

## FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

### DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14080286013  
 Nama Lengkap : Yusti Meliana  
 Unit/Divisi/Komite : VK  
 No. Telepon/Ext : 2102  
 E-mail : vkrsih1@gmail.com

Tanggal : 10/3/2023

### DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan  
 Judul Formulir : pemberian informasi tindakan medik IUD  
 No/Kode Formulir : 119/F/RM/RSIH/IX/2022  
 No/Kode RM\*\* : 2.9.16 (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : -

### Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama :

Buffer stock :

Proses PO : 2 minggu

Waktu :

Paraf

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir


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

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan  
Pemohon,





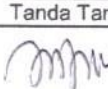

Tanda Tangan  
Penerima,

  
 Yusti Meliana, A.Md. Keb  
 503/7478/SIPB 122/Diskes/2020

  
 Rani Setia Utami  
 NIP. 15070293069

### Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
Fu Ipiy			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Ale		 dr. Rizki Safaat Nurahim, Sp. OG 503/14138/2018 drs/Dinkes/2021	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
pengantar sudah di sesuaikan	 Rani Setia Utami 19/5/23 NIP. 15070293069	ditindak lanjut	 Rani Setia Utami 15/3/23 NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
A C C	 dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183833	Acc di print atau dicetak sesuai kebutuhan	 dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183833

\*)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 : \_\_\_\_\_ (L / W)\*  
 No. RM : \_\_\_\_\_  
 Ruangan/Kelas : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 DPJP : \_\_\_\_\_  
 Penjamin : \_\_\_\_\_  
 Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

**PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK***Medical Procedure Information***PEMBERIAN INFORMASI (Provision of Information)**

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	Persalinan Lahir Plasenta Tidak ada perdarahan pasca salin	
3 Tindakan Kedokteran/Tata Cara Medical Procedure/Method	<b>PEMASANGAN IUD POST PLASENTA</b> Pemasangan alat kontrasepsi IUD didalam rahim setelah proses pelepasan plasenta secara utuh dan tanpa disertai adanya perdarahan pasca salin	
4 Indikasi Tindakan Medical Procedure Indication	a) Wanita pasca persalinan normal atau pasca persalinan sectio caesarea dengan usia produktif dan jumlah kelahiran berapapun b) pasca keguguran (non infeksi) c) masa menyusui (laktasi) d) riwayat hamil di luar kandungan e) tidak memiliki riwayat keputihan yang mengarah pada Infeksi Menular Seksual (IMS)	
5 Tujuan Purposes of the Procedure	mencegah dan merencanakan proses kehamilan	
6 Risiko/Komplikasi Risks/Complications	a) Gangguan haid b) Nyeri perut c) IUD terlepas d) Terjadi kehamilan (gagal IUD)	
7 Prognosis Prognosis	Dubia ad Bonam (kemungkinan membaik)	
8 Alternatif & Risiko Alternative & Risks	Alternatif : Pemasangan ulang, ganti jenis kontrasepsi lain (IUD/KB)  Resiko :Dapat terjadi kemungkinan kehamilan dalam jarak dekat dengan kehamilan yang sebelumnya apabila pemasangan kontrasepsi tidak dilakukan	
9 Lain-lain Others	Dapat terjadi kemungkinan komplikasi lebih berat, bilamana tidak dilakukan penanganan sesuai dengan saran dokter.	

Garut, .....Pukul.....WIB

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.*

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.  
*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