



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 : Farit. rawat - jalan @ rsintanhusada . com

Tanggal : 30 / 08 / 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : PENGANTAR AWAL RAWAT JALAN OBSTETRI DAN GINJEKOLIT
No/Kode Formulir : 008 / F / RM / RSCH / 12 / 2022 (REV. 2)
No/Kode RM** : 76 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- :

Logistik Formulir
(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 3
Buffer stock : 5
Proses PO : 2 minggu
Waktu :

Paraf
a.n

Aditya

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Sweeping formulir dan pengantar 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
5031033020002770000/2022

Tanda Tangan
Penerima,

Aditya
Rani

Masukan/Saran


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

Logistik			Tanda Tangan
F4 1 Ply Bolak Balik			Aditya
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung			Tanda Tangan
ACC Revisi			Aditya
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		ACC	Depri
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
pengantian nomor RM F4	Aditya	Ditindak lanjut sesuai dengan revisi penomoran RM	Aditya Pani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC	Aditya	ACC	dr. Muhammad Hasan MARS NIP. 21110183633

*) 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 :

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

Klinik : _____

DPJP : _____

Penjamin : _____

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini

Tanggal : _____ Pasien datang pukul _____ Pasien di asesmen pukul : _____

Asesmen diambil dari : ☐ Pasien ☐ Orang Lain, nama : _____ Hubungan : _____

Alergi ☐ Obat ☐ Makanan ☐ Lain-lain : _____

Keluhan saat ini :

Obat yang dikonsumsi saat ini :

PENGKAJIAN 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 *(asesmen ulang dilakukan setiap 30 hari untuk penyakit akut/non kronis, untuk penyakit kronis dilakukan setelah 3 bulan)*

Riwayat Penyakit Dahulu : ☐ Tidak ☐ Ya, Penyakit : _____

Pernah Dirawat : ☐ Tidak ☐ Ya, Penyakit : _____

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

Dalam Pengobatan : ☐ Tidak ☐ Ya

RIWAYAT MENSTRUASI

Umur Menarch : _____ Tahun, Lamanya Haid _____ Hari

HPHT : _____

HPL : _____

Keluhan : ☐ Dismenorrhoe ☐ Spotting ☐ Menorrhagia ☐ Methorhagia

RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN DAN NIFAS YANG LALU

G. P. A.

No	Tahun Partus	Tempat Partus	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penyulit	Jenis Kelamin/ Berat Lahir	Keadaan Sekarang
				SC / Spontan/ VE*		L / W *, BB. Kg	Hidup / Meninggal*
				SC / Spontan/ VE*		L / W *, BB. Kg	Hidup / Meninggal*
				SC / Spontan/ VE*		L / W *, BB. Kg	Hidup / Meninggal*
				SC / Spontan/ VE*		L / W *, BB. Kg	Hidup / Meninggal*
				SC / Spontan/ VE*		L / W *, BB. Kg	Hidup / Meninggal*

RIWAYAT OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

☐ Infertilitas

☐ Myoma

☐ Post Coital Bledding

☐ Anemia

☐ Infeksi Virus

☐ Kanker

☐ Perkosaan

☐ Hipertensi

☐ Cervitis Cronis

☐ Polip Servik

☐ Premenstruasi Sindrom

☐ Endometriosis

☐ Operasi Kandungan

☐ Flour Albus

☐ Tidak ☐ Ya

☐ Berbau

☐ Tidak ☐ Ya, warna.....

RIWAYAT KELUARGA BERENCANA (KB) ☐ Tidak ☐ Ya

Metoda KB yang pernah dipakai : 1., Lama.....

2., Lama.....

3., Lama.....

Komplikasi : ☐ Tidak ada ☐ Perdarahan ☐ Radang Panggul

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.....

PENGKAJIAN AWAL KLINIK OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

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 (asesmen 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.....

Konsumsi Tablet Besi :

Tidak

Ya, Jelaskan.....

Penyakit Menular :

Tidak

Ya, Jelaskan.....

Imunisasi Tetanus :

Tidak

Ya, Jelaskan.....

Pemeriksaan Test Menular Seksual/HIV :

Tidak

Ya, Jelaskan.....

