

Anamnesis

Panduan pengisian form anamnesis pasien meliputi resume medis, CPPT, riwayat penyakit, kebidanan, gizi, rawat inap, edukasi, jadwal kontrol, kondisi sosial, status fungsional, surat-surat, dan manajemen alergi.

- [Form Anamnesis Umum](#)
- [Riwayat Penyakit](#)
- [Kebidanan](#)
- [Gizi](#)
- [Rawat Inap \(Tab\)](#)
- [Edukasi](#)
- [Jadwal Kontrol](#)
- [Kondisi Sosial](#)
- [Status Fungsional](#)
- [Surat Sakit dan Surat Lain](#)
- [Manajemen Alergi](#)

Form Anamnesis Umum

Form Anamnesis Umum

Tab **Resume Medis** adalah form utama anamnesis yang digunakan oleh dokter dan tenaga medis untuk mencatat keluhan pasien, asesmen klinis, tanda vital, serta diagnosis dalam satu tampilan terintegrasi. Form ini dirancang agar pengisian data medis dapat dilakukan secara cepat dan efisien.

Keluhan dan Riwayat Medis

Bagian pertama form menampilkan tiga kolom input utama:

- **Keluhan Utama** — Deskripsi keluhan yang dirasakan pasien. Dilengkapi dengan pencarian **SNOMED CT** yang terintegrasi dengan SatuSehat untuk standardisasi terminologi medis.
- **Anamnesis** — Catatan anamnesis lengkap dari wawancara dengan pasien.
- **Riwayat Penyakit** — Riwayat penyakit yang relevan dengan keluhan saat ini.

Tips: Gunakan shortcut **Ctrl+Enter** untuk menyimpan field dan otomatis pindah ke field berikutnya. Ini mempercepat proses pengisian form secara signifikan.

Fitur Smart Suggest (AI)

Tombol **Smart Suggest** tersedia di samping kolom Keluhan Utama. Fitur ini menggunakan kecerdasan buatan untuk memberikan saran diagnosis berdasarkan keluhan yang diinputkan. Klik tombol tersebut setelah mengisi keluhan utama untuk mendapatkan rekomendasi.

Asesmen Klinis

Bagian asesmen klinis mencakup empat dropdown penting:

- **Kesadaran** — Tingkat kesadaran pasien (Compos Mentis, Apatis, Somnolen, dll).
- **Prognosa** — Perkiraan prognosis pasien.
- **TACC** — Klasifikasi Time, Age, Complication, Comorbidity untuk penilaian BPJS.
- **Alasan TACC** — Penjelasan atau diagnosis komplikasi terkait TACC.

Tanda Vital dan Antropometri

Form menampilkan input tanda vital dalam format grid yang kompak:

- **Suhu** — Suhu tubuh dalam Celsius (rentang normal: 36-37.5°C).
- **Tensi** — Tekanan darah sistolik/diastolik dalam mmHg.
- **Nadi** — Frekuensi nadi per menit.
- **Pernapasan** — Frekuensi napas per menit.
- **SpO2** — Saturasi oksigen dalam persen.
- **Tinggi Badan** — Dalam sentimeter.
- **Berat Badan** — Dalam kilogram.
- **Lingkar Perut** — Dalam sentimeter.

Tips: BMI (Body Mass Index) dihitung secara otomatis setelah tinggi dan berat badan diisi. Hasil BMI ditampilkan dengan indikator warna sesuai kategori (Underweight, Normal, Overweight, Obesitas).

Diagnosis (ICD-10)

Bagian diagnosis memungkinkan pencarian kode ICD-10 secara langsung:

1. Ketikkan nama penyakit atau kode ICD-10 di kolom pencarian.
2. Pilih diagnosis dari daftar hasil pencarian.
3. Diagnosis akan otomatis tersimpan dan terhubung dengan sistem BPJS PCare.

CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi)

Di bawah form Resume Medis, terdapat form **CPPT** menggunakan format SOAP:

- **S (Subyektif)** — Keluhan yang disampaikan pasien.
- **O (Obyektif)** — Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang.
- **A (Assessment)** — Penilaian/diagnosis oleh tenaga medis.
- **P (Planning)** — Rencana tindakan dan terapi.
- **Instruksi Khusus** — Catatan instruksi tambahan.

