

Kunjungan

Panduan penggunaan modul Kunjungan pada Dekacare

- [Daftar Kunjungan](#)
 - [Halaman Utama Kunjungan](#)
 - [Detail Kunjungan](#)
- [Anamnesis](#)
 - [Form Anamnesis Umum](#)
 - [Riwayat Penyakit](#)
 - [Kebidanan](#)
 - [Gizi](#)
 - [Rawat Inap \(Tab\)](#)
 - [Edukasi](#)
 - [Jadwal Kontrol](#)
 - [Kondisi Sosial](#)
 - [Status Fungsional](#)
 - [Surat Sakit dan Surat Lain](#)
 - [Manajemen Alergi](#)
- [Pemeriksaan Fisik](#)
 - [Tanda Vital](#)
 - [Pemeriksaan Fisik](#)
- [Konsultasi dan Rujukan](#)
 - [Konsultasi](#)
 - [Rujukan](#)
- [Informed Consent](#)
 - [Formulir Informed Consent](#)
 - [Daftar Consent](#)

- [Summary dan Billing](#)
 - [Summary Kunjungan](#)
 - [Cetak Struk Kunjungan](#)

Daftar Kunjungan

Panduan penggunaan halaman daftar kunjungan pasien dan detail kunjungan.

Halaman Utama Kunjungan

Halaman Utama Kunjungan

Halaman **Daftar Kunjungan** merupakan pusat kendali utama untuk mengelola seluruh kunjungan pasien di fasilitas kesehatan Anda. Halaman ini menampilkan semua kunjungan aktif, selesai, maupun yang dibatalkan dalam satu tampilan yang komprehensif.

Mengakses Halaman Kunjungan

1. Buka menu navigasi di sidebar kiri.
2. Klik menu **Kunjungan** pada daftar menu.
3. Sistem akan menampilkan daftar kunjungan pasien hari ini secara default.

Filter Status Kunjungan

Di bagian atas halaman, tersedia filter status untuk menyaring daftar kunjungan:

- **Aktif** — Menampilkan kunjungan yang sedang berlangsung dan belum diselesaikan.
- **Selesai** — Menampilkan kunjungan yang sudah difinalkan oleh dokter.
- **Batal** — Menampilkan kunjungan yang telah dibatalkan.

Pencarian Pasien

Gunakan kolom pencarian untuk menemukan kunjungan berdasarkan:

- Nama pasien
- Nomor rekam medis (No. RM)
- Nomor pendaftaran

Tips: Pencarian bersifat real-time. Cukup ketikkan sebagian nama atau nomor, dan hasil akan langsung tersaring.

Filter Ruangan / Poli

Anda dapat memfilter kunjungan berdasarkan ruangan atau poli tertentu. Klik dropdown **Ruangan** di toolbar, lalu pilih poli tujuan yang diinginkan. Ini sangat berguna ketika faskes memiliki banyak poli dan Anda hanya ingin melihat kunjungan di poli tertentu.

Mode Panggilan (Call Mode)

Fitur **Mode Panggilan** memungkinkan petugas untuk memanggil pasien sesuai antrean. Cara mengaktifkan:

1. Klik tombol **Mode Panggilan** (ikon speaker) pada toolbar.
2. Banner kuning akan muncul di bagian atas bertuliskan "*Mode Panggilan Aktif*".
3. Pilih **Loket** dari dropdown yang tersedia.
4. Klik pada pasien di daftar untuk memanggil antrean mereka.
5. Untuk menonaktifkan, klik tombol **X** pada banner.

Perhatian: Pastikan perangkat audio terhubung dan volume sudah diatur sebelum menggunakan Mode Panggilan.

Tampilan Daftar Kunjungan

Setiap baris kunjungan menampilkan informasi ringkas berikut:

- **No. Antrean** — Nomor urut antrean pasien.
- **Nama Pasien** — Nama lengkap beserta nomor rekam medis.
- **Poli / Ruangan** — Tujuan kunjungan pasien.
- **Dokter** — Nama dokter pemeriksa.
- **Status** — Indikator status kunjungan (aktif, selesai, batal).
- **Penjamin** — Jenis penjaminan (Umum, BPJS, Asuransi).

Aksi pada Daftar Kunjungan

Klik pada baris kunjungan untuk membuka **Detail Kunjungan** dalam modal fullscreen. Dari sini Anda dapat mengakses seluruh sub-modul rekam medis elektronik.

Hak Akses

Halaman Daftar Kunjungan memerlukan hak akses `view kunjungan`. Hubungi administrator jika Anda tidak dapat mengakses halaman ini.