PEMERIKSAAN FISIK

Tekanan Darah : mmHg

Nadi : x/m

Pernafasan : x/m

Suhu : °C

Berat Badan : Kg

Tinggi Badan : Cm

BMI : kg/m²

TFU : cm

LLA (lingkar lengan atas) : cm

DJJ : x/mnt

Lain-lain :

SKRINING NYERI :

Nyeri :

Tidak

Ya, Skala

Lokasi :

Metode :

NRS (Numeric Rating Scale) [0-10] >8 tahun-dewasa

WBF (Wong Baker Face) [0-10] 3 - 8 tahun

BPS (Behavior Pain Scale) : (Terintubasi/Tidak Terintubasi)

SKRINING GIZI (Jika skor total ≥ 2 konsul ke DPJP/Ahli Gizi) (pengkajian ulang dilakukan setiap 30 hari)

1. Penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir ?

2. Adakah gangguan makan dan minum ?

3. Menderita sakit berat ?

TOTAL SKOR

Nilai

Ya (1)

Tidak (0)

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Ansietas

Nyeri akut/kronis*

Gangguan Nutrisi Kurang dari kebutuhan

Gangguan pola tidur

Gangguan keseimbangan cairan

Gangguan mobilisasi

Nausea

Kurang pengetahuan

Lain-lain.....

INTERVENSI KEPERAWATAN

Posisi pasien.....

Teknik relaksasi/distraksi

Batuk efektif

Edukasi tentang kebutuhan nutrisi

Minum sesuai kebutuhan

Perawatan luka

Mengikuti parenting class

Lain-lain.....

KEBUTUHAN EDUKASI

Tentang kehamilan

Mengurangi risiko cedera karena jatuh

Cuci tangan dan etika batuk bersih

Lain-lain.....

TINDAK LANJUT

*) Beri tanda √ pada kolom bila sudah ada instruksi dari Dokter

Pulang

Rawat Inap

Rujuk, alasan.....

Tanda Tangan PPJA yang melakukan pengkajian

Nama :

SERAH TERIMA DIISI JIKA PASIEN DI RAWAT INAP

Tingkat Kesadaran :

Tekanan darah : mmHg

Nadi : x/mnt

GCS :

Pernafasan : x/mnt

Suhu : °C

E :

M :

V :

Spo2 : %

SERAH TERIMA DOKUMEN PENUNJANG

Dokumen yang diserahkan

1 EKG

Ada

Tidak

2 Radiologi

Ada

Tidak

3 Laboratorium

Ada

Tidak

4 Rujukan

Ada

Tidak

5 Lain-lain

Keterangan

Petugas Rawat Jalan

(.....)

Nama Jelas dan Tanda Tangan

Tanggal :Pukul :

Petugas Ruangan

(.....)

Nama Jelas dan Tanda Tangan

008/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.02)



TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PENGKAJIAN AWAL OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
008/F/RM/RSIH/IX/2022 (RM 7.6) – Rev.01

1. PENGERTIAN

Formulir Pengkajian Awal Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi 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 dan perawat/bidan Unit Rawat Jalan

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh dokter dan perawat/bidan Unit Rawat Jalan

6. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
Kolom Identitas Pasien	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.	Perawat/ Bidan	Jika stiker tidak tersedia, diisi secara manual
Nama	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran	Perawat/ Bidan	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal lahir	Diisi tanggal, bulan dan tahun lahir pasien	Perawat/ Bidan	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/ Bidan	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
No. RM	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Perawat/ Bidan	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
KLINIK	Diisi Nama Klinik yang dituju	Perawat/ Bidan	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
DPJP	Diisi nama dokter DPJP yang menangani pasien	Perawat/ Bidan	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	Perawat/ Bidan	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.