CPPT juga mencatat **Tipe Petugas**, **Nama Petugas**, dan **Waktu Periksa** untuk dokumentasi lengkap.

Tombol Riwayat

Klik tombol **Riwayat** (kuning) pada header form untuk membuka sidebar yang menampilkan riwayat anamnesis dari kunjungan-kunjungan sebelumnya. Ini membantu dokter melihat perkembangan kondisi pasien dari waktu ke waktu.

Hak Akses

Form anamnesis memerlukan hak akses `view rm anamnesis` untuk dapat ditampilkan.

Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit

Tab **Riwayat Penyakit** digunakan untuk mencatat riwayat penyakit dahulu pasien, riwayat alergi, serta riwayat pengobatan sebelumnya. Informasi ini sangat penting untuk mendukung pengambilan keputusan klinis dan menghindari interaksi obat yang berbahaya.

Riwayat Penyakit Dahulu

Form menampilkan daftar penyakit umum dalam format checkbox yang dapat dipilih secara cepat:

- **Tekanan Darah Tinggi** — Riwayat hipertensi.
- **Penyakit Kencing Manis** — Riwayat diabetes mellitus.
- **Stroke** — Riwayat gangguan serebrovaskular.
- **Penyakit Jantung** — Riwayat penyakit kardiovaskular.
- **Penyakit Ginjal** — Riwayat gangguan ginjal.
- **Penyakit Paru** — Riwayat gangguan pernapasan.
- **Penyakit Kejiwaan** — Riwayat gangguan psikiatri.
- **Lainnya** — Field teks bebas untuk penyakit lain yang tidak ada dalam daftar.

Tips: Centang semua penyakit yang relevan. Anda dapat mencentang lebih dari satu penyakit sekaligus. Untuk penyakit yang tidak tercantum, gunakan opsi "Lainnya" dan tuliskan secara manual.

Riwayat Alergi

Bagian riwayat alergi dimulai dengan pertanyaan apakah pasien memiliki alergi:

1. Pilih **Tidak** jika pasien tidak memiliki riwayat alergi.
2. Pilih **Ya** untuk menampilkan form input alergi.
3. Jika Ya, pilih **Jenis Alergi** dari dropdown (Makanan, Udara, atau Obat).
4. Ketikkan nama alergen pada kolom input.
5. Klik tombol **Tambah** untuk menyimpan alergi ke daftar.

Setiap alergi yang ditambahkan akan tampil sebagai tag/badge yang dapat dihapus dengan mengklik ikon silang.

Perhatian: Data alergi yang dicatat di sini akan muncul sebagai peringatan pada modul e-Resep saat dokter meresepkan obat. Pastikan data alergi diisi dengan akurat untuk keselamatan pasien.

Riwayat Keluarga

Catatan riwayat penyakit yang diderita oleh anggota keluarga pasien. Informasi ini berguna untuk identifikasi faktor risiko genetik dan herediter.

Riwayat Pengobatan

Bagian ini mencatat obat-obatan yang sedang atau pernah dikonsumsi pasien, meliputi:

- Nama obat yang sedang dikonsumsi
- Dosis dan frekuensi
- Lama penggunaan obat

Penyimpanan Data

Setiap perubahan pada form riwayat penyakit akan tersimpan secara otomatis saat Anda berpindah antar field atau mengklik di luar area input. Tidak perlu menekan tombol simpan secara manual.

Tombol Riwayat

Klik tombol **Riwayat** (kuning) untuk melihat data riwayat penyakit dari kunjungan sebelumnya melalui sidebar di sisi kanan layar.

Kebidanan

Kebidanan

Tab **Kebidanan** digunakan khusus untuk mencatat data obstetri dan ginekologi pasien perempuan. Tab ini relevan untuk kunjungan di poli kebidanan, kandungan, atau ketika pasien memiliki riwayat kehamilan yang perlu didokumentasikan.

Riwayat Menstruasi

Bagian pertama form mencatat data menstruasi pasien:

- **Umur Menarce** — Usia pertama kali pasien mengalami menstruasi.
- **HPHT** — Hari Pertama Haid Terakhir, penting untuk perhitungan usia kehamilan.
- **TP (Taksiran Persalinan)** — Perkiraan tanggal persalinan berdasarkan HPHT.

