

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 4080280001
 Nama Lengkap : Ana Rohaya Nur'asimah
 Unit/Divisi/Komite : umum & gpm
 No. Telepon/Ext : 085203336393
 E-mail : drg. uyan22@gmail.com

Tanggal : 21 September 2023

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan
 Judul Formulir : Surat pernyataan pelanggaran merokok
 No/Kode Formulir : 021/F/UM/RSIH/IX/2023
 No/Kode RM** : - (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : -

Logistik Formulir

(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : -

Buffer stock : -

Proses PO : -

Waktu : -

Paraf

Yeni

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

untuk melengkapi dokumentasi kejadian pelanggaran merokok
 di lingkungan RS Intan Husada

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

Yeni
An/Ra

Tanda Tangan
Penerima,

Yeni
Rani

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
DI PUNT SENAI KEBUTUHAN		<i>Yeni</i>	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
DI PUNT SESUAI PERUNTUKAN DAN PERUBAHAN PADA TITIK STAFING		<i>Yeni</i> 21/9/23	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
		Dikirim ke bagian lain	<i>Yeni</i> 21/9/23 Rani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
			drg. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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

**SURAT PERNYATAAN
PELANGGARAN MEROKOK**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Jenis Kelamin :
Tempat, Tanggal Lahir :
Alamat :
No. Hp :

Dengan ini menyatakan bahwa benar Saya telah melakukan pelanggaran **merokok** di lingkungan RS Intan Husada, dengan keterangan sebagai berikut :

Hari, tanggal :
Waktu :
Tempat :
Jumlah Pelanggaran :

Untuk pelanggaran tersebut di atas, Saya bersedia membayar denda sebesar
Rp(.....)
dan Saya berjanji tidak akan merokok lagi di lingkungan RS Intan Husada.

Demikian Pernyataan ini Saya buat dalam keadaan sehat dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Garut, 2023

Yang membuat Pernyataan,

Mengetahui,

.....
(Nama Jelas dan Tanda Tangan)

.....
(Nama Jelas dan Tanda Tangan)

Saksi-saksi :

- 1.
- 2.
- 3.

**TATA CARA PENGISIAN
SURAT PERNYATAAN PELANGGARAN MEROKOK
021/F/UM/RSIH/IX/2023 (Rev.00)**

1. PENGERTIAN

Surat Pernyataan Pelanggaran Merokok adalah berkas berisikan informasi biodata pelanggar larangan merokok, waktu dan tempat serta besaran denda yang dibayarkan ke RS Intan Husada.

2. TUJUAN

Untuk memberikan kemudahan pada pelanggar dan pihak rumah sakit dalam pendokumentasian kejadian pelanggaran larangan merokok di RS Intan Husada.

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk kepentingan dan sebagai alat komunikasi antara pelanggar larangan merokok dan pihak rumah sakit mengenai pembuatan dokumentasi tentang kejadian pelanggaran larangan merokok di RS Intan Husada.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Semua pelanggar larangan merokok di lingkungan RS Intan Husada.
- b. Petugas keamanan (*Security*) RS Intan Husada.

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Surat Pernyataan Pelanggaran Merokok diisi oleh pelanggar larangan merokok.
- b. Surat Pernyataan Pelanggaran Merokok ditandatangani oleh pelanggar larangan dan Petugas Keamanan (*Security*) serta saksi-saksi saat kejadian jika ada.
- c. Surat Pernyataan Pelanggaran Merokok diarsipkan oleh Unit Umum.

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara Pengisian	Yang Mengisi
Nama Lengkap	Diisi Nama Lengkap Pelaku Larangan	Diisi oleh Pelaku Larangan
Jenis Kelamin	Diisi Jenis Kelamin Pelaku Larangan	Diisi oleh Pelaku Larangan
Tempat, tanggal lahir	Diisi tempat dan tanggal lahir Pelaku Larangan	Diisi oleh Pelaku Larangan

Item yang diisi	Cara Pengisian	Yang Mengisi
Alamat	Diisi Alamat lengkap Pelaku Larangan	Diisi oleh Pelaku Larangan
No. HP	Diisi No. HP Pelaku Larangan	Diisi oleh Pelaku Larangan
Hari, tanggal	Diisi hari dan tanggal kejadian larangan merokok	Diisi oleh Pelaku Larangan
Waktu	Diisi jam kejadian larangan merokok	Diisi oleh Pelaku Larangan
Tempat	Diisi tempat dilakukannya larangan merokok	Diisi oleh Pelaku Larangan
Jumlah Pelanggaran	Diisi jumlah larangan merokok yang dilakukan pelaku larangan	Diisi oleh Pelaku Larangan
Besar Denda (Rp)	Diisi besaran denda yang dibayarkan ke Pihak RS Intan Husada	Diisi oleh Pelaku Larangan
Yang membuat Pernyataan	Diisi tanda tangan dan nama jelas	Diisi oleh Pelaku Larangan dan pihak rumah sakit
Mengetahui	Diisi tanda tangan dan nama jelas Petugas berwenang yang sedang bertugas	Diisi oleh Penanggung Jawab Rumah Tangga pada jam kerja dan Duty Supervisor di luar jam kerja
Saksi-saksi	Diisi tanda tangan dan nama saksi-saksi kejadian pelanggaran merokok	Diisi oleh Saksi