

# FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

## DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14100285045  
 Nama Lengkap : Lia Susilawati  
 Unit/Divisi/Komite : Kamar Operasi  
 No. Telepon/Ext : 1201  
 E-mail : Lia.susilawati.2512@gmail.com

Tanggal : \_\_\_\_\_

## DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru  
 No/Kode Formulir : 040/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.  
 No/Kode RM : 4-13 (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 01

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir (penandaan Area Operasi)  
 (data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 perubahan No RM

## Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 Certus f4

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	10
Buffer stock :	8
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	

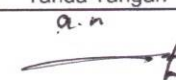
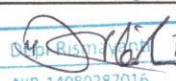
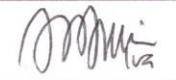
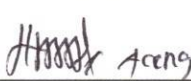

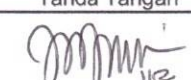
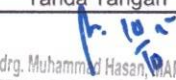
Tanda Tangan  
Pemohon,

Tanda Tangan  
Penerima,

Lia Susilawati, S.Kep., Ners  
 503/8132/SIPP 177/Dinkes/2022  
 Rani Setia Utami  
 NIP. 15070293069

## Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
F4 1 Ph			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Revisi Minor, ACC, Tambahkan kode formulir bagian bawah & ulas			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
ACC Revisi			
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
pergantian no RM		no. form disesuaikan.	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC		ACC	

\*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021(Rev.00)



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama : \_\_\_\_\_

Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ (L / P)\*

No. RM : \_\_\_\_\_

Ruangan/Kelas : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dokter yang merawat : \_\_\_\_\_

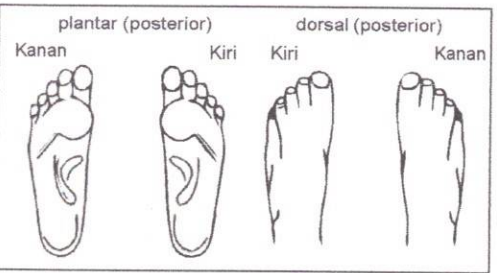
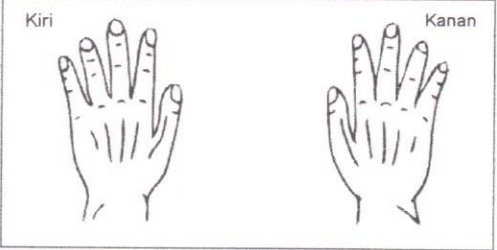
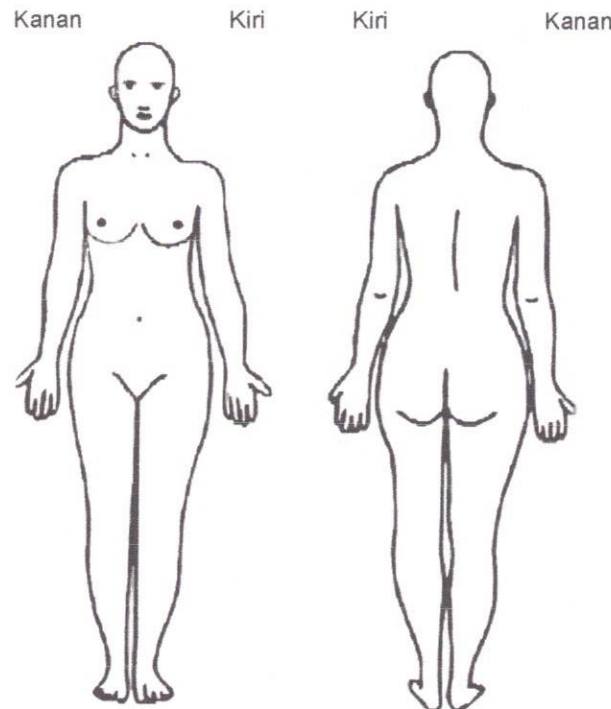
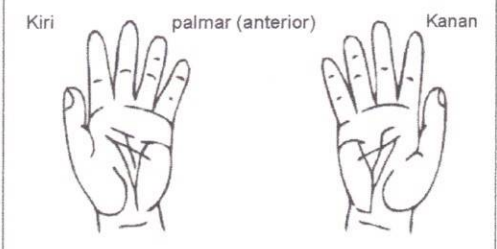
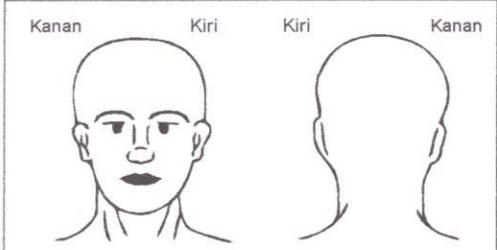
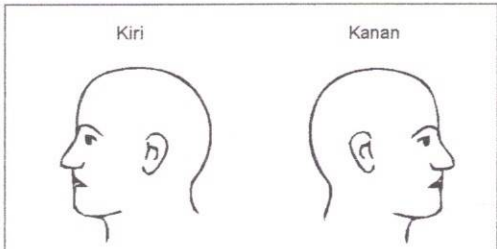
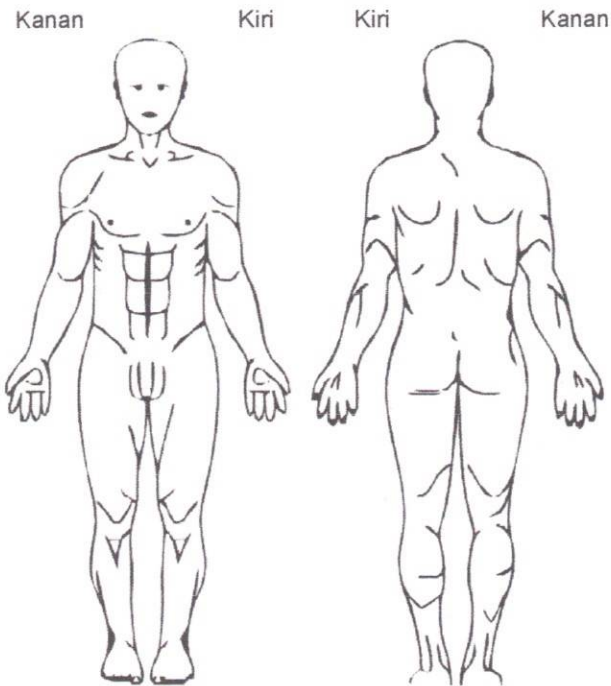
Penjamin : \_\_\_\_\_