Riwayat Perkawinan

Mencatat informasi status perkawinan pasien:

- **Status Perkawinan** — Kawin, Belum Kawin, atau Janda.
- **Jumlah Perkawinan Suami** — Berapa kali suami menikah (1 kali, 2 kali, atau lebih).
- **Jumlah Perkawinan Istri** — Berapa kali istri menikah.

Riwayat Kehamilan dan Persalinan

Bagian ini mencatat detail obstetri penting:

- **Gravida (G)** — Jumlah kehamilan.
- **Para (P)** — Jumlah persalinan.
- **Abortus (A)** — Jumlah keguguran.
- **Hidup** — Jumlah anak yang hidup.

Riwayat Kontrasepsi

Mencatat penggunaan kontrasepsi pasien saat ini dan sebelumnya. Data ini penting untuk perencanaan perawatan kebidanan yang tepat.

Tips: Tab Kebidanan sebaiknya diisi lengkap untuk pasien yang berkunjung ke poli KIA/Kebidanan. Data ini akan tersedia di seluruh kunjungan pasien selanjutnya sebagai referensi.

Penyimpanan Data

Data kebidanan tersimpan otomatis setiap kali field diubah. Perubahan dapat dilihat kembali melalui tombol **Riwayat**.

Kapan Menggunakan Tab Ini

- Kunjungan antenatal care (ANC)
- Pemeriksaan kehamilan rutin
- Konsultasi program KB
- Kunjungan pasca persalinan
- Pemeriksaan ginekologi

Gizi

Gizi

Tab **Permasalahan Gizi** digunakan untuk melakukan skrining dan penilaian status gizi pasien. Form ini menggunakan sistem skoring untuk mendeteksi risiko malnutrisi dan membantu perencanaan intervensi gizi yang tepat.

Skrining Perubahan Berat Badan

Pertanyaan pertama menanyakan apakah ada perubahan berat badan signifikan dalam 6 bulan terakhir:

- **Tidak (skor 0)** — Tidak ada perubahan berat badan.
- **Ya (skor 1)** — Ada perubahan berat badan.
- **Tidak yakin / Baju terasa longgar (skor 2)** — Pasien tidak yakin tetapi ada indikasi perubahan.

Jumlah Perubahan Berat Badan

Jika ada perubahan, dokumentasikan jumlahnya:

- **1-5 kg (skor 1)**
- **6-10 kg (skor 2)**
- **11-15 kg (skor 3)**
- **16-20 kg (skor 4)**

Intake Makanan

Menilai apakah intake makanan berkurang karena tidak ada nafsu makan:

- **Tidak (skor 0)** — Nafsu makan normal.
- **Ya (skor 1)** — Nafsu makan berkurang.

Interpretasi Skor

Total skor dari ketiga pertanyaan di atas menentukan tingkat risiko gizi:

- **Skor 0-1** — Risiko rendah. Tidak perlu intervensi gizi khusus.
- **Skor 2-3** — Risiko sedang. Perlu monitoring dan konsultasi gizi.

- **Skor 4+** — Risiko tinggi. Perlu intervensi gizi segera dan rujukan ke ahli gizi.

Perhatian: Pasien dengan skor risiko tinggi sebaiknya segera dirujuk ke ahli gizi untuk penilaian dan intervensi lebih lanjut. Dokumentasikan rencana diet pada catatan khusus.

Rencana Diet

Berdasarkan hasil skrining, tenaga medis dapat mendokumentasikan rencana diet yang sesuai, meliputi:

- Jenis diet yang direkomendasikan
- Jumlah kalori harian
- Restriksi makanan tertentu
- Suplemen nutrisi jika diperlukan

Tips: Data skrining gizi ini memenuhi standar akreditasi rumah sakit dan puskesmas. Pastikan form ini diisi untuk setiap kunjungan pasien rawat inap dan pasien dengan indikasi gangguan gizi.

Penyimpanan Data

Data gizi tersimpan otomatis dan dapat ditinjau ulang melalui tombol **Riwayat** untuk melihat tren status gizi pasien dari waktu ke waktu.

Rawat Inap (Tab)

Rawat Inap (Tab)

Tab **Rawat Inap** digunakan untuk mencatat permintaan dan data rawat inap pasien yang memerlukan perawatan lanjutan di fasilitas kesehatan. Tab ini tersedia di dalam sub-menu Anamnesis pada Detail Kunjungan.