Detail Kunjungan

Detail Kunjungan

Halaman **Detail Kunjungan** adalah modal fullscreen yang menjadi pusat pengelolaan rekam medis elektronik (ERM) untuk setiap kunjungan pasien. Modal ini terbuka ketika Anda mengklik salah satu baris kunjungan pada halaman Daftar Kunjungan.

Informasi Header

Di bagian atas modal, Anda akan melihat informasi penting kunjungan:

- **No. Pendaftaran** — Nomor unik pendaftaran pasien.
- **No. Kunjungan** — Nomor unik kunjungan saat ini.
- **Detail Pasien** — Nama, tanggal lahir, jenis kelamin, nomor rekam medis, alamat, dan informasi penjamin.

Navigasi Tab Utama

Detail Kunjungan memiliki beberapa tab utama yang dapat diakses secara berurutan:

1. **ERM (Electronic Medical Record)** — Tab utama untuk pengisian rekam medis elektronik, berisi sub-tab: MCU, Anamnesis, Pemeriksaan Fisik, dan lainnya.
2. **Layanan** — Pengelolaan tindakan dan layanan medis.
3. **Laboratorium** — Permintaan dan hasil pemeriksaan laboratorium.
4. **Radiologi** — Permintaan dan hasil pemeriksaan radiologi.
5. **Konsultasi & Rujukan** — Permintaan konsultasi dan pembuatan rujukan.
6. **Informed Consent** — Pengelolaan formulir persetujuan tindakan medis.
7. **Summary** — Ringkasan tagihan dan billing kunjungan.

Tips: Gunakan tombol **Kembali** dan **Lanjut** di pojok kiri atas untuk berpindah antar tab secara berurutan tanpa perlu mengklik tab satu per satu.

Status Pulang

Dropdown **Status Pulang** di header memungkinkan dokter untuk menentukan kondisi akhir pasien. Pilihan status pulang meliputi: Sembuh, Membaik, Belum Sembuh, Dirujuk, Meninggal, dan lainnya sesuai konfigurasi faskes.

Tombol Aksi

Di pojok kanan atas modal terdapat beberapa tombol aksi:

- **Reload** (ikon refresh hijau) — Memuat ulang data kunjungan aktif.
- **Batal Visit** (merah) — Membatalkan kunjungan. Memerlukan hak akses `cancel kunjungan`.
- **Batal Final** (outline merah) — Membatalkan finalisasi kunjungan yang sudah selesai.
- **Tutup** — Menutup modal detail kunjungan.
- **Final** (biru) — Menyelesaikan dan memfinalkan kunjungan. Memerlukan hak akses `final kunjungan`.

Perhatian: Setelah kunjungan di-*final*-kan, seluruh form rekam medis menjadi *read-only* dan tidak dapat diedit lagi kecuali dilakukan *Batal Final* oleh petugas yang berwenang.

Panel Informasi Pasien

Di sisi kiri atau atas modal, terdapat panel **Detail Header** yang menampilkan ringkasan informasi pasien meliputi:

- Nama lengkap dan foto pasien (jika tersedia)
- Tanggal lahir dan usia
- Jenis kelamin
- Nomor rekam medis
- Alamat
- Penjamin dan nomor kartu BPJS (jika berlaku)

Alur Kerja Kunjungan

Berikut adalah alur kerja umum pengelolaan kunjungan:

1. Buka detail kunjungan dari daftar.
2. Isi **Anamnesis** (keluhan, riwayat, tanda vital).
3. Lakukan **Pemeriksaan Fisik**.
4. Tambahkan **Layanan/Tindakan** jika diperlukan.
5. Buat permintaan **Laboratorium** atau **Radiologi** jika diperlukan.
6. Tentukan **Status Pulang**.
7. Periksa **Summary** tagihan.

8. Klik **Final** untuk menyelesaikan kunjungan.

Hak Akses

Setiap tab dan aksi dalam Detail Kunjungan memiliki hak akses tersendiri. Pastikan role pengguna sudah dikonfigurasi dengan benar oleh administrator.

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

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 persepsan 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.

Pemeriksaan Fisik

Panduan pengisian tanda vital dan pemeriksaan fisik per sistem organ.

Tanda Vital

Tanda Vital

Form **Tanda Vital** digunakan untuk mencatat parameter fisiologis dasar pasien. Data tanda vital sangat penting sebagai baseline untuk pemantauan kondisi pasien selama kunjungan.

