

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 : manaier.pelmed@rsintanhusada.com

Tanggal : _____

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
 Judul Formulir : Pengkajian Awal Medis Rawat Inap
 No/Kode Formulir : 060/F/RM/RSIH/IX/2022
 No/Kode RM** : RM 3.4 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : VIII Revisi ke- : 02

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	0
Buffer stock :	10
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf 	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

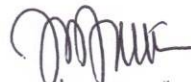
- Penyesuaian besar kolom masing-masing isian (status lokalis, discharge planning dan care planning)

Komponen Perubahan

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

- space kolom status lokalis diperkecil
 - space kolom care planning diperbesar
 - kolom lainnya menyesuaikan

Tanda Tangan
Pemohon,

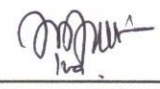
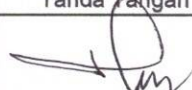
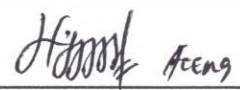
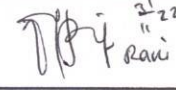
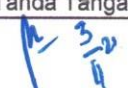

Iva Tania

Tanda Tangan
Penerima,


Rani

Masukan/Saran

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

Logistik			Tanda Tangan
FY 1 Phy Bolak Balik			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung			Tanda Tangan
ACC			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite Medik	Tanda Tangan
			
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
disevaluasi dan akreditasi		Stekaulang	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC		ACC	

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medik

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

**Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat/Bidan)**

Nama : _____
 Tanggal Lahir : _____ (L / W)*
 No. RM :

--	--	--	--	--	--

 Ruangan/Kelas : _____ / _____
 DPJP : _____
 Penjamin : _____
Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

Pasien masuk rawat inap pukul :

Pasien dilakukan pengkajian pukul :

ANAMNESIS(Diisi oleh Dokter
Pemeriksa/DPJP)**Sumber****Informasi :**☐ Pasien☐ Keluarga , hubungan dengan pasien**KELUHAN
UTAMA**(Diisi oleh Dokter
Pemeriksa/DPJP)**ALERGI**(Diisi oleh Dokter
Pemeriksa/DPJP)☐ Tidak☐ Ya, Tuliskan.....
.....**Riwayat Penyakit Sekarang** (Diisi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP)**Riwayat Penyakit Dahulu** (Diisi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP)

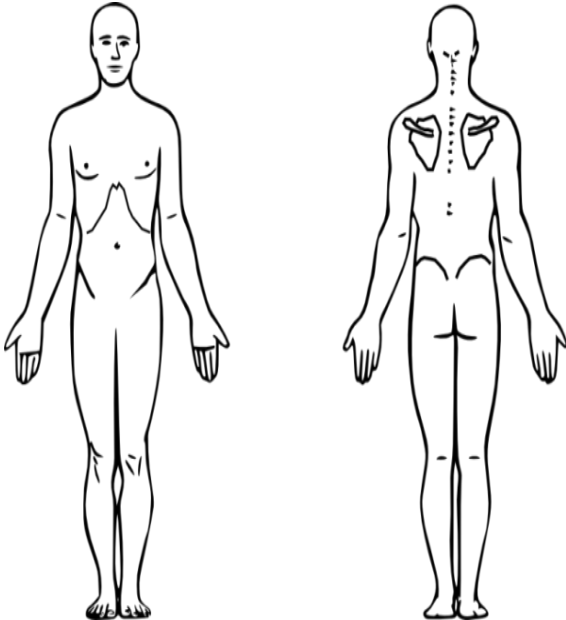
Tahun	Penyakit	Terapi (Obat/Pembedahan/Lain-lain)

Riwayat Penyakit di Keluarga (Diisi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP)**Riwayat Pekerjaan, sosial, ekonomi, kejiwaan dan kebiasaan** (Diisi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP)

(Termasuk riwayat perkawinan, obstetrik, imunisasi, tumbuh kembang)