Informasi Rawat Inap

Form rawat inap mencakup data-data berikut:

- **Nomor** — Nomor surat rawat inap yang digenerate otomatis oleh sistem.
- **Nomor Referensi** — Nomor referensi untuk keperluan cross-reference dengan sistem lain.
- **Tanggal** — Tanggal permintaan rawat inap, default hari ini.
- **Ruang Perawatan** — Pilih jenis ruang perawatan yang dituju dari dropdown (VIP, Kelas 1, Kelas 2, Kelas 3, dll).
- **Jenis Perawatan** — Jenis perawatan yang diperlukan.
- **Dokter** — Dokter penanggung jawab rawat inap.
- **Indikasi** — Alasan medis mengapa pasien perlu dirawat inap.
- **Keterangan** — Catatan tambahan untuk rawat inap.

Cara Mengisi Form Rawat Inap

1. Buka tab **Rawat Inap** pada sub-menu Anamnesis.
2. Pilih **Ruang Perawatan** yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
3. Pilih **Jenis Perawatan** yang diperlukan.
4. Pilih **Dokter** penanggung jawab.
5. Isi **Indikasi** rawat inap secara detail.
6. Tambahkan **Keterangan** jika diperlukan.
7. Klik tombol **Simpan** untuk menyimpan data.

Tips: Setelah data tersimpan, form akan beralih ke mode read-only. Untuk mengubah data, klik tombol **Edit**. Untuk menghapus permintaan rawat inap, klik tombol **Hapus**.

Status Form

Form rawat inap memiliki beberapa status:

- **Mode Input** — Saat form belum diisi atau dalam mode edit.
- **Mode Read-only** — Setelah data tersimpan, form menjadi read-only.
- **Mode Edit** — Saat tombol Edit diklik, form kembali dapat diedit.

Perhatian: Pastikan data indikasi rawat inap diisi dengan lengkap karena data ini akan digunakan sebagai dasar persetujuan rawat inap dan klaim BPJS.

Edukasi

Edukasi

Tab **Edukasi Pasien** digunakan untuk mendokumentasikan edukasi yang diberikan kepada pasien atau keluarga selama kunjungan. Dokumentasi edukasi merupakan bagian penting dari standar akreditasi fasilitas kesehatan.

Kesediaan Menerima Informasi

Langkah pertama adalah menanyakan kesediaan pasien atau keluarga untuk menerima edukasi:

- **Tidak** — Pasien/keluarga menolak menerima edukasi. Catat alasannya.
- **Ya** — Pasien/keluarga bersedia menerima edukasi.

Hambatan Edukasi

Jika terdapat hambatan dalam proses edukasi, centang faktor penghambat yang sesuai:

- **Pendengaran** — Gangguan pendengaran yang menghambat komunikasi.
- **Penglihatan** — Gangguan penglihatan yang menghambat membaca materi edukasi.
- **Fisik** — Keterbatasan fisik yang mempengaruhi proses edukasi.
- **Bahasa** — Perbedaan bahasa antara edukator dan pasien.
- **Budaya** — Faktor budaya yang mempengaruhi penerimaan edukasi.
- **Lainnya** — Faktor hambatan lain yang tidak tercantum, bisa diisi secara manual.

Materi Edukasi

Dokumentasikan jenis edukasi yang diberikan dengan mencentang opsi yang sesuai:

- Edukasi tentang penyakit dan kondisi pasien
- Edukasi penggunaan obat
- Edukasi nutrisi dan diet
- Edukasi rehabilitasi dan latihan
- Edukasi pencegahan dan gaya hidup sehat

Konfirmasi Pemahaman

Setelah edukasi diberikan, catat tingkat pemahaman pasien/keluarga:

- **Memahami** — Pasien/keluarga memahami materi edukasi.
- **Perlu diulang** — Diperlukan edukasi ulang di kunjungan berikutnya.

Tips: Dokumentasi edukasi yang lengkap akan membantu dalam proses akreditasi dan menjadi bukti bahwa faskes telah memenuhi kewajiban edukasi kepada pasien.

Penyimpanan Data

Data edukasi tersimpan otomatis setiap kali checkbox atau radio button diklik. Riwayat edukasi dari kunjungan sebelumnya dapat diakses melalui tombol **Riwayat**.