Parameter Tanda Vital

Form tanda vital tersedia di dua lokasi: pada tab **Pemeriksaan > Tanda Vital** (form lengkap) dan pada form **Resume Medis** (form ringkas terintegrasi). Parameter yang dicatat meliputi:

Keadaan Umum dan Kesadaran

- **Keadaan Umum** — Deskripsi kondisi umum pasien (baik, sedang, lemah).
- **Kesadaran** — Tingkat kesadaran pasien, dipilih dari dropdown:
 - Compos Mentis (sadar penuh)
 - Apatis
 - Somnolen
 - Stupor
 - Koma

Tekanan Darah

- **Sistolik** — Tekanan darah atas dalam mmHg (rentang normal: 90-140).
- **Diastolik** — Tekanan darah bawah dalam mmHg (rentang normal: 60-90).

Sistem akan menampilkan validasi jika nilai di luar rentang wajar (sistolik 70-250 mmHg, diastolik 40-150 mmHg).

Suhu Tubuh

- **Suhu** — Suhu tubuh dalam derajat Celsius.
- Rentang normal: 36.0 - 37.5°C.
- Validasi: 35 - 42°C.

Frekuensi Nadi

- **Nadi** — Frekuensi denyut nadi per menit.
- Rentang normal dewasa: 60-100 x/menit.

Frekuensi Napas

- **Napas** — Frekuensi pernapasan per menit.
- Rentang normal dewasa: 12-20 x/menit.

Saturasi Oksigen (SpO2)

- **SpO2** — Kadar oksigen dalam darah, diukur dengan pulse oximeter.
- Rentang normal: 95-100%.

Antropometri

- **Tinggi Badan (TB)** — Dalam sentimeter.
- **Berat Badan (BB)** — Dalam kilogram.
- **Lingkar Perut** — Dalam sentimeter.
- **BMI** — Body Mass Index, dihitung otomatis dari TB dan BB.

Tips: BMI otomatis dihitung dengan rumus: $BB \text{ (kg)} / TB \text{ (m)}^2$. Kategori BMI: Underweight (<18.5), Normal (18.5-24.9), Overweight (25-29.9), Obesitas (≥ 30).

Waktu Pemeriksaan

Catat waktu pemeriksaan tanda vital dilakukan. Default adalah waktu saat ini, tetapi dapat diubah sesuai kebutuhan.

Riwayat Tanda Vital

Klik tombol **Riwayat** untuk melihat grafik tren tanda vital pasien dari kunjungan-kunjungan sebelumnya. Ini sangat berguna untuk memantau perkembangan kondisi pasien secara longitudinal.

Perhatian: Sistem akan menampilkan peringatan jika nilai tanda vital di luar rentang normal. Segera konsultasikan dengan dokter penanggung jawab jika ditemukan nilai abnormal.

Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik

Tab **Pemeriksaan Fisik** digunakan untuk mendokumentasikan hasil pemeriksaan fisik pasien secara sistematis per organ/sistem tubuh. Form ini menggunakan format checkbox yang memudahkan pengisian cepat dengan opsi "dalam batas normal" atau temuan abnormal spesifik.

Pemeriksaan Kepala

Dokumentasi temuan pemeriksaan kepala:

- **Dalam batas normal** — Tidak ditemukan kelainan.
- **Othorea** — Cairan keluar dari telinga.
- **Konjungtiva anemis** — Tanda anemia pada mata.
- **Sklera ikterik** — Kekuningan pada mata (tanda masalah hepar).
- **Rhinorea** — Cairan keluar dari hidung.
- **Lainnya** — Temuan lain yang tidak tercantum.

Pemeriksaan Leher

- **Dalam batas normal**
- **Kaku kuduk** — Kekakuan pada leher (tanda meningitis).
- **Pembesaran kelenjar tiroid**
- **Pembesaran kelenjar getah bening**
- **Lainnya**

Pemeriksaan Thoraks

- **Dalam batas normal**
- **Perkusi redup** — Suara perkusi abnormal.
- **Ronkhi** — Suara napas abnormal.
- **Suara napas menurun**
- **Wheezing** — Suara mengi.
- **Bunyi jantung murmur**
- **Lainnya**

Pemeriksaan Abdomen

- **Dalam batas normal**
- **Nyeri tekan** — Nyeri saat ditekan.
- **Distensi abdomen** — Perut kembung/membesar.
- **Shifting dullness** — Tanda adanya cairan di perut.
- **Bising usus abnormal**
- **Lainnya**

Pemeriksaan Ekstremitas

- **Dalam batas normal**
- **Edema** — Pembengkakan.
- **Deformitas** — Kelainan bentuk.
- **Kekuatan otot abnormal**
- **Akral dingin** — Ujung jari/kaki dingin.
- **CRT > 2 detik** — Capillary Refill Time lambat.
- **Lainnya**

Tips: Untuk pemeriksaan cepat, centang "Dalam batas normal" pada setiap bagian yang tidak ditemukan kelainan. Hanya detail abnormalitas yang perlu didokumentasikan secara spesifik.

