



FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14090290041
Nama Lengkap : Desty Dwi W, S.kep
Unit/Divisi/Komite : Pelayanan Medik
No. Telepon/Ext :
E-mail : manajer.pelmed@rsintanhusada.com

Tanggal : 31/01/24

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Pemberian Inf. Medis (Perawatan Unit Intensif)
No/Kode Formulir : 169/F/RM/RSIH/I/2024
No/Kode RM** : 2-9-25 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 1

Logistik Formulir
(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 3
Buffer stock : 5
Proses PO : 2 minggu
Waktu :
Paraf :

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Penambahan informasi yang telah diisi untuk memudahkan penjelasan kepada pasien/keluarga dalam ketentuan ruang perawatan intensif (penambahan pada bab tujuan dan risiko)

Komponen Perubahan

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

Formulir RM tidak dirubah, namun hanya mengisi informasi untuk memudahkan penjelasan informasi medis lebih efektif

Tanda Tangan Pemohon,

Desty

Tanda Tangan Penerima,

Rani

Masukan/Saran


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

Logistik		Tanda Tangan	
Cetak F4 1 Ply			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc atasan langst			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Isian lebih lengkap		Untuk Ditin Bue lanjut	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama : _____

Tanggal Lahir : _____

No. RM :

Ruangan/Kelas : _____ / _____

Dokter yang merawat : _____

Penjamin : _____

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

PEMBERIAN INFORMASI MEDIS (PERAWATAN UNIT INTENSIF)

(Provision of Information Intensive Care Unit)

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 Definisi/Pengertian	<div>Perawatan Pasien Unit Intensif</div> <div><input type="checkbox"/> Pelayanan HCU: Pelayanan pasien dengan risiko perburukan ,dengan bantuan <i>support single</i> organ tubuh</div> <div><input type="checkbox"/> Pelayanan ICU : Pelayanan pasien kritis yang membutuhkan pemantauan intensif dan bantuan alat pernafasan dasar dengan sekurang-kurangnya support dua organ sistem tubuh</div>	
4 Indikasi/Kriteria Pasien Masuk Unit Intensif	<div>Pasien Indikasi Perawatan HCU :</div> <div><input type="checkbox"/> Pasien dengan skor kegawatan pasien/Skor EWS 5-6</div> <div><input type="checkbox"/> Frekuensi monitoring minimal 2 jam</div> <div><input type="checkbox"/> Memerlukan Pelayanan Resusitasi</div> <div>Pasien Indikasi Perawatan ICU :</div> <div><input type="checkbox"/> Pasien dengan skor kegawatan pasien/skor EWS >7</div> <div><input type="checkbox"/> Frekuensi monitoring minimal 1 jam/30 menit</div> <div><input type="checkbox"/> Memerlukan Pelayanan Resusitasi</div> <div><input type="checkbox"/> Prioritas 1: Pasien kritis, tidak stabil dengan bantuan ventilasi /nafas dan obat penopang hemodinamik secara kontinu</div> <div><input type="checkbox"/> Prioritas 2: Pasien berisiko tinggi yang memerlukan terapi intensif yang segera</div> <div><input type="checkbox"/> Prioritas 3: Pasien sangat kritis dan tidak stabil (dengan keganasan, sepsis, sumbatan jalan nafas,dll) mendapat terapi intensif tapi tidak sampai dilakukan pemasangan alat bantu nafas mekanik dan pijat jantung/CPR</div> <div><input type="checkbox"/> Pengecualian: Pasien dengan kondisi vegetatif permanen /gangguan fungsi otak kronis, MBO (Mati batang otak), DNR (Do Not Resuscitate), berdasarkan pertimbangan dan persetujuan dokter PJ intensivis</div>	
5 Tujuan Purpose of the Procedure	<div><input type="checkbox"/> Pemantauan monitoring secara kontinu dan terapi intensif</div> <div><input type="checkbox"/> Pemberian topangan alat bantu pernafasan mekanik</div> <div><input type="checkbox"/> Pemberian topangan hemodinamik secara titrasi</div> <div><input type="checkbox"/> Pemberian topangan alat bantu organ lainnya</div>	
5 Prognosis Prognosis		
6 Alternatif & Risiko Alternative & Risks	<div><input type="checkbox"/> Penanganan perburukan kondisi pasien mengalami keterlambatan karena pemantauan di rawat inap tidak secara ketat/kontinu</div> <div><input type="checkbox"/> DNR (<i>Do Not Resuscitate</i>)</div> <div><input type="checkbox"/> Kegagalan organ</div> <div><input type="checkbox"/> Meninggal Dunia</div>	
9 Lain-lain Others		
<div>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></div>		<div>Dokter Pelaksana Tindakan</div> <div>(.....)</div> <div>Nama Jelas dan Tanda Tangan</div>
<div>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 righ column, and have understand it..</i></div>		<div>Penerima Informasi</div> <div>(.....)</div> <div>Nama Jelas dan Tanda Tangan</div>
<div>*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 custodian or next of kin.</i></div>		