Jadwal Kontrol

Jadwal Kontrol

Tab **Jadwal Kontrol** memungkinkan dokter untuk membuat jadwal kunjungan kontrol berikutnya bagi pasien. Fitur ini terintegrasi dengan sistem antrean BPJS dan dapat menghasilkan surat kontrol yang siap dicetak.

Membuat Jadwal Kontrol

Untuk membuat jadwal kontrol baru, ikuti langkah berikut:

1. Buka tab **Jadwal Kontrol** pada sub-menu Anamnesis.
2. Pilih **Instalasi** tujuan kontrol.
3. Pilih **Unit/Poli** tujuan.
4. Pilih **Ruangan** yang spesifik.
5. Pilih **SMF** (Staf Medis Fungsional).
6. Pilih **Dokter** yang dituju.
7. Tentukan **Tanggal dan Waktu Kontrol** menggunakan date picker.
8. Isi **Rencana** tindakan pada kunjungan kontrol.
9. Isi **Diagnosis** yang relevan.
10. Klik tombol **Simpan**.

Nomor Kontrol

Sistem akan otomatis menghasilkan **Nomor Kontrol** setelah jadwal disimpan. Nomor ini diperlukan untuk:

- Pendaftaran ulang pasien saat kunjungan kontrol
- Referensi pada sistem BPJS (jika pasien BPJS)
- Pencetakan surat kontrol

Dropdown Berjenjang

Form jadwal kontrol menggunakan sistem dropdown berjenjang:

- Pemilihan **Instalasi** akan memuat daftar Unit.
- Pemilihan **Unit** akan memuat daftar Ruangan.
- Pemilihan **SMF** akan memuat daftar Dokter.

Tips: Dropdown secara otomatis memuat opsi berdasarkan pilihan sebelumnya. Tunggu sebentar jika data masih loading (ditandai spinner).

Cetak Surat Kontrol

Setelah jadwal kontrol tersimpan, tombol **Cetak** akan muncul. Klik untuk mencetak Surat Kontrol dalam format A4 yang berisi:

- Data identitas pasien
- Tanggal dan waktu kontrol
- Poli dan dokter tujuan
- Rencana tindakan
- Nomor kontrol

Edit dan Hapus Jadwal

Jadwal kontrol yang sudah tersimpan dapat:

- **Diedit** — Klik tombol Edit untuk mengubah data jadwal.
- **Dihapus** — Klik tombol Hapus untuk menghapus jadwal kontrol.

Perhatian: Untuk pasien BPJS, jadwal kontrol akan tersinkronisasi dengan sistem BPJS PCare. Pastikan data sudah benar sebelum menyimpan karena perubahan akan mempengaruhi data di sistem BPJS.

Kondisi Sosial

Kondisi Sosial

Tab **Sosial dan Psikososial** digunakan untuk mencatat kondisi sosial, psikologi, dan dukungan keluarga pasien. Data ini membantu tenaga medis memahami faktor non-medis yang mempengaruhi kondisi dan pemulihan pasien.

Hubungan dengan Anggota Keluarga

Pilih salah satu status hubungan keluarga pasien:

- **Baik** — Hubungan harmonis dengan anggota keluarga.
- **Tidak Baik** — Terdapat konflik atau hubungan kurang harmonis.
- **Lainnya** — Kondisi khusus yang perlu dijelaskan secara manual.

Status Psikologi

Centang kondisi psikologi yang dialami pasien saat ini. Bisa lebih dari satu:

- **Tenang** — Pasien dalam kondisi emosional stabil.
- **Marah** — Pasien menunjukkan tanda-tanda kemarahan.
- **Cemas** — Pasien mengalami kecemasan.
- **Takut** — Pasien merasa ketakutan.
- **Kecenderungan Bunuh Diri** — Pasien menunjukkan tanda risiko bunuh diri.
- **Lainnya** — Kondisi psikologi lain yang tidak tercantum.

Perhatian: Jika terdeteksi *kecenderungan bunuh diri*, segera laporkan kepada dokter penanggung jawab dan lakukan protokol penanganan sesuai standar faskes.

Status Ekonomi

Dokumentasi kondisi ekonomi pasien untuk membantu perencanaan perawatan dan penjaminan:

- Tingkat penghasilan keluarga
- Sumber pembiayaan kesehatan
- Ketersediaan dukungan finansial

Dukungan Keluarga

Catat tingkat dukungan yang diberikan keluarga terhadap proses perawatan pasien. Informasi ini penting untuk rencana pemulangan dan perawatan lanjutan di rumah.