Panel Khusus

Selain pemeriksaan fisik umum, tersedia panel pemeriksaan khusus untuk spesialisasi tertentu:

- **Pemeriksaan Gigi** — Odontogram dan status gigi geligi.
- **Pemeriksaan Mata** — Visus, segmen anterior, dan funduskopi.
- **Pemeriksaan Obsgyn** — Pemeriksaan obstetri dan ginekologi.

Tombol Riwayat

Klik tombol **Riwayat** pada header form untuk melihat hasil pemeriksaan fisik dari kunjungan-kunjungan sebelumnya melalui sidebar.

Penyimpanan Data

Setiap perubahan checkbox atau input teks akan tersimpan otomatis. Data pemeriksaan fisik terhubung dengan sistem rekam medis elektronik dan dapat diakses kembali kapan saja.

Perhatian: Dokumentasi pemeriksaan fisik merupakan komponen penting rekam medis yang bernilai hukum. Pastikan semua temuan didokumentasikan secara akurat dan lengkap.

Konsultasi dan Rujukan

Panduan pembuatan permintaan konsultasi antar poli dan pembuatan surat rujukan ke fasilitas kesehatan lain.

Konsultasi

Konsultasi

Fitur **Konsultasi** memungkinkan dokter untuk meminta pendapat atau konsultasi dari dokter spesialis atau poli lain di dalam fasilitas kesehatan yang sama. Permintaan konsultasi dicatat secara formal dan dapat dilacak statusnya.

Membuat Permintaan Konsultasi

Untuk membuat permintaan konsultasi baru:

1. Buka tab **Konsultasi & Rujukan** pada Detail Kunjungan.
2. Pilih **Tanggal Konsul** (default: tanggal hari ini dengan waktu saat ini).
3. Pilih **Tujuan Konsul** — Poli tujuan konsultasi dari dropdown.
4. Pilih **Dokter Tujuan** — Dokter spesialis yang dituju (daftar otomatis berdasarkan poli yang dipilih).
5. Isi **Alasan Konsul** — Jelaskan alasan mengapa konsultasi diperlukan.
6. Isi **Konsul yang Diminta** — Deskripsi tindakan atau pendapat yang diminta.
7. Klik tombol **Simpan**.

Daftar Riwayat Konsultasi

Setelah tersimpan, konsultasi akan muncul dalam tabel riwayat yang menampilkan:

- **No** — Nomor urut konsultasi.
- **Tanggal** — Waktu permintaan konsultasi dibuat.
- **Alasan** — Alasan konsultasi.
- **Konsul yang Diminta** — Detail permintaan.
- **Poli Tujuan** — Nama poli yang dituju.
- **Dokter Tujuan** — Nama dokter beserta gelar.
- **Status** — Status permintaan konsultasi (Menunggu, Diterima, Selesai).

Tips: Permintaan konsultasi akan masuk ke antrean poli tujuan. Dokter tujuan dapat melihat permintaan ini dan memberikan jawaban/rekomendasi melalui sistem.

Alur Konsultasi

1. Dokter pengirim membuat permintaan konsultasi.
2. Permintaan masuk ke poli tujuan.
3. Dokter tujuan menerima dan memberikan jawaban.
4. Status konsultasi berubah menjadi "Selesai".
5. Jawaban konsultasi dapat dilihat di riwayat konsultasi.

Hak Akses

Fitur konsultasi memerlukan hak akses pada tab Konsultasi & Rujukan. Pastikan role pengguna sudah dikonfigurasi dengan benar.

Perhatian: Permintaan konsultasi yang sudah dibuat tidak dapat dihapus. Pastikan data sudah benar sebelum menyimpan.

Rujukan

Rujukan

Fitur **Rujukan** digunakan untuk membuat surat rujukan pasien ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKTL). Fitur ini terintegrasi dengan sistem BPJS PCare untuk pasien peserta BPJS Kesehatan, sehingga proses rujukan dapat dilakukan secara elektronik.

Komponen Form Rujukan

Form rujukan terdiri dari beberapa bagian utama:

1. Resume Medis Terintegrasi

Bagian atas form menampilkan **Resume Medis** (collapsible) yang berisi data anamnesis pasien. Data ini secara otomatis disertakan pada surat rujukan. Jika terdapat data yang belum lengkap, sistem akan menampilkan peringatan berwarna merah.