PEMBERIAN INFORMASI MEDIS (PERAWATAN UNIT INTENSIF)

*Coret yang tidak/Cross out if not necessary



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI MEDIS (PERAWATAN UNIT INTENSIF)
169/F/RM/RSIH/I/2024 (RM 2.9.25) Rev.01**

1. PENGERTIAN

Formulir Pemberian Informasi Medis (Perawatan Unit Intensif) adalah Formulir yang menjelaskan tentang pemberian informasi indikasi pasien masuk perawatan Unit Intensif dan diharuskan untuk menerima perawatan intensif yang dilakukan oleh dokter kepada pasien/keluarga pasien.

2. TUJUAN

Untuk memberikan informasi medis mengenai kondisi pasien yang diharuskan mendapat perawatan di Unit Intensif.

3. KEGUNAAN

Mendokumentasikan pemberian informasi medis yang dilakukan dokter kepada pasien/keluarga pasien.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Dokter.

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh Dokter dan Perawat.

6. CARA PENGISIAN

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

Ruang/Kelas	Diisi nama Ruangan/kelas yang sedang ditempati oleh pasien	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Dokter yang merawat	Diisi nama dokter DPJP yang menangani pasien	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Pemberi Informasi/information provider	Diisi dengan menuliskan nama dokter yang telah memberikan informasi medis	Dokter	Diisi setelah melakukan pemberian informasi medis
Penerima Informasi/Pemberi persetujuan*	Diisi dengan menuliskan nama penerima informasi (Pasien/keluarga pasien)	Dokter	Diisi setelah melakukan pemberian informasi medis
Diagnosis (WD & DD) Diagnosis (Working Diagnosis and Differential Diagnosis)	Diisi dengan menuliskan diagnosis kerja/ diagnosis potensial Ketika mencoba menentukan keluhan pasien.	Dokter	Diisi setelah melakukan pemberian informasi medis
Dasar Diagnosis Basic of Diagnosis	Diisi dengan menuliskan diagnosis utama pasien	Dokter	Diisi setelah melakukan pemberian informasi medis
Definisi/Pengertian	Diisi dengan memberikan ceklis pada kolom yang telah disediakan mengenai informasi jenis perawatan yang harus didapatkan pasien	Dokter	Diisi setelah melakukan pemberian informasi medis
Indikasi/Kriteria Pasien Masuk Unit Intensif	Diisi dengan memberikan ceklis pada kolom yang telah disediakan mengenai indikasi pasien masuk Unit Intensif	Dokter	Diisi setelah melakukan pemberian informasi medis
Tujuan <i>Purpose of the Procedure</i>	Diisi dengan memberikan ceklis pada kolom yang telah disediakan mengenai tujuan dilakukan perawatan unit intensif	Dokter	Diisi setelah melakukan pemberian informasi medis
Prognosis	Diisi dengan menuliskan kondisi pasien setelah menerima perawatan unit Intensif	Dokter	Diisi setelah melakukan pemberian informasi medis
Alternatif & Risiko	Diisi dengan memberikan ceklis pada kolom yang telah disediakan mengenai alternatif dan risiko apa yang akan terjadi jika tidak dilakukan perawatan di unit Intensif	Dokter	Diisi setelah melakukan pemberian informasi medis
Lain-lain	Diisi dengan menuliskan penjelasan lain jika ada yang disampaikan oleh dokter kepada keluarga	Dokter	Diisi setelah melakukan pemberian informasi medis
Dokter Pelaksana Tindakan	Diisi dengan menuliskan Nama jelas dokter/cap dokter beserta tanda tangan dokter yang telah memberikan informasi medis kepada pasien/keluarga pasien	Dokter	Diisi setelah melakukan pemberian informasi medis
Penerima Informasi	Diisi dengan menuliskan Nama jelas dan tanda tangan penerima informasi dari dokter (Pasien/Keluarga pasien)	Pasien/ keluarga pasien	Diisi setelah melakukan pemberian informasi medis