



FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14080290025
Nama Lengkap : Resti Fauziah, A.Md. Kep
Unit/Divisi/Komite : Intensif Anak
No. Telepon/Ext : 2209
E-mail : Restigunir13@gmail.com

Tanggal : 30/9/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Form informasi Bagi Baru lahir
No/Kode Formulir : 031/F/RM/RSIH/IX/2022
No/Kode RM** : 6-3 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : 2 Revisi ke : 01

Logistik Formulir
(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 0
Buffer stock : 5
Proses PO : 2 minggu
Waktu :

Paraf
a.1

Aditya

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Penggunaan do dalam medis

Komponen Perubahan

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

No dalam medis

Tanda Tangan
Pemohon,

Resti Fauziah, A.Md. Kep
503/6456/SIKP-89/Diskes/2017

Tanda Tangan
Penerima

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Masukan/Saran


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

Logistik		Tanda Tangan	
F4 1 Ply		a.1 Aditya	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Ace		Dep 30/9/22	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
ragangan nomor formulir dibuat fg	Amul Keng	No. form persetujuan	Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Ace	Dep Keng	All	drg. Muhammad Hasan, MARS

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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

	Identitas Pasien <i>(Diisi oleh Perawat)</i> Nama : Tanggal Lahir : (L/W)* No RM : - - Ruangan/Kelas : DPJP : Penjamin : <i>Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini</i>																					
<div>INFORMASI BAYI BARU LAHIR</div> <div><p>✓ Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan kuning akibat peningkatan kadar bilirubin. Bila kuning melebihi batas yang dapat ditoleransi tubuh maka diperlukan tindakan fototerapi (sinar ultraviolet). Untuk mengetahui kadar kuning. Perlu dilakukan pemeriksaan bilirubin total, direk dan indirek.</p><p>✓ Golongan darah penting diketahui untuk menandai identitas anak, resiko kuning akibat ketidakcocokan darah ibu dan anak (inkompatibilitas ABO) serta kepentingan transfusi darah.</p><p>✓ Imunisasi hepatitis B dianjurkan diberikan segera setelah lahir untuk menghindarkan bayi dari penyakit hepatitis B saat berusia muda yang dapat menyebabkan kanker hati dikemudian hari. Imunisasi ini tidak menimbulkan demam tinggi, hanya menimbulkan nyeri ringan saat penyuntikan saja.</p><p>✓ ASI eksklusif adalah memberikan hanya Air Susu Ibu saja kepada bayi sampai usia bayi 6 bulan tanpa mendapatkan tambahan susu formula sama sekali. ASI berperan melindungi bayi dari infeksi saluran pernapasan dan mengandung faktor bifidus yang menjaga keamanan flora usus bayi serta menghambat pertumbuhan bakteri merugikan.</p><p>✓ Skrining OAE bertujuan untuk mendeteksi adanya gangguan pendengaran pada bayi sehingga dapat dilakukan tindakan segera apabila ditemukan adanya gangguan.</p><p>✓ Skrining mata pada bayi baru lahir bertujuan untuk mendeteksi adanya kelainan kongenital, diantaranya seperti katarak kongenital dengan glaukoma kongenital. Juga dilakukan pemeriksaan retina untuk melihat adanya kelainan pada retina yang dapat menyebabkan kebutaan.</p><p>✓ Setelah membaca informasi diatas, saya selaku orangtua bayi telah memahami informasi yang telah diberikan dan menyetujui tindakan dibawah ini :</p><table><tr><td><input type="checkbox"/> Pemeriksaan bilirubin total, direk, indirek</td><td><input type="checkbox"/> Ya</td><td><input type="checkbox"/> Tidak</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Pemeriksaan golongan darah</td><td><input type="checkbox"/> Ya</td><td><input type="checkbox"/> Tidak</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Pemeriksaan skrining hipotiroid</td><td><input type="checkbox"/> Ya</td><td><input type="checkbox"/> Tidak</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Imunisasi hepatitis B</td><td><input type="checkbox"/> Ya</td><td><input type="checkbox"/> Tidak</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Pemberian ASI eksklusif</td><td><input type="checkbox"/> Ya</td><td><input type="checkbox"/> Tidak</td></tr></table><p>Orang tua meminta untuk diberikan PASI pada tanggal : / / 20.....</p><p>Untuk pemberian PASI maka akan dikenakan biaya tambahan untuk peresepan susu formula bayi berlaku untuk pasien umum maupun dengan penjamin yang akan dibayarkan oleh pasien sendiri.</p><table><tr><td><input type="checkbox"/> Skrining OAE</td><td><input type="checkbox"/> Ya</td><td><input type="checkbox"/> Tidak</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Skrining Mata</td><td><input type="checkbox"/> Ya</td><td><input type="checkbox"/> Tidak</td></tr></table><div><div>Petugas Pemberi Asuhan (.....) <i>Nama Lengkap dan Tanda Tangan</i></div><div>Keluarga Pasien (.....) <i>Nama Lengkap dan Tanda Tangan</i></div></div><div>Garut, / / 20..... Pukul : WIB</div></div>		<input type="checkbox"/> Pemeriksaan bilirubin total, direk, indirek	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Pemeriksaan golongan darah	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Pemeriksaan skrining hipotiroid	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Imunisasi hepatitis B	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Pemberian ASI eksklusif	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Skrining OAE	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Skrining Mata	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> Pemeriksaan bilirubin total, direk, indirek	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak																				
<input type="checkbox"/> Pemeriksaan golongan darah	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak																				
<input type="checkbox"/> Pemeriksaan skrining hipotiroid	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak																				
<input type="checkbox"/> Imunisasi hepatitis B	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak																				
<input type="checkbox"/> Pemberian ASI eksklusif	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak																				
<input type="checkbox"/> Skrining OAE	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak																				
<input type="checkbox"/> Skrining Mata	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak																				

INFORMASI BAYI BARU LAHIR