



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080190073
Nama Lengkap : Iman Nurjaman
Unit/Divisi/Komite : 06D
No. Telepon/Ext : 1111
E-mail : kanit.gawat-darurat@rsih.kusada.com

Tanggal : 30/5/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Permintaan layanan Ambulans
No/Kode Formulir : 102 / F / RM / RSIH / IX / 2022
No/Kode RM** : 2-8 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke : 2

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 5
Buffer stock : 10
Proses PO : 2 minggu
Waktu :

Paraf
A.1

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Pengaturan dengan panduan dan peraturan 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,

10/10/22
Rani

Masukan/Saran

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


Logistik		Tanda Tangan	
1/2 P4 1 ply		A.1	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Ace Pengesahan Revisi		A.1	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Ace	Ace
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
pergantian no RM	Hfmy Aceus	penomoran disesuaikan kembali menjadi 102/F/RM/RSIH/IX/2022	Rani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Ace	A.1	A.1	dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21410400000

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis


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

RM 2.8

	Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat) Nama : Tanggal Lahir : (L / W) * No. RM : Ruangan/Kelas :/..... DPJP : Penjamin : <i>Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini</i>	
	FORMULIR PERMINTAAN LAYANAN AMBULANS	
Jenis Ambulans	<input type="checkbox"/> Jenazah <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Gawat Darurat	<input type="checkbox"/> Rujukan Parsial <input type="checkbox"/> Rujukan Menetap <input type="checkbox"/> Penjemputan <input type="checkbox"/> Pengantaran*
Jenis Transfer	<input type="checkbox"/> Pengantaran	<input type="checkbox"/> Pengantaran*
Derajat Transfer Pasien	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
PPA Pendamping	<input type="checkbox"/> Perawat 1	<input type="checkbox"/> Perawat 1 <input type="checkbox"/> Perawat 2 <input type="checkbox"/> Dokter 1
Alkes yang dipakai	<input type="checkbox"/> Infus pump <input type="checkbox"/> Syringe pump	<input type="checkbox"/> Ventilator <input type="checkbox"/> Defibrilator <input type="checkbox"/> Monitor <input type="checkbox"/> Infus pump <input type="checkbox"/> Syringe pump
Alten yang dipakai	<input type="checkbox"/> Baju pasien <input type="checkbox"/> Selimut <input type="checkbox"/> Sprei <input type="checkbox"/> Bantal	<input type="checkbox"/> Baju pasien <input type="checkbox"/> Selimut <input type="checkbox"/> Sprei <input type="checkbox"/> Bantal
Alamat Tujuan :		Driver Ambulans : <input type="checkbox"/> Ridwan Setiawan <input type="checkbox"/> Iman Riki Kurnia <input type="checkbox"/> Rizal Wiguna <input type="checkbox"/> Randi Juanda <input type="checkbox"/>
Garut,,, 20 Pukul : WIB Mengetahui Ka. Tim Perawat UGD (.....) Nama Jelas dan Tanda Tangan		

102/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.02)

RM 2.8

	Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat) Nama : Tanggal Lahir : (L / W) * No. RM : Ruangan/Kelas :/..... DPJP : Penjamin : <i>Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini</i>	
	FORMULIR PERMINTAAN LAYANAN AMBULANS	
Jenis Ambulans	<input type="checkbox"/> Jenazah <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Gawat Darurat	<input type="checkbox"/> Rujukan Parsial <input type="checkbox"/> Rujukan Menetap <input type="checkbox"/> Penjemputan <input type="checkbox"/> Pengantaran*
Jenis Transfer	<input type="checkbox"/> Pengantaran	<input type="checkbox"/> Pengantaran*
Derajat Transfer Pasien	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
PPA Pendamping	<input type="checkbox"/> Perawat 1	<input type="checkbox"/> Perawat 1 <input type="checkbox"/> Perawat 2 <input type="checkbox"/> Dokter 1
Alkes yang dipakai	<input type="checkbox"/> Infus pump <input type="checkbox"/> Syringe pump	<input type="checkbox"/> Ventilator <input type="checkbox"/> Defibrilator <input type="checkbox"/> Monitor <input type="checkbox"/> Infus pump <input type="checkbox"/> Syringe pump
Alten yang dipakai	<input type="checkbox"/> Baju pasien <input type="checkbox"/> Selimut <input type="checkbox"/> Sprei <input type="checkbox"/> Bantal	<input type="checkbox"/> Baju pasien <input type="checkbox"/> Selimut <input type="checkbox"/> Sprei <input type="checkbox"/> Bantal
Alamat Tujuan :		Driver Ambulans : <input type="checkbox"/> Ridwan Setiawan <input type="checkbox"/> Iman Riki Kurnia <input type="checkbox"/> Rizal Wiguna <input type="checkbox"/> Randi Juanda <input type="checkbox"/>
Garut,,, 20 Pukul : WIB Mengetahui Ka. Tim Perawat UGD (.....) Nama Jelas dan Tanda Tangan		

102/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.02)



TATA CARA PENGISIAN FORMULIR PERMINTAAN PELAYANAN AMBULANS

~~RM 10.12-000/F/RM/RSIH/III/2022 (Rev.1)~~

RM 2.8 102/F/RM/RSIH/IX/2022 (REV.02)

1. PENGERTIAN

Formulir permintaan layanan ambulans adalah formulir untuk pelayanan kendaraan ambulan sesuai dengan kebutuhan RSIH

2. TUJUAN

Untuk mengidentifikasi jenis kendaraan ambulan yang akan digunakan apakah ambulans transport atau ambulans *emergency*.