Tanggal	Diisi tanggal saat diperiksa	Perawat/ Bidan	Di isi lengkap
Pasien datang pukul	Di isi jam saat pasien datang dan memberikan bukti <i>tracer</i> kepada petugas rawat jalan	Perawat/ Bidan	Di isi lengkap
Pasien di pengkajian pukul	Di isi jam saat pasien mulai dilakukan anamnesa dan pemeriksaan TTV	Perawat/ Bidan	Di isi lengkap
Pengkajian diambil dari	Di pilih kolom yang akan di isi dengan cara di beri tanda ✓	Perawat/ Bidan	Di isi lengkap
Pasien	Di beri tanda ✓ jika pengkajian diambil dari pasien	Perawat/ Bidan	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/ Bidan	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/ Bidan	Di isi lengkap
Obat	Di beri tanda ✓ jika pasien ada alergi obat	Perawat/ Bidan	Di isi lengkap
Makanan	Di beri tanda ✓ jika pasien ada alergi makanan	Perawat/ Bidan	Diisi lengkap
Lain-lain	Di beri tanda ✓ jika pasien ada alergi selain obat dan makanan	Perawat/ Bidan	Diisi lengkap
Keluhan saat ini	Di isi dengan keluhan pasien saat dilakukan pengkajian	Perawat/ Bidan	Diisi lengkap
Obat yang dikonsumsi saat ini	Di isi jika pasien ada obat yang sedang di konsumsi	Perawat/ Bidan	Diisi lengkap
Pengkajian Risiko Jatuh	Di beri tanda ✓ pada salah satu pengkajian risiko jatuh	Perawat/ Bidan	Diisi lengkap
Riwayat Kesehatan	Di beri tanda ✓ pada salah satu kolom riwayat kesehatan	Perawat/ Bidan	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
Riwayat Menstruasi	Diisi sesuai hasil pengkajian riwayat menstruasi	Perawat/ Bidan	Beri tanda ✓ pada kolom keluhan
Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu	Diisi sesuai hasil pengkajian riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu	Perawat/ Bidan	G : Gravida di isi kehamilan saat ini P :Paritas di isi riwayat kelahiran A : Abortus di isi riwayat keguguran Tahun partus di isi tahun saat melahirkan Tempat partus di isi tempat saat melahirkan

			<p>Umur Kehamilan di isi umur kehamilann saat melahirkan</p> <p>Jenis persalinan di pilih satu satu persalinan yang dijalani sebelumnya</p> <p>Penyulit diisi bila saat persalinan sebelumnya ditemukan adanya penyulit</p> <p>Jenis kelamin/berat lahir dipilih salah satu jenis kelamin dan di isi berat anak saat lahir</p> <p>Keadaan sekarang di pilih salah satu</p>
Riwayat obstetri dan ginekologi	Di beri tanda √ pada salah satu kolom riwayat obstetri dan ginekologi	Perawat/ Bidan	Di isi lengkap
Riwayat keluarga Berencana	Di isi metode KB dan diberi tanda √ pada kolom komplikasi	Perawat/ Bidan	Di isi lengkap
Status Psikologis, Sosial, Ekonomi dan Spiritual	Di beri tanda √ pada salah satu kolom satus Psikologis, Sosial, Ekonomi dan Spiritual	Perawat/ Bidan	Jika diberi tanda √ pada kolom Ya maka di isi keterangannya
Status Fungsional	Di beri tanda √ pada salah satu kolom Status Fungsional	Perawat/ Bidan	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/ Bidan	Diisi lengkap
Pemeriksaan Fisik	Di isi hasil pemeriksaan Tekanan darah, Nadi per satu menit, pernafasan per satu menit, suhu tubuh, Berat badan, Tinggi badan, BMI, TFU, LLA dan DJJ	Perawat/ Bidan	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/ Bidan	Diisi lengkap
Skiring Gizi	Di beri nilai skor kolom nilai dan di hitung total skor	Perawat/ Bidan	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/ Bidan	Di isi lengkap
Intervensi Keperawatan	Di beri tanda √ pada salah satu kolom Intervensi Keperawatan	Perawat/ Bidan	Di isi lengkap
Kebutuhan Edukasi	Di beri tanda √ pada salah satu kolom Kebutuhan Edukasi	Perawat/ Bidan	Di isi lengkap

Tindak Lanjut	Di beri tanda √ pada salah satu kolom Tindak Lanjut	Perawat/ Bidan	Di isi lengkap
Tanda tangan PPJA yang melakukan pengkajian	Diisi Nama lengkap atau cap serta tanda tangan atau paraf yang melakukan pengkajian terhadap pasien	Perawat/ Bidan	Sesuai petugas yang melakukan pengkajian terhadap pasien
Serah terima di isi jika pasien di rawat 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/ Bidan	Di isi lengkap
Serah terima dokumen penunjang	Dipih salah satu kolom dan diberi tanda √ pada kolom Ya atau Tidak di dokumen yang diserahterimakan dan diberi keterangan pada kolom keterangan	Perawat/ Bidan	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