



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 : fomit.gawat.darutata@rsintanhusaga.com

Tanggal : 30/9/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan  
Judul Formulir : Formulir Pemberian Informasi Tindakan  
No/Kode Formulir : Section caesarea / 114/F/RM/RSIH/XI/2022  
No/Kode RM\*\* : 2-9.11 (untuk form medis)  
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 2

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	0
Buffer stock :	10
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Penyesuaian dg Pabacarden

Komponen Perubahan

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

Perubahan kode formulir dan revisi minor

Tanda Tangan  
Pemohon,

Tanda Tangan  
Penerima,

Iman Nurjaman, S.Kep., Ners  
503/2584/SIPP.10/Dinkes/2022

Dipri  
Rani

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
Gak FY 1 Ph			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc Revisi			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Acc	
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Dhulipri		Ortindaklangut sesuai dengan penomoran baru	Dipri Rani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC		ACC	

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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

Mawa tanda ACC KSM Disyu

	<b>Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)</b> Nama : _____ Tanggal Lahir : _____ (L / W)* No. RM : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Ruangan/Kelas : _____ / _____ Dokter yang merawat : _____ Penjamin : _____ <i>Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini</i>						
<b>PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK</b> <i>Medical Procedure Information</i>							
<b>PEMBERIAN INFORMASI (Provision of Information)</b>							
Dokter Pelaksana Tindakan/ <i>Medical staff conducting procedure</i> : _____ Pemberi Informasi/ <i>information provider</i> : _____ Penerima Informasi/Pemberi persetujuan* : _____ <i>Information receive/consent provider</i>							
<b>JENIS INFORMASI</b> <i>(Type of information)</i>	<b>ISI INFORMASI</b> <i>(Content of information)</i>	<b>TANDA</b> <i>(v)</i>					
1 Diagnosis (WD & DD) Diagnosis (Working Diagnosis and Differential Diagnosis)							
2 Dasar Diagnosis <i>Basic of Diagnosis</i>	Anamnesa Pemeriksaan Fisik USG						
3 Tindakan Kedokteran/Tata Cara <i>Medical Procedure/Method</i>	<b>SECTIO CAESARIA (SC)</b> Tindakan bedah untuk melahirkan janin di dalam rahim dengan usia kandungan di atas 28 minggu dengan berat janin diatas 500 gram melalui sayatan pada rahim						
4 Indikasi Tindakan <i>Medical Procedure Indication</i>	Bayi : gawat janin, sungsang prematur, sungsang Taksiran berat bayi > 3500gr, kelainan letak, plasenta yang lepas sebelum persalinan dengan kondisi bayi hidup, tali pusat menutupi jalan lahir, letak kaki, hidrocefalus, kembar, pertumbuhan janin terhambat dengan kekurangan air ketuban.  Ibu: gagal induksi, plasenta yang menutupi mulut rahim, plasnta lepas sebelum persalinan, ancaman robekan rahim, plasenta yang tidak kunjung lahir setelah persalinan, tumor pada jalan lahir, riwayat SC 2X, Riwayat pembedahan rahim lainnya.						
5 Tujuan <i>Purposes of the Procedure</i>	Mempercepat kala pengeluaran bayi						
6 Risiko/Koplikasi <i>Risks/Complications</i>	1. Dapat terjadi perdarahan 2. Dapat terjadi infeksi pasca operasi 3. dapat terjadi komplikasi persalinan : robekan dinding rahim, cidera kandung kemih, kegagalan						
7 Prognosis <i>Prognosis</i>	<i>Dubia ad Bonam</i> (kemungkinan membaik)						
8 Alternatif & Risiko <i>Alternative &amp; Risks</i>	Dapat terjadi kemungkinan yang lebih berat bilamana tidak dilakukan penanganan sesuai saran dokter						
9 Lain-lain <i>Others</i>	Dapat terjadi kemungkinan gawat ibu dan gawat janin bilamana tidak dilakukan penanganan sesuai 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. <i>Herewith stated that I have explain all information above correctly and clearly and provide opportunity to inquiries and/or discussion.</i>		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. <i>Herewith stated that I have explain all information as mentioned above with my initials or sign on the right column, and have understand it..</i>		Penerima Informasi  (.....) Nama Jelas dan Tanda Tangan					
*Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat. <i>If the patient incompetent or unable to receive information, the information receiver assigned to patient's custodion or next of kin.</i>							

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK

**TATA CARA PENGISIAN**  
**FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK**

114/F/RM/RSIH/IX/2022 (RM 2.9.11) 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