Perhatian: Pastikan semua data yang diperlukan BPJS sudah lengkap sebelum membuat rujukan. Badge merah pada header menunjukkan jumlah data yang belum diisi.

2. Data Rujukan

- **Rujukan Khusus** — Checkbox untuk menandai rujukan khusus (misalnya, rujukan balik).
- **Tanggal Keluar** — Tanggal pasien keluar dari faskes (otomatis).
- **Tanggal Rencana Kunjungan** — Tanggal rencana kunjungan ke faskes tujuan (hari ini hingga max 7 hari ke depan).

3. Faskes Tujuan

1. Pilih **Faskes Tujuan** dari dropdown yang memuat daftar FKTL terdaftar.
2. Pilih **Poli Tujuan** sesuai kebutuhan rujukan.

4. Diagnosis dan Keterangan

- **Diagnosis** — Diisi otomatis dari data anamnesis, atau dapat diubah manual.
- **Keterangan** — Catatan tambahan untuk faskes tujuan.

Integrasi BPJS PCare

Untuk pasien BPJS, proses rujukan melibatkan validasi dan sinkronisasi dengan BPJS PCare:

1. Sistem memvalidasi kelengkapan data sesuai ketentuan BPJS.
2. Saat klik **Kirim Rujukan**, data dikirim ke server BPJS PCare.
3. BPJS mengembalikan **Nomor Rujukan** yang tersimpan otomatis di sistem.
4. Status berubah menjadi "Rujukan telah dikirim ke BPJS".

Tips: Jika terjadi error saat pengiriman ke BPJS, periksa kembali kelengkapan data anamnesis. Error yang umum terjadi meliputi: diagnosis belum diisi, tanda vital belum lengkap, atau TACC belum dipilih.

Edit dan Hapus Rujukan

Setelah rujukan berhasil dikirim ke BPJS:

- **Edit** — Klik tombol Edit untuk mengubah data rujukan. Perubahan akan dikirim ulang ke BPJS.
- **Hapus dari BPJS** — Klik tombol Hapus untuk menghapus rujukan dari sistem BPJS.

Cetak Surat Rujukan

Setelah rujukan berhasil dikirim, Anda dapat mencetak surat rujukan dalam format A4. Surat rujukan berisi:

- Data lengkap pasien dan faskes pengirim
- Diagnosis dan resume medis
- Faskes dan poli tujuan
- Nomor rujukan BPJS (jika berlaku)
- Tanda tangan dokter

Perhatian: Perubahan atau penghapusan rujukan BPJS akan mempengaruhi data di sistem BPJS secara langsung. Lakukan dengan hati-hati dan pastikan data sudah benar.

Informed Consent

Panduan pembuatan dan pengelolaan formulir persetujuan tindakan medis (informed consent) dengan tanda tangan digital.

Formulir Informed Consent

Formulir Informed Consent

Formulir **Informed Consent** adalah dokumen persetujuan tindakan medis yang harus ditandatangani oleh pasien atau wali sebelum dilakukan tindakan medis tertentu. Dekacare menyediakan form digital yang lengkap dengan fitur tanda tangan elektronik.

Mengakses Form Informed Consent

1. Buka tab **Informed Consent** pada Detail Kunjungan.
2. Klik tombol untuk membuat **Informed Consent Baru**.
3. Form akan menampilkan template informed consent standar.

Komponen Formulir

Formulir informed consent terdiri dari beberapa field yang harus diisi:

- **Nama** — Nama pasien atau penanggung jawab.
- **Dokter Pelaksana** — Pilih dokter yang akan melakukan tindakan dari dropdown.
- **Diagnosis (WD & DD)** — Working Diagnosis dan Differential Diagnosis.
- **Dasar Diagnosis** — Alasan penegakan diagnosis.
- **Tindakan Kedokteran** — Jenis tindakan yang akan dilakukan.
- **Indikasi Tindakan** — Alasan medis mengapa tindakan diperlukan.
- **Tata Cara** — Penjelasan prosedur tindakan.
- **Tujuan** — Tujuan yang ingin dicapai dari tindakan.
- **Risiko** — Risiko yang mungkin terjadi.
- **Komplikasi** — Kemungkinan komplikasi yang dapat timbul.
- **Prognosis** — Perkiraan hasil setelah tindakan.
- **Alternatif & Risiko** — Alternatif tindakan dan risikonya.
- **Lain-lain** — Informasi tambahan.