Tips: Data kondisi sosial sangat berguna untuk perencanaan discharge planning, terutama pada pasien rawat inap. Isi form ini sejak kunjungan awal agar tim medis dapat merencanakan perawatan yang komprehensif.

Penyimpanan Data

Semua perubahan tersimpan otomatis saat Anda mencentang checkbox atau memilih opsi. Data riwayat dapat diakses melalui tombol **Riwayat**.

Status Fungsional

Status Fungsional

Tab **Status Fungsional** digunakan untuk menilai kemampuan mobilitas dan kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Penilaian ini penting untuk perencanaan perawatan dan rehabilitasi yang tepat.

Penggunaan Alat Bantu

Centang alat bantu yang digunakan pasien untuk mobilitas:

- **Tongkat** — Pasien menggunakan tongkat untuk berjalan.
- **Walker** — Pasien menggunakan alat bantu jalan (walker).
- **Kursi Roda** — Pasien menggunakan kursi roda.
- **Mandiri** — Pasien tidak memerlukan alat bantu.
- **Brankard** — Pasien perlu diangkat dengan brankar.
- **Ketergantungan Total** — Pasien bergantung sepenuhnya pada bantuan orang lain. Laporkan ke dokter penanggung jawab.
- **Lainnya** — Alat bantu lain yang tidak tercantum, bisa diisi secara manual.

Perhatian: Jika pasien dalam kondisi *ketergantungan total*, pastikan untuk melaporkan kepada dokter dan melakukan penilaian risiko jatuh (fall risk assessment).

Cacat Tubuh

Dokumentasi adanya cacat tubuh pada pasien:

- **Tidak Ada** — Pasien tidak memiliki cacat tubuh.
- **Ada** — Terdapat cacat tubuh (detail dapat ditambahkan).
- **Lainnya** — Kondisi khusus yang perlu dijelaskan secara manual.

Skala Aktivitas Harian

Penilaian kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari meliputi:

- Kemampuan makan dan minum secara mandiri
- Kemampuan berpakaian

- Kemampuan toileting
- Kemampuan berpindah posisi (transfer)
- Kemampuan berjalan

Risiko Jatuh

Berdasarkan status fungsional, sistem dapat memberikan indikasi risiko jatuh pasien. Pasien dengan risiko tinggi perlu mendapatkan protokol pencegahan jatuh sesuai standar faskes.

Tips: Penilaian status fungsional sebaiknya dilakukan di awal kunjungan untuk memastikan kebutuhan pasien terpenuhi selama di fasilitas kesehatan. Data ini juga penting untuk dokumentasi akreditasi.

Penyimpanan Data

Data status fungsional tersimpan otomatis setiap kali Anda mencentang atau memilih opsi. Gunakan tombol **Riwayat** untuk melihat perubahan status fungsional pasien dari kunjungan ke kunjungan.

Surat Sakit dan Surat Lain

Surat Sakit dan Surat Lain

Tab **Surat Sakit** dan **Surat Lainnya** memungkinkan dokter untuk membuat berbagai surat keterangan medis langsung dari halaman kunjungan pasien. Surat-surat ini akan otomatis terisi dengan data pasien dan kunjungan yang relevan.

Surat Keterangan Sakit

Untuk membuat surat keterangan sakit:

1. Buka tab **Surat Sakit** pada sub-menu Anamnesis.
2. **No. Surat** akan digenerate otomatis berdasarkan tanggal.
3. Pilih **Tanggal** surat (default: hari ini).
4. Isi **Lama Sakit** (dalam hari).
5. Tambahkan **Keterangan** jika diperlukan.
6. Klik tombol **Simpan**.

Cetak Surat Sakit

Setelah surat tersimpan, klik tombol **Cetak** untuk mencetak surat keterangan sakit dalam format A4. Surat akan berisi:

- Kop surat fasilitas kesehatan
- Data identitas pasien (nama, tanggal lahir, alamat, pekerjaan)
- Diagnosis dan lama sakit
- Nama dan tanda tangan dokter
- Nomor surat resmi

Surat Keterangan Lainnya

Tab **Surat Lainnya** memungkinkan pembuatan berbagai jenis surat medis:

- **Surat Keterangan Sehat** — Surat yang menyatakan pasien dalam kondisi sehat.
- **Surat Keterangan Medis** — Surat keterangan medis umum.
- **Surat Keterangan Lainnya** — Jenis surat lain sesuai kebutuhan.

