
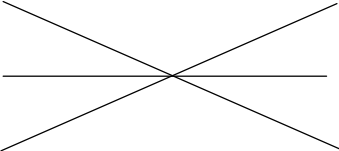
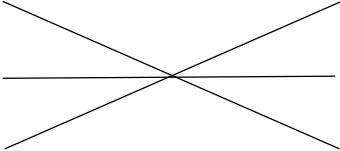
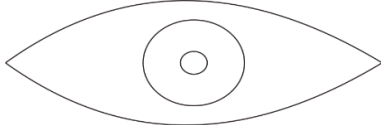
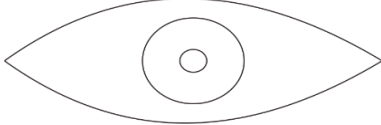
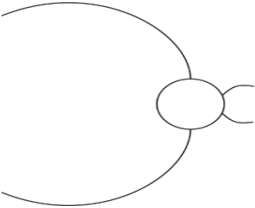
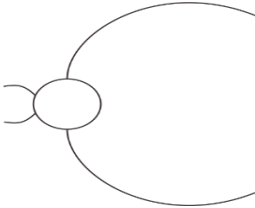


001/F/SEKRE/RSIH/IX/2022(Rev.01)

	Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat) 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 :								
Anamnesa/Riwayat penyakit dahulu, kelahiran, keluarga, penyakit sistemis, terapi sebelumnya dan saat ini :								
PEMERIKSAAN FISIK Kesadaran :								
Keadaan Umum :								
T : N : R : S : BB :								
PEMERIKSAAN MATA	OD	OS						
Tajam penglihatan								
Sebelum Koreksi	:	:						
Pin Hole	:	:						
KM sendiri/visus	:	:						
Refraktometer	:	:						
Setelah koreksi/ukuran koreksi	:	:						
Visus dekat	:	:						
Posisi dan pergerakan bola mata	:	:						
								
Tekanan Intra Okuler	:	:						
Pemeriksaan Fisik	:	:						
								
Pemeriksaan External								
Palpebra	:	:						
Konjungtiva	Tarsalis :	:						
	Balbi :	:						

PENGKAJIAN AWAL MEDIS OPHTHALMOLOGI

*coret yang tidak perlu

Pemeriksaan Internal		OD	OS
Kornea	:		
Bilik mata depan	:		
Pupil/Iris	:		
Lensa	:		
Fundus	:		
Media			
Pupil	:		
Pd. Darah	:		
Retina	:		
Makula	:		
Diagnosa Klinis	:		
Differential Diagnosis	:		
Saran/Pemeriksaan lain	:		
Terapi	:		
Dokter Pemeriksa			
(.....)			
Nama Jelas dan Tanda Tangan			

SERAH TERIMA DIISI JIKA PASIEN DI RAWAT INAP									
Tingkat Kesadaran :		GCS :		E :	M :	V :			
Tekanan darah	:	mmHg	Pernafasan	:	x/mnt	Spo2	:	%	
Nadi	:	x/mnt	Suhu	:	°C				

SERAH TERIMA DOKUMEN PENUNJANG									
Dokumen yang diserahkan					Keterangan				
1	EKG	:	<input type="checkbox"/>	Ada	<input type="checkbox"/>	Tidak			
2	Radiologi	:	<input type="checkbox"/>	Ada	<input type="checkbox"/>	Tidak			
3	Laboratorium	:	<input type="checkbox"/>	Ada	<input type="checkbox"/>	Tidak			
4	Rujukan	:	<input type="checkbox"/>	Ada	<input type="checkbox"/>	Tidak			
5	Lain-lain	:						

Petugas Rawat Jalan		Petugas Ruangan	
(.....)		(.....)	
Nama Jelas dan Tanda Tangan		Nama Jelas dan Tanda Tangan	
Tanggal :.....Pukul :.....			