3. KEGUNAAN

Mendokumentasikan pelayanan ambulans sesuai dengan derajat transfer pasien.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Ketua TIM Perawat UGD

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh Perawat UGD

6. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
Kolom Identitas Pasien	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.	Perawat UGD	Jika stiker tidak tersedia, diisi secara manual
Nama	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran, dengan menggunakan huruf kapital	Perawat UGD	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal lahir	Diisi tanggal lahir pasien	Perawat UGD	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Jenis kelamin (L/P)	Dilingkari pada huruf yang sesuai dengan jenis kelamin pasien "L" untuk laki laki, "P" untuk perempuan dan di coret salah satu	Perawat UGD	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
No. RM	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Perawat UGD	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
DPJP	Diisi nama dokter DPJP yang menangani pasien	Perawat UGD	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.

Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	Perawat UGD	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Jenis Ambulans	Diisi <i>ceklist</i> sesuai jenis ambulans jenazah, transport dan atau ambulans gawat darurat	Perawat UGD	Diisi di <i>Nurse Station</i> UGD
Jenis Transfer	Diisi <i>ceklist</i> sesuai jenis transfer pasien rujukan menetap dan atau penjemputan dan atau rujukan parsial dan atau pasien pulang dan atau jenazah	Perawat UGD	Diisi di <i>Nurse Station</i> UGD
Derajat Transfer Pasien	<p>Diisi <i>ceklist</i> sesuai Derajat transfer pilih salah satu sesuai kondisi klinis pasien</p> <p>Adapun derajat transfer pasien dibedakan menjadi :</p> <p>a. Derajat 0 Pasien yang dapat terpenuhi kebutuhannya dengan ruang rawat biasa di unit Rumah Sakit yang dituju, biasanya tidak perlu pendampingan oleh dokter.</p> <p>b. Derajat 1 Pasien dengan resiko perburukan kondisi atau pasien yang sebelumnya menjalani perawatan di ICU yang sudah mengalami perbaikan keadaan umum, dimana membutuhkan ruangan perawatan biasa dengan saran dan dukungan tambahan dari tim perawatan kritis, dapat didampingi oleh perawat, petugas ambulans dan atau dokter (Selama Transfer).</p> <p>c. Derajat 2 Pasien membutuhkan observasi/ intervensi lebih ketat, termasuk penanganan kegagalan satu siste organ atau perawatan pasca operasi dan pasien yang sebelumnya di rawat di ICU harus didampingi oleh petugas yang kompeten,terlatih dan berpengalaman.</p> <p>d. Derajat 3 Pasien yang membutuhkan bantuan pernafasan lanjut (<i>Advance Respiratory Support</i>) Atau bantuan pernafasan dasar (<i>Basic Respiratory Support</i>) dengan dukungan/bantuan pada minimal 2 sistem organ, termasuk pasien yang membutuhkan penanganan kegagalan multi organ, harus didampingi oleh petugas yang</p>	Perawat UGD	Diisi di <i>Nurse Station</i> UGD

	kompeten, terlatih dan berpengalaman.		
Nama perawat pendamping	Diisi sesuai jika derajat transfer 1-3 Atau di isi <i>ceklist</i> Tidak Ada apabila derajat transfer 0 bisa di isi nama dua orang perawat sesuai kebutuhan pasien dan sesuai panduan transfer pasien	Perawat UGD	Diisi di <i>Nurse Station</i> UGD
Nama dokter pendamping	Diisi sesuai jika derajat transfer 1-3 Atau di isi <i>ceklist</i> Tidak Ada apabila derajat transfer 0	Perawat UGD	Diisi di <i>Nurse Station</i> UGD
Alkes yang dipakai selama perjalanan	Diisi <i>ceklist</i> sesuai dengan pilihan yang tersedia dan atau Jika Menggunakan Alat tenun pasien di <i>ceklist</i> lainnya di isi nama alat yang digunakan tidak tersedia pada formulir ini	Perawat UGD	Diisi di <i>Nurse Station</i> UGD
Alten yang dipakai selama perjalanan	Diisi <i>ceklist</i> sesuai dengan pilihan yang tersedia dan atau Jika Menggunakan Alat tenun pasien di <i>ceklist</i> lainnya di isi nama alat yang digunakan tidak tersedia pada formulir ini	Perawat UGD	Diisi di <i>Nurse Station</i> UGD
<i>Driver</i> Ambulans	Diisi Nama lengkap Petugas <i>Driver</i>	Perawat UGD	Diisi di <i>Nurse Station</i> UGD
Tanggal, Bulan, Tahun, Jam	Diisi dokumentasi sesuai waktu rujukan	Perawat UGD	Diisi di <i>Nurse Station</i> UGD
Nama lengkap perawat Dan Tandatangan	Diisi Nama lengkap serta tanda tangan perawat Ka. TIM	Perawat UGD	Diisi di <i>Nurse Station</i> UGD