Tanda Tangan Digital

Form dilengkapi dengan **dua area tanda tangan digital**:

1. **Tanda Tangan Dokter** — Area untuk tanda tangan dokter pelaksana.
2. **Tanda Tangan Pasien/Keluarga** — Area untuk tanda tangan pasien atau wali.

Cara menggunakan tanda tangan digital:

1. Gunakan mouse atau stylus untuk menandatangani pada area yang disediakan.
2. Jika salah, klik tombol **Bersihkan** pada area tanda tangan untuk mengulangi.
3. Tanda tangan otomatis tersimpan saat form disubmit.

Tips: Untuk hasil tanda tangan yang lebih baik pada layar sentuh, gunakan stylus. Pada desktop, gunakan mouse dengan gerakan lambat dan hati-hati.

Submit Informed Consent

Setelah semua field diisi dan tanda tangan dibubuhkan:

1. Periksa kembali seluruh data yang diisi.
2. Klik tombol **Submit**.
3. Informed consent akan tersimpan dan muncul di daftar consent kunjungan.

Cetak Informed Consent

Setelah disubmit, dokumen informed consent dapat dicetak dalam format A4 standar yang mencakup seluruh informasi dan tanda tangan digital.

Perhatian: Informed consent adalah dokumen hukum yang mengikat. Pastikan pasien atau wali telah memahami seluruh informasi sebelum menandatangani. Dokumen yang sudah disubmit tidak dapat diedit.

Daftar Consent

Daftar Consent

Halaman **Daftar Consent** menampilkan seluruh informed consent yang telah dibuat untuk kunjungan saat ini maupun kunjungan sebelumnya. Halaman ini memungkinkan pengelolaan status persetujuan dan pencetakan dokumen.

Tampilan Tabel

Daftar consent ditampilkan dalam tabel dengan kolom-kolom berikut:

- **Nama** — Nama pasien atau penanggung jawab pada informed consent.
- **Diagnosis** — Diagnosis yang tercantum pada dokumen.
- **Dokter Pelaksana** — Nama dokter yang bertanggung jawab atas tindakan.
- **Dibuat** — Tanggal dan waktu pembuatan informed consent.
- **Status** — Status persetujuan:
 - **Menunggu** (badge kuning) — Belum ada keputusan dari pasien.
 - **Disetujui** (badge hijau) — Pasien/wali menyetujui tindakan.
 - **Ditolak** (badge merah) — Pasien/wali menolak tindakan.
- **Aksi** — Tombol-tombol aksi yang tersedia.

Aksi yang Tersedia

Setiap baris consent memiliki tombol aksi sesuai statusnya:

- **Cetak Informed Consent** (ikon printer) — Mencetak dokumen informed consent dalam format A4.
- **Setuju** (ikon centang, hanya untuk status Menunggu) — Mencatat persetujuan pasien/wali.
- **Tolak** (ikon silang, hanya untuk status Menunggu) — Mencatat penolakan pasien/wali.
- **Cetak Keputusan** (ikon printer hijau/merah) — Mencetak dokumen keputusan (persetujuan atau penolakan).

Proses Persetujuan/Penolakan

1. Pada daftar consent, temukan consent yang berstatus "Menunggu".
2. Klik tombol **Setuju** (centang) untuk membuka form persetujuan.
3. Atau klik tombol **Tolak** (silang) untuk membuka form penolakan.

4. Pada form keputusan, lengkapi data yang diperlukan.
5. Bubuhkan tanda tangan digital pasien/wali.
6. Submit keputusan.

Tips: Daftar consent mendukung pencarian dan pengurutan. Gunakan kolom pencarian untuk menemukan consent tertentu berdasarkan nama atau diagnosis.

Pencarian dan Filter

Tabel dilengkapi fitur pencarian dan pagination:

- **Pencarian** — Tekan Enter untuk mencari berdasarkan nama atau diagnosis.
- **Pengurutan** — Klik header kolom untuk mengurutkan data.
- **Pagination** — Navigasi antar halaman jika data lebih dari 10 record.

Cetak Dokumen

Terdapat dua jenis cetakan yang dapat dihasilkan:

- **Cetak Informed Consent** — Dokumen informasi tindakan medis lengkap.
- **Cetak Keputusan** — Dokumen persetujuan/penolakan beserta tanda tangan.

Perhatian: Keputusan persetujuan atau penolakan yang sudah disubmit bersifat final dan tidak dapat diubah. Pastikan pasien benar-benar memahami isi dokumen sebelum memberikan keputusan.

Summary dan Billing

Panduan penggunaan ringkasan kunjungan, kalkulasi biaya, pembayaran, dan pencetakan struk.

