



FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080190043
Nama Lengkap : Iman Nugjaman
Unit/Divisi/Komite : DSD
No. Telepon/Ext : 1111
E-mail : kanit.gawat-darurat@ptan.husada.com

Tanggal : 20/5/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : ~~Pengajuan Perubahan Informasi Perumahan~~
No/Kode Formulir : ~~dan telambatan Rayhanan / 022/F/PM/RSIH/K/2022~~
No/Kode RM** : 2-7 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : I Revisi ke : 2

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	6
Buffer stock :	10
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

~~penggantian 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 Nugjaman
NIP. 15080190043

Tanda Tangan
Penerima,

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

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	
ACT Pengerahan Revisi			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Acc RTH	
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
pengantian no RM		Ditindaklanjuti sebagai bag revisi penomoran	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc		KC	

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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



Identitas Pasien (Diisi oleh Dokter/Perawat/Keterampilan fisik/Tenaga Gizi/Apoteker)*

Nama :

Tanggal Lahir : (L / W)*

No. RM :

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

Ruangan/ Kelas : /

Dokter yang merawat :

Penjamin :

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

PERNYATAAN PEMBERIAN INFORMASI PENUNDAAN DAN KELAMBATAN PELAYANAN

Statement Of Provision Of Information Delays And Delays Of Service

PEMBERIAN INFORMASI <small>(Provision of Information)</small>				
Pemberi Informasi <small>(information provider)</small>		:		
Penerima Informasi <small>(Information receive)</small>		:		
No	JENIS INFORMASI <small>(Type of information)</small>	ISI INFORMASI <small>(Content of information)</small>	TANDAI <small>(√)</small>	
1	Penundaan dan Kelambatan Pelayanan/ Perawatan/ Pengobatan* <small>Postponement of Service/ Treatment/ Medication</small>			
2	Alasan Penundaan/ Kelambatan <small>Reason for Delay</small>	Faktor Pasien :		
		a. Kondisi klinis pasien		
		b. Kondisi psikologis pasien		
		c. Kondisi sosial, spiritual dan ekonomi pasien		
		d. Lain-lain :		
		Faktor Petugas <small>(Dokter/Perawat/Tenaga kesehatan lain)*:</small>		
		a. Menunggu keputusan DPJP		
		b. Halangan mendadak petugas medis		
		c. Lain-lain :		
		Faktor Obat/Alkes Farmasi, Sarana/Prasarana :		
		a. Keterbatasan Stok Obat/Alkes Farmasi		
		b. Kapasitas tempat tidur terbatas		
		c. Kerusakan alat/sarana mendadak*		
d. Standar fasilitas tidak memenuhi syarat				
e. Lain-lain :				
3	Alternatif yang tersedia <small>Available alternatives</small>	a. Rujuk balik ke rumah sakit perujuk		
		b. Pindah rawat ke rumah sakit lain		
		c. Tetap di RS Intan Husada		
		d. Lain-lain :		
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. <small>Herewith stated that I have explain all information above correctly and clearly and provide opportunity to inquiries and/or discussion.</small>		Petugas Pemberi Informasi (.....) 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. <small>Herewith stated that I have explain all information as mentioned above with my initials or sign on the righ column, and have understand it..</small>		Penerima Informasi (Pasien/wali)* (.....) Nama Jelas dan Tanda Tangan		
<small>*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 custodion or next of kin.</small>				

PERNYATAAN PEMBERIAN INFORMASI PENUNDAAN DAN KELAMBATAN PELAYANAN

*Coret yang tidak/ Cross out if not necessary

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



TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PERNYATAAN PENUNDAAN DAN KELAMBATAN PELAYANAN

101/F/RM/RSIH/IX/2022 (RM 2.7) Rev.02

1. PENGERTIAN

Formulir Pernyataan Penundaan dan Kelambatan Pelayanan adalah berkas yang berisikan informasi identitas, alasan tertundanya pelayanan atau pengobatan pasien yang disebabkan adanya kendala faktor pasien, faktor petugas, faktor obat/ alkes farmasi, faktor sarana/ prasarana yang tidak memadai, bisa juga dikarenakan adanya penanganan segera pada pasien lain dengan kondisi *emergency*, sehingga pasien harus menunggu.

2. TUJUAN

Untuk memberikan informasi yang jelas penyebab penundaan dan kelambatan/ perubahan jadwal pelayanan diagnostik dan pengobatan serta penjelasan mengenai alternatif yang tersedia sesuai kebutuhan pasien.

3. KEGUNAAN

Mendokumentasikan informasi Penundaan dan kelambatan pelayanan dengan jelas kepada pasien/ wali dan bisa memberikan alternatif yang tersedia.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Profesional Pemberi Asuhan (PPA)

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh Dokter/Perawat/Keterampilan fisik/Tenaga Gizi/Apoteker.

6. CARA PENGISIAN

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

Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	PPA	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Pemberi Informasi	Diisi oleh Nama Lengkap Dokter/ Perawat/ Keterampilan fisik/ Tenaga Gizi/ Apoteker	PPA	Pilih salah satu sesuai dengan profesional yang memberikan informasi
Penerima Informasi	Diisi oleh Nama Lengkap Pasien atau Wali pasien (pilih salah satu saja)	PPA	Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat
Isi Informasi berdasarkan jenis penundaan dan kelambatan pelayanan	Diisi penjelasan kepada pasien dan atau wali terkait penundaan dan kelambatan pelayanan, mencantumkan estimasi waktu penanganannya dengan jelas. Selanjutnya di isi dengan tanda (√)	PPA	Pasien/ Wali diberikan kesempatan untuk bertanya dan mendapat informasi dengan jelas
Alasan Penundaan	Di isi sesuai dengan kondisi yang terjadi sesuai dengan alasan pada kolom tersedia, baik dari faktor pasien, faktor petugas, faktor obat/ alkes farmasi dan sarana/ prasarana yang kurang memadai. Selanjutnya di isi dengan tanda (√)	PPA	Pilih salah satu sesuai dengan kondisi saat dilakukan asesmen sesuai kebutuhan medis
Alternatif yang tersedia	Diisi alternatif lain yang bisa dilakukan untuk mengatasi penundaan pelayanan. Selanjutnya di isi dengan tanda (√)	PPA	Diisi sesuai kesepakatan antara PPA dan Pasien/ Wali
Garut,..... ../Pukul	Diisi dokumentasi Tanggal, Bulan, Tahun, Jam, sesuai waktu saat selesai diinformasikan	PPA	Contoh Format (26 Januari 2022 Pukul 11:00 WIB)
Tanda tangan pemberi informasi	Di isi nama lengkap pemberi informasi dan TTD	PPA	Pilih salah satu sesuai dengan profesional yang memberikan informasi
Tanda tangan penerima informasi	Di isi nama lengkap penerima informasi dan TTD	Pasien/ Wali	Pilih salah satu