari segi medis.

**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 THT-KL, perawat di Unit Rawat Jalan

**5. MEKANISME PENGISIAN**

Form diisi oleh dokter dan Perawat di 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, bulan, tahun saat dilakukan pengkajian	Perawat	Di isi lengkap
Pasien datang pukul	Di isi jam saat pasien datang	Perawat/Dokter	Di isi lengkap
Pasien dilakukan pengkajian pukul	Di isi jam saat pasien mulai dilakukan pemeriksaan oleh dokter	Perawat/Dokter	Di isi lengkap
Anamnesis	Di pilih pada salah satu kolom sumber informasi	Dokter	Di isi lengkap
Pasien	Di beri tanda √ jika sumber informasi diambil dari pasien	Dokter	Di isi lengkap
Keluarga, hubungan dengan pasien	Di beri tanda √ jika pengkajian diambil dari keluarga (selain pasien) dan di tuliskan hubungan dengan pasien	Dokter	Di isi lengkap
Keluhan utama	Di isi lengkap dari hasil anamnesa	Dokter	Di isi lengkap
Alergi	Di pilih kolom yang akan di pilih dengan cara di beri tanda √	Dokter	Jika jawaban Ya maka dituliskan jenis alerginya
Riwayat penyakit sekarang	Di isi lengkap dari hasil anamnesa	Dokter	Di isi lengkap
Pengkajian untuk geriatri	Di pilih kolom yang akan di pilih dengan cara di beri tanda √, dan diisi hanya untuk pasien dengan usia > 60 tahun	Dokter	Jika jawaban Ya maka harus diisi penjelasannya
Riwayat penyakit dahulu	Di isi lengkap dari hasil anamnesa	Dokter	Diisi lengkap
Riwayat penyakit keluarga	Di isi lengkap dari hasil anamnesa	Dokter	Diisi lengkap
Riwayat pekerjaan, sosial, ekonomi, keiwaan dan kebiasaan (Termasuk riwayat perkawinan, obstetrik, imunisasi, tumbuh kembang)	Di isi lengkap dari hasil anamnesa	Perawat	Diisi lengkap
Pemeriksaan fisik	Di isi hasil tanda-tanda vital	Perawat/Dokter	Diisi hasil tekanan darah, pernafasan,

			nadi, suhu, SpO2, berat badan, tinggi badan
Keadaan umum	Di isi hasil penilain GCS, tingkat kesadaran	Perawat/Dokter	GCS terdiri dari <i>Eye</i> , <i>Motorik</i> , <i>Verbal</i> dan dijumlahkan Kesadaran dilingkari salah satu tingkat kesadaran sesuai hasil pemeriksaan atau dicoret yang tidak sesuai dari hasil pemeriksaan
Pengkajian nyeri	Di beri tanda √ pada salah satu metode pengkajian nyeri yang digunakan	Dokter	Jika ada maka di isi skala nyeri dan lokasi nyerinya
Kelapa	Di isi dari hasil pemeriksaan kepala dengan cara inspeksi, palpasi, neurologi	Dokter	Di isi lengkap
Leher	Di isi dari hasil pemeriksaan leher dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi	Dokter	Diberi tanda √ pada hasil pemeriksaan kaku kuduk
JVP	Di isi dari hasil pemeriksaan	Dokter	Di isi lengkap
KGB	Di isi dari hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Thoraks	Di isi dari hasil pemeriksaan thoraks dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi	Dokter	Diisi lengkap
Status lokasis	Di isi dengan cara diberi lingkaran tanda gambar di kolom status lokalis	Dokter	Diisi lengkap
Abdomen	Di isi dari hasil pemeriksaan abdomen dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi	Dokter	Diisi lengkap
Ekstremitas	Di isi dari hasil pemeriksaan ekstremitas dengan cara inspeksi, palpasi, neurologi	Dokter	Diisi lengkap
Anus/genetalia	Di isi jika pasien dilakukan pemeriksaan di bagian Anus/genetalia	Dokter	Diisi lengkap
Pemeriksaan penunjang	Ditulis hasil pemeriksaan penunjang	Dokter	Diisi lengkap
Daftar masalah diagnosis	Ditulis masalah/diagnosa dari hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Rencana dan terapi	Ditulis lengkap sesuai hasil pemeriksaan untuk rencana dan terapi yang akan diberikan	Dokter	Diisi lengkap

Dirujuk ke	Ditulis jika pasien dirujuk ke fanyankes lain	Dokter	Di isi lengkap
Dokter pemeriksa/DPJP	Diberi tandatangan dan cap dokter	Dokter	Di isi lengkap