



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15070191063
Nama Lengkap : BAGA ERLANGGA
Unit/Divisi/Komite : ACQUA
No. Telepon/Ext : 2300
E-mail : бага.ertlangga@gmail.com

Tanggal : 31 / 8 / 2023

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Formulir pendampingan pelugar
No/Kode Formulir : 169 / F / RM / RSIH / VIII / 2023
No/Kode RM** : 3.36 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke : -

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

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

untuk dokumentasi / permintaan pendampingan pelugar

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

Baga Erlangga

Tanda Tangan
Penerima,

Yenni

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
form 1/2 A4 lpy			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Ace	
		Ace Revisi minor	
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
penomoran sudah disesuaikan	 31/08/23	ditinjau langsung	 31/08/23
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Ace, form 1/2 A4	 Ns. Depi Rismayanti, S. Kep 14080287016	Ace	 drg. Muhammad Hasan, MARS

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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

	Identitas Pasien Nama : Tangga Lahir : No.RM : Ruangan/Kelas : DPJP : Penjamin : <i>Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien Disini</i>
---	--

FORMULIR PETUGAS PENDAMPING

Yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama :
Tanggal Lahir :
No RM :
Ruangan/Kelas :
DPJP :

Telah di lakukan pendampingan karena kondisi pasien tidak stabil/APS, Oleh perawat :

Nama :
NIP :
Unit :

Selama Jam/Hari,terhitung
Tanggal - Jam s/d
Diagnosa
Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Menyetujui Atasan

Garut, 20.....
Petugas

.....
(Nama Jelas & Tanda Tangan)

.....
(Nama Jelas & Tanda Tangan)

*coret yang tidak perlu

	Identitas Pasien Nama : Tangga Lahir : No.RM : Ruangan/Kelas : DPJP : Penjamin : <i>Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien Disini</i>
---	--

FORMULIR PETUGAS PENDAMPING

Yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama :
Tanggal Lahir :
No RM :
Ruangan/Kelas :
DPJP :

Telah di lakukan pendampingan karena kondisi pasien tidak stabil/APS, Oleh perawat :

Nama :
NIP :
Unit :

Selama Jam/Hari,terhitung
Tanggal - Jam s/d
Diagnosa
Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Menyetujui Atasan

Garut, 20.....
Petugas

.....
(Nama Jelas & Tanda Tangan)

.....
(Nama Jelas & Tanda Tangan)

*coret yang tidak perlu

**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PETUGAS PENDAMPING
167/F/RM/RSIH/VIII/2023 – RM 3.36 (Rev.00)**

1. PENGERTIAN

Formulir Petugas Pendamping adalah formulir yang menerangkan bahwa ada pendampingan perawat terhadap pasien pasien tertentu dalam sebuah tindakan medis dan non medis atau bisa berdasarkan permintaan pasien dan keluarga pasien

2. TUJUAN

Sebagai media dokumentasi yang menerangkan pasien sedang di dampingi oleh petugas

3. KEGUNAAN

Formulir dapat digunakan sebagai panduan bagi rumah sakit untuk memberikan informasi dan bukti penyampaian kepada pasien

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Perawat, Bidan
- b. Formulir disediakan oleh bagian logistik dengan cara meminta melalui PB

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Perawat mempersiapkan formulir pendampingan petugas
- b. Perawat atau Bidan mengisi formulir pendampingan petugas

6. CARA PENGISIAN

Item Isian	Cara Pengisian	Petugas Yang Mengisi
Identitas Pasien	Diisi nama, tanggal lahir, no RM, ruangan/kelas, DPJP, penjamin dan jenis kelamin	Perawat/Bidan
Kolom Keterangan	yang bertanda tangan di isi nama pasien yang sedang di rawat, tanggal lahir, no RM, Ruangan/Kelas, DPJP	Perawat/Bidan
Kolom Keterangan Identitas Perawat	Diisi dengan nama, NIP, Unit petugas	Perawat/Bidan
Kolom Keterangan Waktu	Diisi lama waktu ataupun hari	Perawat/Bidan
Kolom Keterangan Diagnosa	Diisi dengan diagnosa pasien	Perawat/Bidan
Kolom Ttd	Di sebelah kiri TTD petugas dan di sebelah kanan TTD atasan	Perawat/Bidan/Atasan
Kolom keterangan kondisi pasien tidak stabil atau APS	Diisi dengan di coret salah satu	Perawat/Bidan/Atasan