Summary Kunjungan

Ringkasan Layanan dan Tagihan

Tab **Summary** merupakan halaman akhir pada detail kunjungan yang menampilkan seluruh rincian layanan beserta kalkulasi biaya. Tab ini terbagi menjadi dua panel utama: **Rincian Tagihan** (75% layar) dan **Info Tagihan** (25% layar).

Panel Rincian Tagihan

Panel kiri menampilkan tabel lengkap semua layanan yang telah diberikan selama kunjungan. Data diambil secara otomatis dari berbagai sumber dan digabungkan dalam satu tabel.

Kolom Tabel

- **No** — Nomor urut item layanan
- **Unit Pelayanan** — Asal unit (Poli, Apotek, Lab, Radiologi)
- **Nama Pelayanan** — Deskripsi tindakan atau obat
- **Tanggal** — Waktu pelayanan diberikan (format DD-MM-YYYY HH:mm:ss)
- **Qty** — Jumlah item (ditampilkan dua desimal)
- **Harga** — Tarif satuan dalam Rupiah
- **Total** — Total biaya per item
- **Action** — Tombol edit khusus untuk item Apotek

Sumber Data

Sistem mengagregasi data dari empat sumber secara otomatis:

1. **Layanan** — Tindakan medis dan jasa pelayanan
2. **E-Resep** — Obat dan bahan habis pakai dari apotek
3. **Laboratorium** — Pemeriksaan lab yang telah dilakukan
4. **Radiologi** — Pemeriksaan radiologi yang telah dilakukan

Tips: Klik dua kali (double-click) pada kolom Total untuk mengedit harga item secara langsung. Fitur ini hanya tersedia jika tagihan belum difinalkan dan item bukan bagian dari paket layanan.

Edit Farmasi

Untuk item dari unit **Apotek**, tersedia tombol edit yang memungkinkan Anda membuka kembali detail order farmasi. Sistem akan menampilkan konfirmasi terlebih dahulu karena proses ini akan mengembalikan order ke kondisi awal.

Panel Info Tagihan

Panel kanan menampilkan ringkasan kalkulasi biaya dan form pembayaran.

Komponen Kalkulasi

- **Subtotal** — Total seluruh layanan sebelum penyesuaian
- **Diskon (Rp)** — Potongan harga dalam Rupiah (dapat diisi manual)
- **Pembulatan (Rp)** — Penyesuaian pembulatan harga (positif untuk pembulatan ke atas, negatif untuk ke bawah)
- **Subsidi BPJS** — Muncul otomatis untuk pasien BPJS, menampilkan nilai subsidi yang ditanggung BPJS
- **Ditanggung Penjamin** — Muncul untuk pasien dengan penjamin non-tunai dan non-BPJS, memungkinkan penambahan item tanggungan penjamin
- **Total Tagihan** — Hasil akhir setelah diskon dan pembulatan
- **Dibayar Pasien** — Jumlah yang harus dibayar pasien setelah dikurangi tanggungan penjamin

Form Pembayaran

- **Dibayar (Rp)** — Jumlah uang yang dibayarkan pasien
- **Kembalian (Rp)** — Dihitung otomatis dari selisih pembayaran dan total tagihan

Tips: Gunakan tombol pembulatan cepat yang tersedia untuk membulatkan nominal ke kelipatan 100 atau 1.000 ke atas maupun ke bawah, serta tombol Uang Pas untuk mengisi jumlah bayar sesuai total tagihan.

Reward Points

Jika fitur **Reward Points** aktif dan pengguna memiliki izin akses, panel tambahan akan muncul menampilkan:

- **Poin saat ini** — Saldo poin pasien saat ini
- **Poin didapatkan** — Estimasi poin yang akan diperoleh dari transaksi ini

Finalisasi Tagihan

Proses finalisasi tagihan merupakan langkah penting yang mengunci status pembayaran kunjungan.

Langkah Finalisasi

1. Pastikan seluruh layanan sudah lengkap dan benar pada tabel Rincian Tagihan
2. Isi diskon dan pembulatan jika diperlukan
3. Masukkan jumlah pembayaran pada kolom **Dibayar**
4. Klik tombol **Final Tagihan**
5. Sistem akan melakukan validasi (cek e-resep yang belum selesai, cek shift kasir jika mode shifting aktif)
6. Konfirmasi finalisasi — jika jumlah bayar kurang dari total, sistem akan menginformasikan bahwa sisa tagihan menjadi hutang pasien
7. Pilih apakah ingin mencetak kwitansi

Perhatian: Setelah tagihan difinalkan, kolom diskon, pembulatan, dan pembayaran akan terkunci. Gunakan tombol Batal Final jika perlu membatalkan finalisasi. Pastikan semua e-resep sudah diproses sebelum memfinalkan tagihan.