PEMERIKSAAN FISIK	TANDA VITAL	Tekanan Darah : _____	SPO ₂ : _____
		Pernapasan : _____	Berat Badan : _____
		Nadi : _____	Tinggi Badan : _____
		Suhu : _____	
KEADAAN UMUM	GLASGOW COMA SCALE (GCS) E.....M.....V...=....		PENGKAJIAN NYERI
	Compos Mentis / Somnolen / Sopor / Coma		<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 :
	Kontak	<input type="checkbox"/> Adekuat <input type="checkbox"/> Tidak Adekuat	

PENGKAJIAN AWAL MEDIS RAWAT INAP

KEPALA	(Inspeksi, Palpasi, Neurologi)		
LEHER	(Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi) Kaku kuduk <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	JVP :	KGB :
TORAKS	(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)	
(Tuliskan hasil pemeriksaan laboratorium, ekspertise radiologi/EKG/dll yang telah dilakukan di UGD/Rawat Jalan/ Fasyankes lainnya)	

DAFTAR MASALAH/DIAGNOSIS (Diisi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP)	
(Tuliskan hasil pemeriksaan laboratorium, ekspertise radiologi/EKG/dll yang telah dilakukan di UGD/Rawat Jalan/ Fasyankes lainnya)	

DISCHARGE PLANNING (Diisi oleh Dokter Pemeriksa/DPJP)	
Apakah pasien termasuk kategori : <input type="checkbox"/> Pasien dengan keterbatasan mobilitas akibat penyakitnya/perlu bantuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari (contoh : penggunaan alat bantu jalan, kursi roda) <input type="checkbox"/> Pasien dengan penggunaan obat-obat khusus (contoh : insulin, inhaler) <input type="checkbox"/> Pasien dengan kebutuhan diet khusus (contoh : pasien DM, CKD) <input type="checkbox"/> Kebutuhan akan perawatan atau pengobatan lanjutan setelah pasien keluar dari perawatan rumah sakit (contoh : perawatan luka, homecare, fisioterapi)	
Jika pasien termasuk salah satu kategori, maka lanjut pengisian Formulir Discharge Planning	

CARE PLANNING	TANGGAL : Dokter Pemeriksa/DPJP (.....)	Verifikasi DPJP (.....) (Tidak perlu diisi jika Pengkajian dilakukan langsung oleh DPJP)
---------------	---	--

PENGKAJIAN AWAL MEDIS RAWAT INAP



TATA CARA PENGISIAN FORMULIR PENGKAJIAN AWAL MEDIS RAWAT INAP

060/F/RM/RSIH/IX/2022 (RM 3.4) - Rev.02

I. PENGERTIAN

Formulir Pengkajian awal medis rawat inap adalah bukti tertulis tentang proses pelayanan terkait indakan awal mengumpulkan dan mengidentifikasi informasi data pribadi, status medis, status emosional, keadaan sosial, budaya keluarga dan status ekonomi pasien untuk dilakukan pencatatan pada rekam medis pasien.

II. 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 Dokter Penanggung Jawab pelayanan

2. KEGUNAAN

Formulir Pengkajian Awal Medis Rawat Inap digunakan untuk perencanaan kegiatan asuhan pasien pada saat awal masuk rawat inap sampai pasien dinyatakan pulang.

3. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)
- b. Distribusi Form Pengkajian Awal Medis Rawat Inap akan diberikan kepada semua unit perawatan di RS Intan Husada

4. MEKANISME PENGISIAN

- a. Form Pengkajian Awal Medis Rawat Inap diisi oleh DPJP atau Dokter Jaga Rawat Inap dan kemudian dilakukan verifikasi oleh DPJP
- b. Pengisian Identitas pasien Form Pengkajian Awal Medis Rawat Inap diisi oleh Perawat/Bidan atau ditempel dengan stiker label pasien

5. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)		
Nama	Diisi nama Lengkap	Perawat/ Bidan
Tgl Lahir L /P	Diisi tanggal lahir, L/P dipilih salah satu yang sesuai	Perawat/ Bidan
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Perawat/ Bidan
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien diperiksa/ dirawat	Perawat/ Bidan
Dokter yang merawat	Diisi nama dokter yang merawat pasien	Perawat/ Bidan
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Perawat/ Bidan
Anamnesis		
1. Sumber	Dilakukan ceklis (sumber anamnesis) dari pasien atau dari pihak keluarga. Jika dari keluarga, tulis hubungan dengan	Dokter Jaga Rawat Inap/DPJP

	pasiennya	
2. Keluhan Utama	Diisi sesuai dengan keluhan utama yang membuat pasien datang/ dibawa ke RS pada saat dilakukan pengkajian	Dokter Jaga Rawat Inap/DPJP
3. Alergi	Diisi sesuai dengan hasil pengkajian apakah pasien mempunyai alergi baik itu obat/makanan/cuaca dan lainnya. Jika terdapat alergi, tulis jenis alergi.	Dokter Jaga Rawat Inap/DPJP
4. Riwayat Penyakit Sekarang	Diisi penjelasan lebih terperinci mengenai keluhan utama pasien meliputi; onset, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, sikap pasien, penanganan sebelumnya dan fenomena lainnya)	Dokter Jaga Rawat Inap/DPJP
5. Riwayat Penyakit Dahulu	Diisi pada tabel terkait diagnosis penyakit pasien sebelumnya, diisi jenis penyakit, tahun dan terapi obat yang dikonsumsi sebelumnya.	Dokter Jaga Rawat Inap/DPJP
6. Riwayat Penyakit Keluarga	Diisi keterangan riwayat penyakit yang ada di keluarga pasien terutama keluarga inti ayah, ibu, suami/istri, anak dan riwayat keturunan terdekat.	Dokter Jaga Rawat Inap/DPJP
7. Riwayat Pekerjaan, sosial, ekonomi, kejiwaan, kebiasaan	Diisi jenis riwayat pekerjaan, sosio-ekonomi, kejiwaan dan kebiasaan yang mempengaruhi terhadap kesehatan pasien	Dokter Jaga Rawat Inap/DPJP
8. Pemeriksaan Fisik	Diisi Tanda-Tanda Vital pada saat pengkajian pasien Tekanan Darah, Pernapasan, Nadi, Suhu, Saturasi, Berat Badan, Tinggi Badan	Dokter Jaga Rawat Inap/DPJP
9. Keadaan Umum	Diisi GCS dan keadaan umum pasien pada saat pengkajian dengan mencoret yang tidak sesuai dengan keadaan umum pasien dan dilakukan ceklis terkait kontak apakah pasien adekuat atau tidak	Dokter Jaga Rawat Inap/DPJP
10. Pengkajian Nyeri	Dilakukan ceklis jenis pengkajian nyeri dan tulis skala serta lokasi nyeri	Dokter Jaga Rawat Inap/DPJP
11. Pemeriksaan Fisik Head To Toe	Diisi temuan sesuai hasil pengkajian pemeriksaan fisik	Dokter Jaga Rawat Inap/DPJP
12. Pemeriksaan penunjang	Diisi semua hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan kepada pasien (lab/radiologi/ekg/pemeriksaan lainnya)	Dokter Jaga Rawat Inap/DPJP
13. Daftar Masalah/Diagnosis	Diisi simpulan hasil pengkajian (diagnosis medis pasien)	Dokter Jaga Rawat Inap/DPJP
14. Discharge Planning	Dilakukan ceklis sesuai dengan kondisi pasien yang dilakukan pengkajian, jika termasuk dalam salah satu kategori, maka dilanjutkan dengan pengisian formulir discharge planning	Dokter Jaga Rawat Inap/DPJP
15. Care Planning	Terapi yang akan dilakukan kepada pasien tersebut	Dokter Jaga Rawat Inap/DPJP
Tanggal	Tanggal yang dilakukan pada saat pengkajian pasien	Dokter Jaga Rawat Inap/DPJP
Dokter Pemeriksa/DPJP	Diisi nama jelas, cap dan tanda tangan pemeriksa pasien	Dokter Jaga Rawat Inap/DPJP
Verifikasi DPJP	Diisi nama jelas, cap dan tanda tangan DPJP pasien (jika pemeriksaan dilakukan oleh Dokter Jaga Rawat Inap)	Dokter Jaga Rawat Inap/DPJP