

FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI FORMULIR


DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14100285045
Nama Lengkap : Lia Susilawati, S. Kep., Ners
Unit/Divisi/Komite : Kamar Operasi
No. Telepon/Ext : 1201
E-mail : liasusilawati2512@gmail.com

Tanggal : 01 November 2023

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
No/Kode Formulir : 170 / F / RM / RSIH / XI / 2023
No/Kode RM : 2.0.26 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : -

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

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
Selama ini belum adanya formulir Edukasi MOW
dan dilakukan isi formulir Consent saja

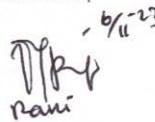
Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
Kertas F4

Tanda Tangan
Pemohon,



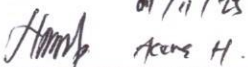
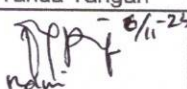
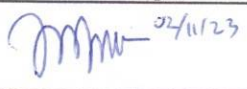

Lia Susilawati, S. Kep., Ners
503/813 / SiPP 177 / Dinkes / 2022

Tanda Tangan
Penerima,


6/11/23

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
F4 1 Ply			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Revisi Minori			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
dr. Rizki Nurrahman, Sp. OG 503/14138/42.drs/Dinkes/2021		dr. Hadiyana Sunardi, Sp.B 503/27383/46.drs/Dinkes/2021	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Rekam Medik sudah diselesaikan.	 01/11/23 Rizki H.	Revisi Lembar	 01/11/23 Rizki H.
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC Dilaksanakan	 02/11/23	ACC	 02/11/23

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

**Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)**

Nama : _____
 Tanggal Lahir : _____ (L / W)*
 No. RM : _____
 Ruangan/Kelas : _____ / _____
 DPJP : _____
 Penjamin : _____

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK

Medical Procedure Information

PEMBERIAN INFORMASI (Provision of Information)

Dokter Pelaksana Tindakan/*Medical staff conducting procedure* :

Pemberi Informasi/*information provider* :

Penerima Informasi/Pemberi persetujuan* :

Information receive/consent provider

JENIS INFORMASI (Type of information)	ISI INFORMASI (Content of information)	TANDA (v)
1 Diagnosis (WD & DD) Diagnosis (Working Diagnosis and Differential Diagnosis)		
2 Dasar Diagnosis Basic of Diagnosis	Untuk menghentikan kehamilan selanjutnya	
3 Tindakan Kedokteran/Tata Cara Medical Procedure/Method	TINDAKAN TUBEKTOMI (MOW) Metode kontrasepsi pada wanita dengan cara mengoklusi tuba falopi (mengikat dan memotong tuba) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum perdarahan pasca salin	
4 Indikasi Tindakan Medical Procedure Indication	a) Untuk Kontrasepsi Permanen yang ingin mengakhiri fertilitasnya b) Wanita yang mengalami masalah medis serius	
5 Tujuan Purposes of the Procedure	Untuk menghentikan kesuburan dengan tindakan medis supaya mencegah kehamilan permanen	
6 Risiko/Komplikasi Risks/Complications	a) Rasa tidak nyaman di area sayatan b) Nyeri pada bagian perut atau kram kelelahan kembung dan sakit di area bahu c) Perforasi uterus d) Komplikasi anestesi general e) Demam pasca operasi f) Kehamilan ektopik g) Perubahan pola menstruasi	
7 Prognosis Prognosis	<i>Dubia ad Bonam</i> (kemungkinan membaik)	
8 Alternatif & Risiko Alternative & Risks	Vasektomi (MOP) dan IUD Risiko MOP lebih sedikit dibanding dengan MOW Risiko IUD ada kemungkinan gagal IUD dan batas pemakaian maksimal IUD 5-8 tahun, jadi kemungkinan bongkar pasang	
9 Lain-lain Others		

Garut,Pukul..... WIB

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi.

Herewith stated that I have explain all information above correctly and clearly and provide opportunity to inquiries and/or discussion.

Dokter Pelaksana Tindakan

(.....)

Nama Jelas dan Tanda Tangan

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya.

Herewith stated that I have explain all information as mentioned above with my initials or sign on the right column, and have understand it..

Penerima Informasi

(.....)

Nama Jelas dan Tanda Tangan

*Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat. *If the patient incompetent or unable to receive information, the information receiver assigned to patient's custodian or next of kin.*

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK TUBEKTOMI (MOW)

TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK TUBEKTOMI (MOW)
170/F/RM/RSIH/XI/2023 (RM 2.9.26) – Rev.00

1. PENGERTIAN

Persetujuan Pemberian Tindakan Medik Tubektomi (MOW) adalah Persetujuan atau Informasi yang dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab terhadap pasien atau keluarga terdekat Pasien supaya mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan medik Tubektomi (MOW) yang akan dilakukan terhadap pasien.