Cara Membuat Surat Lainnya

1. Buka tab **Surat Lainnya**.
2. Pilih **Jenis Surat** dari dropdown.
3. **No. Surat** otomatis digenerate.
4. Isi **Tanggal** surat.
5. Isi **Hasil Pemeriksaan** (untuk surat sehat).
6. Tambahkan **Keterangan** sesuai kebutuhan.
7. Opsi **Tampilkan Antropometri** dapat diaktifkan untuk menyertakan data tinggi/berat badan pada surat.
8. Klik **Simpan**.

Tips: Surat yang sudah tersimpan akan masuk ke mode read-only. Gunakan tombol **Edit** untuk mengubah atau **Hapus** untuk menghapus. Anda juga dapat melihat daftar surat yang pernah dibuat melalui sidebar.

Edit dan Hapus Surat

Surat yang sudah dibuat dapat diedit atau dihapus selama kunjungan belum difinalkan. Setelah kunjungan difinalkan, surat menjadi permanen dan tidak dapat diubah.

Perhatian: Nomor surat bersifat unik dan berurutan. Jika surat dihapus, nomor tersebut tidak akan digunakan kembali.

Manajemen Alergi

Manajemen Alergi

Fitur **Manajemen Alergi** pada Dekacare terintegrasi di dalam form Riwayat Penyakit pada tab Anamnesis. Sistem ini dirancang untuk memastikan data alergi pasien selalu tercatat dengan akurat dan menjadi peringatan penting saat penulisan resep obat.

Toggle Aktif/Nonaktif Alergi

Pada form Riwayat Penyakit, terdapat pilihan radio button untuk status alergi:

- **Tidak** — Pasien tidak memiliki riwayat alergi. Form input alergi tidak ditampilkan.
- **Ya** — Pasien memiliki alergi. Form input alergi akan muncul di bawah.

Input Alergi dengan Tag-based UI

Saat status alergi dipilih "Ya", form input alergi tampil dengan antarmuka berbasis tag:

1. Pilih **Jenis Alergi** dari dropdown:
 - **Makanan** — Alergi terhadap bahan makanan tertentu.
 - **Udara** — Alergi terhadap alergen yang terhirup (debu, serbuk sari, dll).
 - **Obat** — Alergi terhadap obat-obatan tertentu.
2. Ketikkan **nama alergen** pada kolom input teks.
3. Klik tombol **Tambah** (ikon +) untuk menambahkan ke daftar.
4. Alergi yang sudah ditambahkan akan tampil sebagai **tag/badge** berwarna.
5. Untuk menghapus alergi, klik ikon **X** pada tag tersebut.

Tampilan Tag Alergi

Setiap alergi ditampilkan sebagai badge dengan warna sesuai jenisnya:

- **Makanan** — Badge hijau.
- **Udara** — Badge biru.
- **Obat** — Badge merah (prioritas tinggi karena berkaitan langsung dengan resep).

Peringatan Alergi pada Resep

Data alergi yang diinputkan di sini akan secara otomatis memunculkan peringatan pada modul e-Resep:

- Saat dokter meresepkan obat yang termasuk dalam daftar alergi pasien, sistem akan menampilkan **peringatan visual**.
- Peringatan ini bertujuan mencegah kesalahan persepan yang dapat membahayakan pasien.

Perhatian: Data alergi obat sangat kritis untuk keselamatan pasien. Pastikan selalu memverifikasi data alergi dengan pasien pada setiap kunjungan dan perbarui jika ada perubahan.

Data Alergi Persisten

Data alergi bersifat persisten, artinya data yang diinputkan pada satu kunjungan akan tetap tersedia pada kunjungan-kunjungan berikutnya. Ini memastikan informasi alergi selalu terlihat tanpa perlu input ulang.

Tips: Biasakan untuk menanyakan dan memverifikasi alergi pasien di setiap kunjungan. Alergi baru bisa muncul kapan saja, dan data yang tidak diperbarui dapat menimbulkan risiko.