



FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080288075
Nama Lengkap : Elis Dida Junica
Unit/Divisi/Komite : URJ
No. Telepon/Ext : 2113 / 1101
E-mail : Farit.rawat - jalan @rsintanhusada.com

Tanggal : 30 / 09 / 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Formulir Interview Terstruktur Psikiatrika
No/Kode Formulir : 05 / F / RM / RSHT / 12 / 2012 (Rev. 01)
No/Kode RM** : 7.11 (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

21/11/22

Aditya

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Supaya Formulir dan Pengantian no. FM

Komponen Perubahan

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

no. RM

Tanda Tangan
Pemohon,

Elis Dida Junica, A.Md.Kep
503/10330/PP.277/Diklat/2022

Tanda Tangan
Penerima,

Farit
21/11/22

Masukan/Saran


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

Logistik		Tanda Tangan	
FY 1 ply Bolak Balik.		Aditya	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC Revisi.		Farit	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		ACC / Acc	dr. Hendi. Sp.KJ
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Revisi nomor RM FY	Farit	Ditindaklanjuti sesuai dengan penomoran baru RM	Farit
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC	Farit	ACC	dr. Muhammad Hasan, MARS

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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

	<p>Identitas Pasien <i>(Diisi oleh Perawat)</i></p> <p>Nama :</p> <p>Tanggal lahir :(L/W)*</p> <p>No. RM : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>Klinik :</p> <p>DPJP :</p> <p>Penjamin :</p> <p><i>Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini</i></p>							
<p>INTERVIEW TERSTRUKTUR PSIKOTROPIKA (UU PSIKOTROPIKA NO 5 TAHUN 1997. PP MENKES NO 9 2015)</p> <p>Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah pasien yang meminta bantuan pengobatan/ rehabilitasi medis kepada Psikiater RSIH. Dengan sadar, dan tanggung jawab pengisi pernyataan di bawah,</p> <p>Nama :</p> <p>Pekerjaan :</p> <p>Alamat :</p> <p>Nomor KTP :</p>								
<p>LINGKARI PERNYATAAN-PERNYATAAN YANG SESUAI (jawaban bisa lebih dari satu)</p> <p>1 Keluhan yang dirasakan selama ini</p> <p>a. Kecemasan</p> <p>b. Tidak bisa tidur tanpa obat</p> <p>c. Tidak semangat bekerja tanpa bantuan obat</p> <p>d. Mengobati diri sendiri dampak dari Shabu atau obat-obatan Psikotropika lainnya</p> <p>e. Tanpa bantuan obat badan gemetar, banyak keluhan fisik, perasaan galau</p> <p>2 Adanya keluhan lainnya bila tanpa mengkonsumsi Alprazolam seperti</p> <p>a. Emosi labil dan mudah marah</p> <p>b. Gelisah, jantung berdebar-debar, hidup tidak nyaman</p> <p>c. Adanya halusinasi</p> <p>d. Pikiran kacau dan sulit konsentrasi</p> <p>e. Diperlukan karena adanya tekanan dalam pekerjaan, atau keluarga (ada factor stressor lainnya)</p> <p>3 Obat-obatan dan atau zat Narkotika/Psikotropika yang biasa dikonsumsi</p> <p>a. Alprazolam, Zypraz, Zolastin, Xanax, Alganax dan golongan yang sejenis</p> <p>b. Riklona, Dumolid</p> <p>c. Inex, Shabu, injeksi Morfin, MSP dan golongan lainnya</p> <p>d. Ganja</p> <p>e. Jenis obat.....</p> <p>4 Dosis obat Alprazolam yang biasa digunakan untuk kepentingan pribadi</p> <p>a. 3 mg sehari</p> <p>b. 4-6 mg sehari</p> <p>c. Lebih dari 6 mg sehari</p> <p>d. Menggunakan dosis tergantung kebutuhan, secara pribadi dapat mengatur dosisnya</p> <p>5 Mengonsumsi rutin setiap hari sekitar</p> <p>a. Kurang dari 1 tahun</p> <p>b. Lebih dari 1 tahun</p> <p>c. Lebih dari 2 tahun</p> <p>d. Kurang dari 2 tahun</p> <p>6 Ada upaya keras berkeinginan menghentikan konsumsi obat Psikotropika</p> <p>a. Berupaya akan tetapi tidak berhasil</p> <p>b. Ada kesulitan mengendalikan perilaku tanpa obat, dan menikmati efek obat Psikotropika</p> <p>c. Adanya gejala putus obat seperti gelisah bila menghentikan obat</p> <p>d. Perlunya peningkatan dosis obat setelah mengkonsumsi Psikotropika cukup lama</p> <p>e. Tetap menggunakan Psikotropika biarpun mengetahui efek samping obat</p> <p>7 Harapan dari saudara</p> <p>a. Berobat dan berkeinginan sembuh dari mengkonsumsi Psikotropika</p> <p>b. Berobat dan berkeinginan mendapatkan obat sesuai resep dan biaya terjangkau</p> <p>c. Berobat mengikuti jalur medis resmi tidak melanggar UU Psikotropika No 5 Tahun 1997 sesuai prosedur</p> <p>d. Tidak mendapatkan obat dari pasar gelap, dan tidak menjual-belikan obat-obat Psikotropika, selain untu</p> <p>8 Kecemasan yang dirasakan selama ini</p> <p>a. Adanya rasa kekhawatiran terjadinya peningkatan dosis obat</p> <p>b. Adanya kegagalan dalam mengendalikan dosis obat secara menetap</p> <p>c. Dalam melakukan aktivitas sehari-hari perlu ditunjang obat-obatan tersebut</p> <p>d. Ada perasaan menagih (sugesti) bila tidak mengkonsumsi obat</p> <p>e. Tidak prima dalam pekerjaan dan selalu ada perasaan cemas tanpa obat</p>								

INTERVIEW TERSTRUKTUR PSIKOTROPIKA

- 9

Hampir selalu muncul gejala-gejala gelisah,bila berupaya menghentikan obat

a.

Adanya perasaan tak nyaman saat berinteraksi dengan orang lain

b.

Adanya rasa tak nyaman dalam lingkungan pekerjaan dan interaksi sosial

c.

Bila menghentikan obat secara mendadak badan menjadi tak nyaman

d.

Adanya peningkatan dosis harian

e.

Penggunaanan berlanjut karena terbentur masalah fisik, psikologis, dan sosial
- 10

Pengobatan ini diketahui oleh keluarga atau saudara-saudara saya

a.

Istri, anak

b.

Orang tua

c.

Teman dekat

d.

Lingkungan rumah

e.

Teman dalam pekerjaan

Demikian formulir ini saya isi dengan sebenar-benarnya dan penuh tanggung jawab

Garut,.....

Dokter Pemeriksa

Nama dan Tanda Tangan Pasien

(.....)

(.....)



TATA CARA PENGISIAN FORMULIR INTERVIEW TERSTUKTUR PSIKOTROPIKA

015/F/RM/RSIH/IX/2022 (RM 7.11) - Rev. 01

1. PENGERTIAN

Formulir interview terstruktur psikotropika adalah serangkaian pernyataan yang harus diisi oleh pasien psikiatri yang pertama kali melakukan pengobatan atau rehabilitasi medis kepada psikiater 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 Kejiwaan dan Perawat di Unit Rawat Jalan

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh pasien yang bersangkutan yang akan melakukan pengobatan di Unit Rawat Jalan

6. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
Nama	Diisi nama pasien	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.