2. TUJUAN

Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk menjamin pelaksanaan pelayanan Operasi yang tepat, aman, efektif, efisien dan kompeten dalam pelaksanaannya.

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk memberikan perlindungan hukum kepada dokter terhadap akibat yang tidak terduga dan bersifat negatif

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

a. Dokter Operator

5. MEKANISME PENGISIAN

a. Formulir Pemberian Informasi Medik Tubektomi (MOW) diisi oleh Dokter Operator, perawat dan keluarga pasien, Petugas Kesehatan lainnya lalu ditempel dengan stiker label pasien

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)		
Nama	Diisi nama Lengkap	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tgl Lahir L / W	Diisi tanggal lahir, L/W dipilih salah satu yang sesuai dengan cara di lingkari	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien diperiksa/ dirawat	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
DPJP	Diisi nama dokter yang akan melakukan tindakan anestesi pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Pemberi Informasi :		
Dokter pelaksana Tindakan	Diisi dokter pelaksana tindakan / DPJP	Dr Operator
Pemberi Informasi	Diisi Pemberi Informasi Tindakan Medik Tubektomi (MOW) dengan benar dan jelas	Dr Operator
Penerima Informasi	Diisi oleh pasien atau wali keluarga terdekat bila pasien tidak kompeten	Pasien atau wali/keluarga terdekat bila pasien tidak kompeten

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Diagnosis	Diisi diagnosis sesuai dengan hasil pengkajian yang dilakukan di bagian bagan isi informasi dan bila sudah dilakukan beri tanda ceklis di bagan tanda ceklis (√)	Dr Operator
Dasar Diagnosis	Diisi dasar diagnosis sesuai dengan hasil pengkajian yang dilakukan di bagian isi informasi dan bila sudah dilakukan beri tanda ceklis di bagan tanda ceklis (√)	Dr Operator
Tindakan Kedokteran	Jelaskan tindakan kedokteran terkait tindakan tubektomi (MOW) dengan jelas atau sesuai <i>template</i> dan beri tanda ceklis (√) di bagian bagan ceklis jika keluarga sudah memahami	Dr Operator
Indikasi Tindakan	Jelaskan indikasi tindakan tubektomi (MOW) dengan jelas atau sesuai <i>template</i> di bagan Isi Informasi kemudian beri tanda ceklis (√) di bagan tanda (√) jika keluarga sudah memahami	Dr Operator
Tujuan	Jelaskan tujuan tindakan tubektomi (MOW) dengan jelas atau sesuai <i>template</i> di bagan isi informasi kemudian beri tanda ceklis (√) di bagan tanda (√) jika keluarga sudah memahami	Dr Operator
Risiko / Komplikasi	Jelaskan risiko/komplikasi tindakan tubektomi (MOW) dengan jelas atau sesuai <i>template</i> di bagan isi informasi kemudian beri tanda ceklis (√) di bagan tanda (√) jika keluarga sudah memahami	Dr Operator
Prognosis	Jelaskan prognosis tindakan tubektomi (MOW) dengan jelas atau sesuai <i>template</i> di bagan isi informasi kemudian beri tanda ceklis (√) di bagan tanda (√) jika keluarga sudah memahami	Dr Operator
Alternatif & Risiko	Jelaskan alternatif & risiko tindakan tubektomi (MOW) dengan jelas atau sesuai <i>template</i> di bagan isi informasi kemudian beri tanda ceklis (√) di bagan tanda (√) jika keluarga sudah memahami	Dr Operator
Lain-lain	Diisi di kolom isi informasi bila ada tambahan tindakan atau penjelasan tambahan atau pun ada <i>therapy</i> yang di berikan sebelum atau sesudah tindakan dengan lengkap dan benar bila sudah diisi di bagian bagan isi informasi lalu di ceklis di bagan tanda ceklis (√)	Dr Operator
Tanda tangan	Diisi tanda tangan dan Nama Jelas Dokter Pelaksanan Tindakan Medik Tubektomi	Dr Operator

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
	(MOW) ini bahwa sudah menyatakan telah menerangkan hal-hal dengan lengkap dan benar	
	Diisi Tandatangan dan Nama Jelas Penerima Informasi Tindakan Medik Tubektomi (MOW) ini bahwa telah menerima informasi sebagaimana yang dokter pelaksana dijelaskan serta telah memahaminya	Pasien/Keluarga Pasien/Wali