



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080190073
Nama Lengkap : Iman Nurjaman
Unit/Divisi/Komite : UGD
No. Telepon/Ext : 1111
E-mail : karit.gawat-darurat@ptanhusada.com

Tanggal : 20/2/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Penolakan Tindakan Medis
No/Kode Formulir : 127/PRM/RSIH/IX/2022
No/Kode RM** : 2-11 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke : 2

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 14
Buffer stock : 5
Proses PO : 2 minggu
Waktu :

Paraf

ax
Aditya

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Pengesahan dengan panduan dan pedoman yang berlaku.

Komponen Perubahan

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

Perubahan kode formulir dan revisi minor

Tanda Tangan
Pemohon,

Iman Nurjaman
NIP. 15080190073

Tanda Tangan
Penerima,

Tyri
Pani

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
F4 1 ply		a.7 Aditya	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Atc Pengesahan Revisi		lv a	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Ace	20/2/22
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Perubahan 120 RM	lv a	Ditinjau kembali sesuai dengan revisi penomoran.	20/2/22
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Atc	lv a	M	dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110182632

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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

Nama : _____
 Tanggal Lahir : _____ (L / W)*
 No. RM :

--	--	--	--	--

 Ruangan/Kelas : _____ / _____
 DPJP : _____
 Penjamin : _____
Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

Yang bertanda-tangan dibawah ini saya, nama _____, umur _____ tahun
 Here sign below, I, name _____ age _____ years old

laki-laki/perempuan*, alamat _____
male/female, address _____

dengan ini menyatakan penolakan untuk dilakukannya tindakan _____
with this state refusal to do procedure

terhadap saya/_____ saya*bernama_____, umur_____ tahun
to me/my (please state your family relation) age years old

laki-laki/perempuan*, alamat _____
male/female, address _____

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan.

I understand the importance and benefit of the procedure as explained above to me, including the risks and complications that may occur if the procedure had not done

Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.

I fully responsible for every outcome that may happen as the consequences of refusal of the procedure.

Garut, _____ pukul _____

Yang Menyatakan <i>That State</i>	Saksi Pihak Keluarga <i>Patient's Family Witness</i>	Saksi Pihak RSIH <i>RSIH Witness</i>	Dokter Pelaksana Tindakan <i>Doctor In Charge</i>
<div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>Nama Jelas dan Tanda Tangan <i>Full Name and Signature</i></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>Nama Jelas dan Tanda Tangan <i>Full Name and Signature</i></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>Nama Jelas dan Tanda Tangan <i>Full Name and Signature</i></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>Nama Jelas dan Tanda Tangan <i>Full Name and Signature</i></p>

*Coret yang tidak perlu/ *cross out if not necessary*

**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PENOLAKAN TINDAKAN MEDIK
127/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.03)**

1. PENGERTIAN

Formulir Penolakan Tindakan Medik adalah berkas penolakan yang ditandatangani oleh pasien/keluarga pasien terkait tindakan medik yang akan dilakukan untuk pasien dari Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) yang sebelumnya sudah diberikan informasi terkait pentingnya tindakan medik tersebut.

2. TUJUAN

Sebagai dokumentasi tertulis terkait penolakan tindakan medik yang akan dilakukan oleh DPJP.

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk memberikan informasi bahwa pasien tidak bersedia untuk dilakukan tindakan medik

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- Pasien/Keluarga pasien yang menandatangani formulir penolakan tindakan
- Distribusi Form Pemberian Informasi akan diberikan kepada semua unit pelayanan dan keperawatan yang memberikan tindakan medik kedokteran

5. MEKANISME PENGISIAN

- Form Penolakan Tindakan medik diisi oleh pasien/keluarga pasien
- 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
Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)		
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

Penolakan tindakan medik		
Nama	Diisi nama yang menandatangani penolakan tindakan medik	Pasien/Keluarga
Umur	Diisi umur	Pasien/Keluarga
Laki-laki/Perempuan	Coret yang tidak perlu	Pasien/Keluarga
Alamat	Diisi alamat yang menandatangani penolakan tindakan medik	Pasien/Keluarga
Tindakan	Jenis tindakan yang tidak akan dilakukan	Pasien/Keluarga
	Untuk penolakan tindakan yang diisi oleh pasiennya langsung, maka pengisian selanjutnya tidak perlu dilanjutkan	Pasien
	Untuk penolakan tindakan yang diisi oleh keluarga pasien, maka pengisian nama, umur, jenis kelamin dan alamat adalah identitas pasien	Keluarga
Tanggal Penolakan	Diisi tanggal dan pukul penolakan tindakan yang akan dilakukan	Pasien/Keluarga
Tanda Tangan	Yang menyatakan : Diisi oleh nama jelas pasien/keluarga pasien yang menyatakan penolakan tindakan dan menandatangani pada kolom yang menyatakan	Pasien/Keluarga
	Saksi pihak keluarga : Diisi oleh nama jelas 2 orang saksi keluarga dan menandatangani pada kolom saksi pihak keluarga	Keluarga
	Saksi pihak rumah sakit : Diisi oleh nama jelas saksi rumah sakit dan menandatangani pada kolom saksi pihak rumah sakit	Perawat/Tenaga kesehatan lain
	Dokter pelaksana tindakan: Diisi oleh nama jelas dokter pelaksana tindakan dan menandatangani pada kolom Dokter pelaksana tindakan	DPJP/Dokter Pelaksana Tindakan