



FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080190073
Nama Lengkap : Iman Nurgaman
Unit/Divisi/Komite : KED
No. Telepon/Ext : 1111
E-mail : karit.gawat-danusa@ptanhusada.com

Tanggal : 20/5/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Kontraindikasi Fibrinolitik
No/Kode Formulir : 100/F/AM/RSIH/IX/2022
No/Kode RM** : 2-6 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke : 20

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	4
Buffer stock :	5
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf 1-1 	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Pengesahan dengan panduan dan pedoman yang berlaku.

Komponen Perubahan

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

Perubahan kode formulir dan revisi minor

Tanda Tangan
Pemohon,

Iman Nurgaman
NIP. 15080190073

Tanda Tangan
Penerima,

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Masukan/Saran


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

Logistik			Tanda Tangan
FY 1 Ply			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung			Tanda Tangan
Ata Pengesahan Revisi			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Ace	
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Mengantarkan ke RM		Ditandatangani sesuai dg revisi penomoran RM	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC			

*) 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	:
	No. RM	:
	Ruangan/Kelas	:
	DPJP	:
	Penjamin	:
<i>Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini</i>		

FORMULIR CEKLIS KONTRAINDIKASI
PEMBERIAN OBAT FIBRINOLITIK

No	ABSOLUT	YA	TIDAK
1.	Stroke Hemoragik atau stroke yang penyebabnya belum diketahui, dengan gejala awal stroke kapanpun		
2.	Stroke Iskemik 6 bulan terakhir		
3.	Kerusakan sistem saraf sentral dan neoplasma		
4.	Trauma operasi/trauma kepala berat dalam 3 minggu terakhir		
5.	Pendarahan saluran cerna dalam 1 bulan terakhir		
6.	Penyakit pendarahan		
7.	Diseksi aorta		

*Jika ada salah satu jawaban “YA”, maka **Fibrinolitik TIDAK** bisa dilakukan.

No	RELATIF	YA	TIDAK
1.	<i>Transient Ischaemic Attack (TIA)</i> dalam 6 bulan terakhir		
2.	Pemakaian antikoagulan oral		
3.	Kehamilan atau dalam 1 minggu post-partum		
4.	Tempat tusukan yang tidak dapat dikompresi		
5.	Resusitasi traumatik		
6.	Hipertensi refrakter (tekanan darah sistolik > 180 mmHg)		
7.	Penyakit hati lanjut		
8.	Infeksi endokarditis		
9.	Ulkus peptikum yang aktif		

Garut,20.....Pukul.....

Dokter Jaga

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

.....
(Nama Lengkap dan Tandatangan)

.....
(Nama Lengkap dan Tandatangan)



TATA CARA PENGISIAN FORMULIR CEKLIS KONTRAINDIKASI PEMBERIAN OBAT FIBRINOLITIK

100/F/RM/RSIH/IX/2022 (RM 2.6) - Rev.00

1. PENGERTIAN

- a. Formulir ceklis kontraindikasi pemberian obat fibrinolitik di unit gawat darurat, rawat inap dan ruang tindakan adalah formulir skrining pasien untuk menentukan apakah dapat dilakukan intervensi/ tindakan pemberian obat fibrinolitik atau tidak oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit Intan Husada.
- b. Petugas adalah Dokter/ Perawat/ Bidan.
- c. DPJP adalah Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

2. TUJUAN

Untuk memastikan apakah pasien ada kontraindikasi pemberian obat fibrinolitik di unit gawat darurat, rawat inap dan ruang tindakan sesuai dengan kondisi klinis pasien.

3. KEGUNAAN

Melakukan skrining awal dalam pemberian obat fibrinolitik di unit gawat darurat, rawat inap dan ruang tindakan.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Dokter, perawat dan bidan di unit gawat darurat, rawat inap dan ruang tindakan

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh dokter, perawat dan bidan di unit gawat darurat, rawat inap dan ruang tindakan

- a. Ada indikasi pasien harus dilakukan skrining kontraindikasi pemberian obat fibrinolitik dari Dokter/ DPJP
- b. Petugas Mengisi Formulir ceklis kontraindikasi pemberian obat fibrinolitik RM 2.6 di *Nurse Station*

6. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
Kolom Identitas Pasien	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.	Petugas	Jika stiker tidak tersedia, diisi secara manual
Nama	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran, dengan menggunakan huruf kapital	Petugas	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal lahir	Diisi tanggal lahir pasien	Petugas	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	Petugas	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
No. RM	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Petugas	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.

DPJP	Diisi nama dokter DPJP yang menangani pasien	Petugas	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	Petugas	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Kriteria kontraindikasi absolut	Diisi ceklis pada kolom Ya dan atau Tidak sesuai data pengkajian pasien	Petugas	*Jika ada salah satu jawaban "YA", maka Fibrinolitik TIDAK bisa dilakukan.
Kriteria kontraindikasi relatif	Diisi ceklis pada kolom Ya dan atau Tidak sesuai data pengkajian pasien	Petugas	*Jika ada salah satu jawaban "YA", maka Fibrinolitik TIDAK bisa dilakukan.
Waktu	Diisi Tanggal, Bulan, Tahun dan Jam saat dilakukan skrining	Petugas	
Dokter Jaga	Diisi Nama lengkap serta tanda tangan petugas yang melakukan skrining	Petugas	Dokter Jaga yang bertugas
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan	Diisi Nama lengkap serta tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan	DPJP	Dapat di isi CAP Nama dan SIP petugas