

## FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

### DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 19050190451  
 Nama Lengkap : Setian Mahyat  
 Unit/Divisi/Komite : Keperawatan  
 No. Telepon/Ext :  
 E-mail :

Tanggal : 07/11/2023

### DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan  
 Judul Formulir : pemberian informasi tindakan medik  
 No/Kode Formulir : 107/F/PM/RSIH/x1/2023  
 No/Kode RM\*\* : 2.9.4 (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  4	

### Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 penyelesaian dengan panduan dan pedoman yang berlaku

### Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan Pemohon,

*Setian Mahyat*

Tanda Tangan Penerima,

*Wati*

### Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
Fu 1P14		<i>Wati</i>	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC Ditindaklanjuti		<i>Wati</i>	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
<i>acc</i>	<i>dr. Yanto Widhiyanti</i> NIP. 07130399/89.dr.s/Dokter/2022	Acc	<i>Wati</i> NIP. 14050287016
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Penomoran sudah direvisikan	<i>Wati</i> 07/11/23 Acc	Ditindaklanjuti	<i>Wati</i> 8/11/23 Pani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC Ditindaklanjuti	<i>Wati</i> 08/11/23	<i>acc</i> dr. Muhammad Hasan, MARS	<i>Wati</i> dr. Muhammad Hasan, MARS

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

**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		
3 Tindakan Kedokteran/Tata Cara Medical Procedure/Method	<b>Pemasangan Intubasi Endotrakeal</b> Prosedur ini merupakan teknik pemberian napas buatan melalui alat berupa selang yang dipasang pada trakea melalui mulut atau hidung.	
4 Indikasi Tindakan Medical Procedure Indication	1. Membuka saluran pernapasan 2. Melancarkan pernapasan 3. Memasang alat bantu pernapasan seperti ventilator 4. Menyalurkan obat untuk melancarkan pernapasan 5. Membantu Anda bernapas ketika mengalami cedera kepala 6. Membuka saluran napas selama menjalani operasi	
5 Tujuan Purposes of the Procedure	Intubasi dapat menjaga saluran napas tetap terbuka dan memberikan suplai oksigen yang cukup untuk dialirkan pada organ-organ vital di dalam tubuh	
6 Risiko/Koplikasi Risks/Complications	1. Trauma, perdarahan, atau cedera pada mulut, gigi, lidah, pita suara, dan batang tenggorokan. 2. Pengikisan atau robeknya jaringan di saluran napas dan paru-paru. 3. Penumpukan cairan tenggorokan dan air liur yang menghambat kerja jaringan pernapasan 4. Gangguan di saluran pernapasan seperti sakit tenggorokan, suara serak, dan aspirasi paru. 5. Pasien tidak dapat bernapas normal dengan sendirinya karena ketergantungan alat bantu pernapasan. 6. Pemasangan intubasi sulit	
7 Prognosis Prognosis		
8 Alternatif & Risiko Alternative & Risks	1. Menggunakan alat bantu pernapasan bag, mask manual resusitator1. Menggunakan alat bantu pernapasan bag, mask manual resusitator 2. Ventilasi pernafasan dengan cara alat bantu pernapasan manual ada batasan sampai ada tanda-tanda kematian atau penolong kelelahan 3. Ventilasi tidak akan maksimal	
9 Lain-lain Others		

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.*

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

**TATA CARA PENGISIAN**  
**FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK**  
**PEMASANGAN INTUBASI ENDOTRAKEAL**

**107/F/RM/RSIH/XI/2023 (RM 2.9.4) - Rev.00**

**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 Pasien 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**

- a. Dokter penanggung jawab pelayanan
- b. Distribusi formulir pemberian informasi akan diberikan kepada semua unit pelayanan dan keperawatan yang memberikan tindakan medik kedokteran

**5. MEKANISME PENGISIAN**

- a. Formulir pemberian informasi diisi oleh DPJP
- b. Pengisian identitas pasien formulir 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/W	Diisi tanggal lahir, L/W 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
DPJP	Diisi nama dokter yang merawat pasien	Perawat/petugas Kesehatan lainnya

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
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 diagnose 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	DPJP
Alternatif & risiko	Diisi alternatif dan risiko jika Tindakan medik tidak dilakukan	DPJP
Lain-lain	Diisi keterangan informasi lainnya sesuai dengan kebutuhan	DPJP
Tanda tangan	Diisi nama jelas dan tanda tangan dokter pelaksana Tindakan	DPJP
	Diisi nama jelas dan tanda tangan penerima informasi	Pasien/keluarga pasien