

## FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

### DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 21090207588  
 Nama Lengkap : RANAWATI RAMADHAN  
 Unit/Divisi/Komite : 0121  
 No. Telepon/Ext : 2302  
 E-mail : ranawati.ramadhan@gmail.com

Tanggal : 03-10-2022

### DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru  
 No/Kode Formulir : 087/F/PM/RSIH/IX/2022 (REV.03)  
 No/Kode RM : RM 11.3 (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir :  
 Revisi ke- :  
 Formuler Sering atau Tidak : Formuler Sering atau Tidak

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

### Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 Revisi menggunakan template form RSM yg baru disesuaikan dengan standar RSIH

### Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 Perubahan Tools sering upgrade di RS Maternity / Assessment (RMA) yang akan representatif untuk sering atau tidak

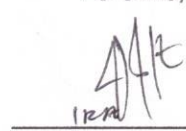
Tanda Tangan

Pemohon,

  
 Ranawati Ramadhan, S.Gz  
 NIP. 21090207588/0121/RSIH/2022

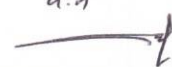
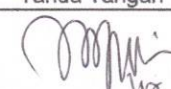
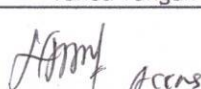
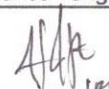
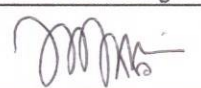
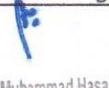
Tanda Tangan

Penerima,

  
 a.n

### Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
F4 1 ply			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Atas Pengerahan			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesejahteraan	Tanda Tangan
persetujuan no RM		di tindak lanjut	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Ata		ACC	

drg. Muhammad Hasan, MARS

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021 (Rev.00) 1110183633



**Identitas Pasien (diisi Oleh Ahli Gizi )**  
Nama : .....  
Tanggal Lahir : ..... ( L / W ) \*  
No. RM : 0000000  
Diagnosis Medis : .....  
Ruangan/Kelas : ...../.....  
DPJP : .....  
*Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini*

**FORMULIR SKRINING GIZI LANSIA  
MINI NUTRITIONAL ASSESMENT (MNA)**

Berat Badan:	kg	Tinggi Badan:	cm	IMT:	kg/m <sup>2</sup>
A. Apakah terjadi penurunan asupan makan selama 3 bulan terakhir berkaitan dengan penurunan nafsu makan, gangguan saluran cerna, kesulitan mengunyah atau kesulitan menelan? <input type="checkbox"/> 0 = penurunan nafsu makan tingkat berat <input type="checkbox"/> 1 = penurunan nafsu makan tingkat sedang <input type="checkbox"/> 2 = tidak kehilangan penurunan nafsu makan					
B. Penurunan berat badan selama 3 bulan terakhir <input type="checkbox"/> 0 = penurunan berat badan >3kg (6 lbs) <input type="checkbox"/> 1 = penurunan berat badan tidak diketahui <input type="checkbox"/> 2 = penurunan berat badan antara 1 dan 3 kg (2,2 dan 6,6 lbs) <input type="checkbox"/> 3 = tidak terjadi penurunan berat badan					
C. Mobilitas <input type="checkbox"/> 0 = hanya di atas kasur atau kursi roda <input type="checkbox"/> 1 = dapat beranjak dari kursi/kasur, tetapi tidak mampu beraktivitas normal <input type="checkbox"/> 2 = mampu beraktivitas normal					
D. Menderita penyakit psikologis atau penyakit akut dalam 3 bulan terakhir <input type="checkbox"/> 0 = ya <input type="checkbox"/> 2 = tidak					
E. Masalah neuropsikologis <input type="checkbox"/> 0 = demensia tingkat berat atau depresi <input type="checkbox"/> 1 = demensia tingkat sedang <input type="checkbox"/> 2 = tidak ada masalah psikologis					
F. Indeks Massa Tubuh (IMT) <input type="checkbox"/> 0 = IMT < 19 <input type="checkbox"/> 1 = IMT 19 - <21 <input type="checkbox"/> 2 = IMT 21 - <23 <input type="checkbox"/> 3 = IMT ≥ 23					
<b>Total Skor :</b>					

Keterangan :  
$$IMT = \frac{BB\ (kg)}{TB^2(m)}$$
  
Skor skrining (subtotal maksimal 14 poin)  
  
12 - 14 poin : Status gizi normal  
  
8- 11 poin : Beresiko malnutrisi→Rujuk ke Ahli Gizi  
  
0 – 7 Poin : Malnutrisi→ Rujuk ke Ahli Gizi  
  
Tanggal Pemeriksaan :

Ahli Gizi,  
  
(.....)  
Nama Lengkap & Paraf

SKRINING GIZI LANSIA



**TATA CARA PENGISIAN  
FORMULIR SKRINING GIZI LANSIA  
087/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.03)**

**1. PENGERTIAN**

Formulir Skrining Gizi Lansia adalah instrumen yang digunakan oleh Ahli Gizi untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko, tidak berisiko malnutrisi atau kondisi khusus sebagai Kegiatan Skrining Gizi Lanjutan untuk selanjutnya ditindaklanjuti oleh Ahli Gizi dalam hal ini Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT).