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PENGKAJIAN AWAL MEDIS OPHTHALMOLOGI**

009/F/RM/RSIH/IX/2022 (RM 7.7) – Rev.02

1. PENGERTIAN

Formulir Pengkajian Awal Medis Ophthalmologi 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 Mata Unit Rawat Jalan dan perawat Unit Rawat Jalan

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh Dokter dan Perawat 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, dengan menggunakan huruf kapital	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/ Dokter	Saat konfirmasi langsung ke pasien atau keluarga
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 saat diperiksa	Perawat	Di isi lengkap

Pasien datang pukul	Di isi jam saat pasien mulai dilakukan anamnesa dan pemeriksaan TTV	Perawat	Di isi lengkap
Pasien dilakukan pengkajian pukul	Di isi jam saat pasien mulai dilakukan pemeriksaan oleh Dokter	Perawat/Dokter	Di isi lengkap
Anamnesa/Riwayat penyakit dahulu, kelahiran, keluarga, penyakit sistemis, terapi sebelumnya dan saat ini	Di isi sesuai hasil anamnesa	Perawat	Diisi lengkap
Pemeriksaan fisik	Di isi sesuai hasil anamnesa dan pengkajian	Perawat/Dokter	Diisi lengkap
Kesadaran	Di isi sesuai hasil anamnesa dan pengkajian	Perawat/Dokter	Diisi lengkap
Keadaan umum	Di isi sesuai hasil anamnesa dan pengkajian	Perawat/Dokter	Diisi lengkap
Tanda-tanda vital	Di isi sesuai hasil pemeriksaan	Perawat	T : tekanan darah N : nadi R : Pernafasan S : suhu tubuh BB : Berat badan
Pemeriksaan mata	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Perawat/Dokter	Diisi lengkap
Tajam penglihatan	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Perawat/Dokter	Diisi lengkap
Sebelum koreksi	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Perawat/Dokter	Diisi lengkap
Pin hole	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Perawat/Dokter	Diisi lengkap
Refractometer	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Perawat/Dokter	Diisi lengkap
Setelah koreksi/ukuran koreksi	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Perawat/Dokter	Diisi lengkap
Visus dekat	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Perawat/Dokter	Diisi lengkap
Posisi dan pergerakan bola mata	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Dokter	Diisi lengkap
Tekanan intra okuler	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Dokter	Diisi lengkap
Pemeriksaan fisik	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Dokter	Diisi lengkap
Pemeriksaan eksternal	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Dokter	Diisi lengkap
Palpebra	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Dokter	Di isi lengkap
Konjungtiva tarsalis	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Dokter	Di isi lengkap

Konjungtiva balbi	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Dokter	Di isi lengkap
Pemeriksaan internal	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Dokter	Di isi lengkap
Kornea	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Dokter	Di isi lengkap
Bilik mata depan	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Dokter	Di isi lengkap
Pupil/iris	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Dokter	Di isi lengkap
Lensa	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Dokter	Di isi lengkap
Fundus	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Dokter	Di isi lengkap
Media	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Dokter	Di isi lengkap
Pupil	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Dokter	Di isi lengkap
Pd. Darah	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Dokter	Di isi lengkap
Retina	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Dokter	Di isi lengkap
Makula	Di isi sesuai hasil pemeriksaan mata kiri dan kanan	Dokter	Di isi lengkap
Diagnosa klinis	Di isi diagnosa klinis sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Di isi lengkap
Differential diagnosis	Di isi diagnosa banding sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Di isi lengkap
Saran/pemeriksaan lain	Di isi saran/pemeriksaan lain yang dianjurkan oleh dokter	Dokter	Di isi lengkap
Terapi	Di isi terapi yang diberikan oleh dokter kepada pasien	Dokter	Di isi lengkap
Tanda tangan dokter	Di isi nama dan tanda tangan dokter	Dokter	Di isi lengkap
Serah terima di isi jika pasien dirawat 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	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	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