Pembatalan Finalisasi

Jika terjadi kesalahan setelah finalisasi, gunakan tombol **Batal Final** untuk membatalkan status pembayaran dan mengembalikan tagihan ke kondisi editable.

Cetak Struk Kunjungan

Cetak Struk dan Dokumen Tagihan

Dekacare menyediakan beragam format cetak untuk struk dan dokumen tagihan kunjungan. Semua fitur cetak tersedia pada tab **Summary** setelah data rincian tagihan dimuat.

Format Cetak Tersedia

Sistem mendukung beberapa format cetak yang dapat dipilih sesuai kebutuhan fasilitas kesehatan:

1. Cetak Rekap (Summary)

Cetak ringkasan tagihan kunjungan dengan dua pilihan format:

- **Kertas A4** — Format dokumen profesional dengan header fasilitas kesehatan, tabel rincian layanan lengkap, kalkulasi biaya, terbilang dalam huruf, dan informasi reward points jika tersedia
- **POS (Thermal 80mm)** — Format struk kasir untuk printer thermal, menampilkan ringkasan tagihan secara kompak dengan informasi metode pembayaran dan status lunas

Tips: Saat menekan tombol cetak rekap, sistem akan menampilkan dialog pilihan format. Pilih **Kertas A4** untuk dokumen resmi atau **POS** untuk struk kasir thermal.

2. Cetak Detail

Cetak rincian tagihan dengan tiga pilihan format yang lebih mendetail:

- **Format I (A4)** — Layout detail format pertama, menampilkan informasi lengkap pasien, daftar layanan terperinci, dan kalkulasi biaya dalam format A4
- **Format II (A4)** — Layout detail format kedua dengan tampilan alternatif, cocok untuk kebutuhan dokumentasi yang berbeda
- **POS (Thermal 80mm)** — Versi detail dalam format thermal, menampilkan itemisasi layanan yang lebih lengkap dibanding cetak rekap POS

3. Cetak Kwitansi

Kwitansi resmi sebagai bukti pembayaran yang sah:

- Dicitak secara otomatis saat finalisasi tagihan (opsional)
- Dapat dicetak ulang kapan saja menggunakan tombol **Cetak Ulang Kwitansi**
- Format A4 dengan header fasilitas kesehatan, nomor kwitansi, dan terbilang
- Menggunakan stylesheet khusus (`kwitansi.css`) untuk layout yang presisi

Kirim Kwitansi via WhatsApp

Selain cetak fisik, sistem juga mendukung pengiriman kwitansi digital melalui WhatsApp:

1. Klik tombol **WhatsApp** pada panel Info Tagihan
2. Sistem akan mengambil nomor telepon pasien dari data pendaftaran
3. Jika nomor tidak tersedia atau tidak valid, akan muncul dialog untuk memasukkan nomor secara manual
4. Kwitansi digital akan dikirim melalui layanan WhatsApp terintegrasi

Tips: Pastikan nomor telepon pasien sudah terisi dengan benar pada data pendaftaran agar pengiriman kwitansi WhatsApp berjalan otomatis tanpa perlu input manual.

Informasi pada Struk Cetak

Setiap format cetak memuat data-data berikut (d disesuaikan dengan format):

- **Header Fasilitas** — Nama, alamat, dan logo fasilitas kesehatan
- **Data Pasien** — Nama, NORM, tanggal kunjungan
- **Rincian Layanan** — Daftar tindakan, obat, lab, dan radiologi beserta harga
- **Kalkulasi** — Subtotal, diskon, pembulatan, total tagihan
- **Pembayaran** — Jumlah dibayar, kembalian, metode pembayaran
- **Terbilang** — Nominal dalam huruf (Bahasa Indonesia)
- **Status** — Lunas atau belum lunas dengan watermark
- **Reward Points** — Poin yang didapatkan dari transaksi (jika fitur aktif)

Pengaturan Font Cetak

Sistem mendukung konfigurasi font cetak yang dapat disesuaikan per fasilitas:

- Pengaturan font dikelola melalui menu **Pengaturan Faskes** dengan kunci `faskes:font-cetakan`
- Tersedia 17 pilihan font termasuk Google Fonts dan font ESCPOS untuk printer thermal
- Perubahan font berlaku untuk semua format cetak secara konsisten

Perhatian: Untuk printer thermal (POS), pastikan menggunakan font yang kompatibel dengan ESCPOS. Jika hasil cetak tidak sesuai, coba ubah pengaturan font pada menu