**2. TUJUAN**

Untuk mengkaji pasien berisiko malnutrisi dan malnutrisi pada pasien Lansia.

**3. KEGUNAAN**

Formulir digunakan untuk menggolongkan pasien berdasarkan risiko malnutrisi yang dapat dialami oleh pasien.

**4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

- a. Ahli Gizi
- b. Distribusi Formulir Skrining Gizi Lansia akan diberikan kepada Ahli Gizi untuk kegiatan skrining gizi lanjutan pasien lansia.

**5. MEKANISME PENGISIAN**

- a. Pengisian Identitas pasien Formulir Skrining Gizi Lansia diisi oleh Ahli Gizi atau ditempel dengan stiker label pasien
- b. Skoring dilakukan oleh Ahli Gizi
- c. Pasien yang masuk kriteria Lansia adalah pasien usia  $\geq 60$  tahun.

**6. CARA PENGISIAN**

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
<b>Identitas Pasien (<i>dapat ditempel stiker identitas pasien</i>)</b>		
Nama	Diisi nama lengkap pasien	Ahli Gizi
Tgl Lahir L /W	Diisi tanggal lahir, L/W dipilih salah satu yang sesuai dengan mencoret yang tidak perlu	Ahli Gizi
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Ahli Gizi
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien diperiksa/ dirawat	Ahli Gizi
Diagnosis Medis	Diisi diagnosis medis pasien terbaru pada waktu Skrining Gizi	Ahli Gizi
DPJP	Diisi nama Dokter Penanggungjawab Pelayanan	Ahli Gizi

**FORMULIR SKRINING GIZI LANSIA**  
**MINI NUTRITIONAL ASSESMENT (MNA)**

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Berat Badan	Diisi Berat Badan aktual pasien	Ahli Gizi
Tinggi Badan	Diisi Tinggi Badan aktual pasien	Ahli Gizi
IMT	Diisi hasil perhitungan IMT Yaitu $IMT = \frac{BB\ (kg)}{TB^2(m)}$	Ahli Gizi
A. Apakah terjadi penurunan asupan makan selama 3 bulan terakhir berkaitan dengan penurunan nafsu makan, gangguan saluran cerna, kesulitan mengunyah atau kesulitan menelan?	Diisi jawaban dengan centang skor sesuai kondisi berikut 0 = penurunan nafsu makan tingkat berat 1 = penurunan nafsu makan tingkat sedang 2 = tidak kehilangan penurunan nafsu makan	Ahli Gizi
B. Penurunan berat badan selama 3 bulan terakhir	Diisi dengan centang skor dari 0 sampai 3 sesuai dengan deskripsi yang tercantum	Ahli Gizi
C. Mobilitas	Diisi dengan centang skor sesuai kriteria jawaban sbb: 0= hanya di atas kasur atau kursi roda 1= dapat beranjak dari kursi/kasur, tetapi tidak mampu beraktivitas normal 2 = mampu beraktivitas normal	Ahli Gizi
D. Menderita penyakit psikologis atau penyakit akut dalam 3 bulan terakhir	Diisi dengan centang skor 0 jika jawaban ya atau skor 2 jika jawaban tidak ,	Ahli Gizi
E. Masalah neuropsikologis	Diisi dengan centang skor jika 0= demensia tingkat berat atau depresi, 1= demensia tingkat sedang, 2 = tidak ada masalah psikologis	Ahli Gizi
F. Indeks Massa Tubuh (IMT)	Diisi berdasarkan hasil perhitungan IMT pasien dengan mencentang bobot skor sebagai berikut: 0= IMT < 19 1 = IMT 19 - <21 2 = IMT 21 - <23 3 = IMT ≥ 23	Ahli Gizi

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Total Skor	<p>Total keseluruhan skor dari poin A hingga F dengan tindak lanjut berdasarkan total skor sebagai berikut:</p> <p>2 - 14 poin : Status gizi normal</p> <p>8- 11 poin : Beresiko malnutrisi</p> <p>0 – 7 Poin : Malnutrisi</p> <p>Pasien dengan status gizi normal diberikan diet normal berdasarkan preskripsi dokter sedangkan pasien dengan berisiko dan malnutrisi harus dirujuk ke Ahli Gizi untuk dilakukan Asuhan Gizi.</p>	Ahli Gizi
Tanggal Pemeriksaan	Diisi tanggal Ahli Gizi saat melakukan skrining gizi.	Ahli Gizi
Paraf	Diisi nama lengkap dan paraf Ahli Gizi pelaksana skrining gizi.	Ahli Gizi