



FORMULIR PERMINTAAN  
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080190073  
Nama Lengkap : Iman Nurjaman  
Unit/Divisi/Komite : U60  
No. Telepon/Ext : 111  
E-mail : sanit.gawat.darurat@rsintanhusada.com

Tanggal : 30/9/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan  
Judul Formulir : Perubahan Informasi Tindakan  
No/Kode Formulir : Indeks Persaingan / 117/F/AM/RSIH/IX/2022  
No/Kode RM\*\* : 2-9-14 (untuk form medis)  
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 2

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	0
Buffer stock :	5
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Penyesuaian dg Padsar dan

Komponen Perubahan

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

Perubahan kode formulir dan revisi minor

Tanda Tangan  
Pemohon,

Iman Nurjaman, S.Kep., Ners  
503/2584/SI/PA40/Dinkes/2022

Tanda Tangan  
Penerima,

Raw

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
Cetak F4 1 Ply			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC Revisi			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
Arif Nurjani			
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
		ditandatangani sesuai dengan penomoran baru	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Ace		ACC	
		drg. Muhammad Hasan MARS NIP. 2110183633	

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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



**Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)**

Nama : \_\_\_\_\_

Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ (L / W)\*

No. RM : 

--	--	--	--	--	--

Ruangan/Kelas : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dokter yang merawat : \_\_\_\_\_

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	Anamnesa Pemeriksaan Fisik USG	
3 Tindakan Kedokteran/Tata Cara Medical Procedure/Method	<b>INDUKSI PERSALINAN</b> Suatu tindakan untuk mempercepat proses / waktu persalinan dengan cara pemberian obat-obatan yang bekerja memacu kontraksi rahim	
4 Indikasi Tindakan Medical Procedure Indication	1. Inersia uteri (hipotonik) : rahim tidak berkontraksi maksimal 2. Postmatur (serotinus) : lebih bulan 3. IUFD (Intra Uterine Fetal Death) :bayi meninggal di dalam kandungan 4. KPD (Ketuban Pecah Dini) 5. Kala Aktif Memanjang : Persalinan Lama	
5 Tujuan Purposes of the Procedure	Mempercepat proses persalinan dan memperkuat kontaksi (his)	
6 Risiko/Koplikasi Risks/Complications	1. Dapat terjadi robekan dinding rahim 2. Dapat terjadi kelainan posisi kepala janin 3. Dapat terjadi gagal induksi	
7 Prognosis Prognosis	<i>Dubia ad Bonam</i> (kemungkinan membaik)	
8 Alternatif & Risiko Alternative & Risks	Alternatif : Tindakan <i>Sectio Caesarea</i> Resiko :Dapat terjadi kemungkinan yang lebih berat, bilamana tidak dilakukan penanganan sesuai dengan saran dokter.	
9 Lain-lain Others	Dapat terjadi kemungkinan yang lebih berat, bilamana tidak dilakukan penanganan sesuai dengan saran dokter.	

Garut, \_\_\_\_\_ pukul \_\_\_\_\_

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.*

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..*

\*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.*

Dokter Pelaksana Tindakan

(.....)

Nama Jelas dan Tanda Tangan

Penerima Informasi

(.....)

Nama Jelas dan Tanda Tangan

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK

\*Coret yang tidak/Cross out if not necessary

**TATA CARA PENGISIAN**  
**FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK**  
117/F/RM/RSIH/IX/2022 (RM 2.9.14) - Rev.02

**1. PENGERTIAN**

Formulir Pemberian Informasi adalah berkas berisikan informasi tindakan medik yang meliputi diagnosis, dasar diagnosis, tata cara tindakan kedokteran, indikasi tindakan, tujuan, risiko/komplikasi, prognosis, alternatif dan risiko terkait tindakan medik yang akan dilakukan untuk pasien dari Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).

**2. TUJUAN**

Untuk memberikan informasi tindakan yang dilakukan kepada pasien yang diminta oleh DPJP.

**3. KEGUNAAN**

Formulir digunakan untuk pemberian informasi dan edukasi tentang pentingnya tindakan medik yang akan dilakukan

**4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

- Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
- Distribusi Form Pemberian Informasi akan diberikan kepada semua unit pelayanan dan keperawatan yang memberikan tindakan medik kedokteran

**5. MEKANISME PENGISIAN**

- Form Pemberian Informasi diisi oleh DPJP
- Pengisian Identitas pasien Form Pemberian Informasi diisi oleh Perawat atau Petugas Kesehatan lainnya atau ditempel dengan stiker label pasien

**6. CARA PENGISIAN**

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
<b>Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)</b>		
Nama	Diisi nama Lengkap	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tgl Lahir L /P	Diisi tanggal lahir, L/P dipilih salah satu yang sesuai	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
Dokter yang merawat	Diisi nama dokter yang merawat pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya



<b>Pemberian Informasi</b>		
Dokter Pelaksana Tindakan	Diisi nama dokter yang akan melakukan tindakan medik	Perawat/Tenaga kesehatan lain/DPJP
Pemberi Informasi	Diisi nama dokter yang memberikan informasi terkait tindakan medik yang akan dilakukan	Perawat/Tenaga kesehatan lain/DPJP
Penerima Informasi	Diisi nama penerima informasi dari pihak pasien (keluarga inti/keluarga terdekat) mencantumkan nama penerima informasi dan status kedekatan dengan pasien Contoh : Tn. Amir (kakak kandung)	Perawat/Tenaga kesehatan lain/DPJP
<b>Jenis Informasi</b>		
Diagnosis	Diisi diagnosa pasien pada saat perawatan di RS Intan Husada	DPJP
Dasar Diagnosis	Diisi dasar diagnosis	DPJP
Tindakan kedokteran	Diisi tata cara tindakan medik yang akan dilakukan oleh DPJP	DPJP
Indikasi Tindakan	Diisi indikasi/alasan tindakan medik dilakukan	DPJP
Tujuan	Diisi Tujuan tindakan medik dilakukan	DPJP
Risiko/Komplikasi	Diisi Risiko/komplikasi yang mungkin terjadi pada saat tindakan medik dilakukan	DPJP
Prognosis	Diisi kemungkinan yang terjadi jika dilakukan tindakan <i>Dubia ad malam/dubia ad bonam/ ad malam/ ad bonam</i>	DPJP
Alternatif & Risiko	Diisi alternatif dan risiko jika tindakan medik tidak dilakukan	DPJP
Lain-lain	Diisi keterangan informasi lainnya sesuai dengan kebutuhan	DPJP
<b>Tanda tangan</b>	Diisi nama jelas dan tanda tangan dokter pelaksana tindakan	DPJP
	Diisi nama jelas dan tanda tangan penerima informasi	Pasien/Keluarga Pasien