



FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080190073
Nama Lengkap : Iman Nurjawan
Unit/Divisi/Komite : UG
No. Telepon/Ext : 111
E-mail : sanit.gawat.darurat@rsintanhusada.com

Tanggal : 30/9/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Perubahan Informasi Tindakan
No/Kode Formulir : 104/F/AM/RSIH/IX/2022
No/Kode RM** : 2.9.1 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 2

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama : 2	
Buffer stock : 5	
Proses PO : 2 minggu	
Waktu :	
Paraf	
an	
Aditya	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

penyesuaian dg pendaan

Komponen Perubahan

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

Perubahan kode formulir dan revisi minor

Tanda Tangan
Pemohon,

Iman Nurjawan
NIP. 15080190073

Tanda Tangan
Penerima,

Rani

Masukan/Saran

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

Logistik

F4 1 Ply

Tanda Tangan

an
Aditya

Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung

Acc Revisi

Tanda Tangan

Rani

Panitia Rekam Medik**

Tanda Tangan

Unit/Divisi/Komite

Tanda Tangan

Acc

Rani

Rekam Medik**

Tanda Tangan

Kesekretariatan

Tanda Tangan

Perubahan no RM

Acc

Ditandatangani sesuai revisi
penomoran.

Rani

Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**

Tanda Tangan

Direktur

Tanda Tangan

Acc

Rani

Acc

Rani

*) 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 : /

DPJP :

Penjamin :

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

(L / W)*

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK

Medical Procedure Information

PEMBERIAN INFORMASI (Provision of Information)

Garut, / / pukul

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	Pemasangan Infus Tindakan dilakukan oleh tenaga medis dengan mementingkan teknik septik/aseptic dengan menggunakan alat dan bahan steril, Jarum steril akan dimasukkan kedalam vena yang sudah ditentukan sesuai Standar Prosedur Operasional RSIH yang berlaku	
4 Indikasi Tindakan Medical Procedure Indication	Terapi cairan, Akses obat-obatan parenteral, Akses nutrisi / vitamin, infus jaga (persiapan operasi/tindakan)	
5 Tujuan Purposes of the Procedure	Mempertahankan atau mengganti cairan tubuh Memperbaiki keseimbangan asam-basa, volume komponen darah dan nutrisi Memberikan jalan masuk untuk pemberian obat-obatan	
6 Risiko/Komplikasi Risks/Complications	Phlebitis (kemerahan, bengkak, nyeri)	
7 Prognosis Prognosis	Dubia Ad Bonam/Kemungkinan baik	
8 Alternatif & Risiko Alternative & Risks	Peroral Resiko pemberian cairan/obat-obat tidak maksimal	
9 Lain-lain Others		

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.

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
104/F/RM/RSIH/IX/2021 (Rev.01)

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
Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)		
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

Pemberian Informasi		
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
Jenis Informasi		
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
Tanda tangan	Diisi nama jelas dan tanda tangan dokter pelaksana tindakan	DPJP
	Diisi nama jelas dan tanda tangan penerima informasi	Pasien/Keluarga Pasien