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

FORMULIR PENANDAAN LOKASI OPERASI

Prosedur : .....

Tanggal Prosedur : .....



Saya menyatakan bahwa lokasi operasi yang telah ditetapkan pada diagram adalah benar.  
Garut, ..... Jam .....

	Dokter	Saksi RS	Saksi Pasien	Pasien
Tanda Tangan				
Nama Jelas				

Ket : Penandaan dilakukan dengan tanda (O) pada gambar area lokasi pasien. Dengan menggunakan spidol/skin marker  
Kecuali pada area lokasi yang tidak memungkinkan atau membahayakan penandaan hanya pada gambar saja.

PENANDAAN LOKASI OPERASI





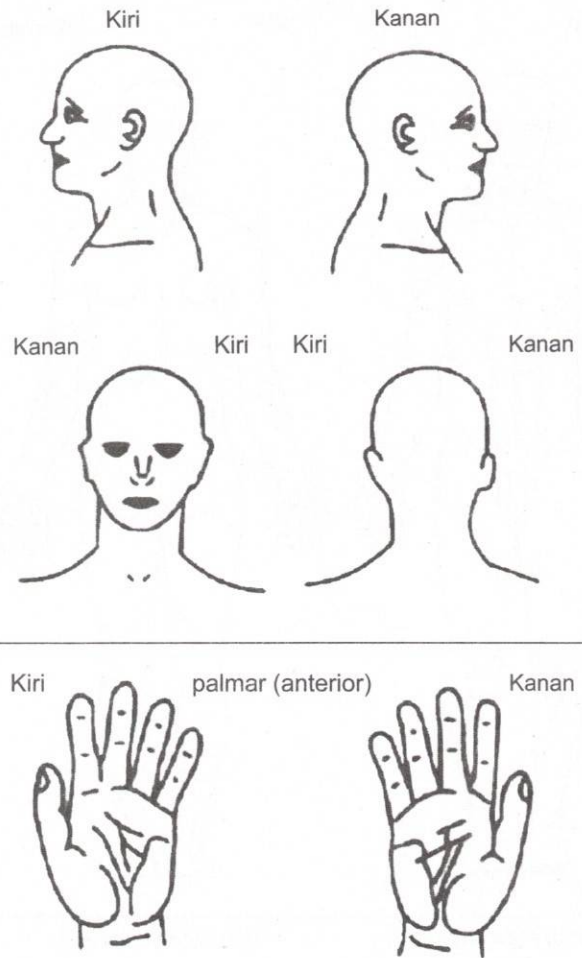
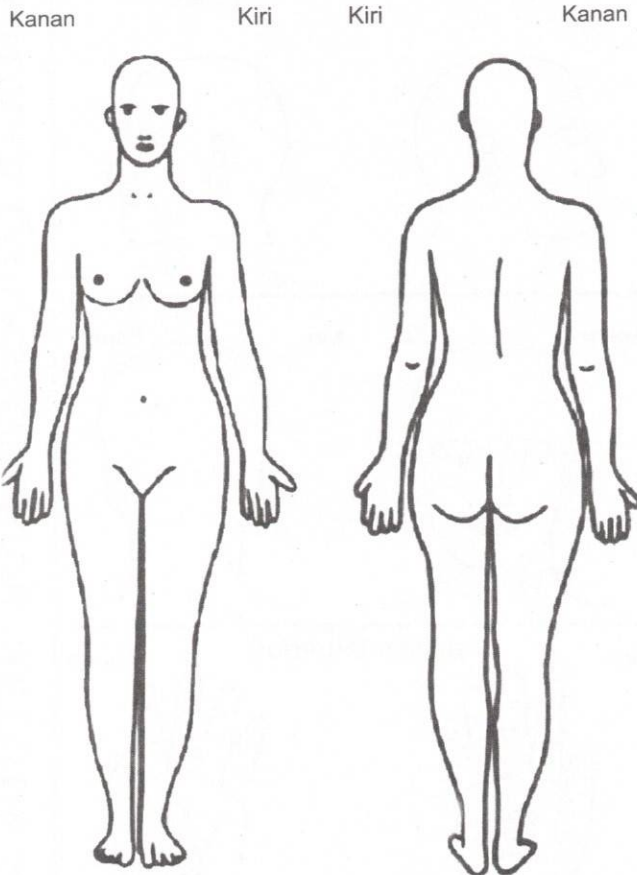
Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama :  
 Tanggal Lahir : (L / P)\*  
 No. RM :  
 Ruang/Kelas :  
 Dokter yang merawat :  
 Penjamin :  
 Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

FORMULIR PENANDAAN LOKASI OPERASI METODE ALTERNATIF

Ruangan : Tanggal : Waktu :  
 Jenis Operasi :

PASIEN PEREMPUAN



Saya menyatakan bahwa lokasi operasi yang telah ditetapkan pada diagram adalah benar.

Nama Pasien/Keluarga

Dokter

(  
 Tanda tangan dan nama lengkap

(  
 Tanda tangan dan nama lengkap

PENANDAAN LOKASI OPERASI METODE ALTERNATIF



**TATA CARA PENGISIAN  
FORMULIR PENANDAAN LOKASI OPERASI  
049/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.01)**

**1. PENGERTIAN**

Penandaan area operasi (*surgical mark site*) adalah suatu tindakan untuk memberikan tanda pada area tubuh pasien yang akan dilakukan prosedur bedah berupa sayatan, tusukan, atau insersi alat pada tubuh pasien dengan lateralisasi (misalnya, misalnya kanan/ kiri) rias (misalnya : tulang belakang), atau struktur ganda (misalnya: jari tangan, jari kaki).

**2. TUJUAN**

Menandai area yang akan dilakukan tindakan dengan tepat. Melindungi dan mencegah Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) maupun Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Sentinal karena salah lokasi

**3. KEGUNAAN**

- a. Pelaporan Data

**4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

- a. Dokter Operator  
b. Perawat Ruangan  
c. Perawat Sirkuler

**5. MEKANISME PENGISIAN**

- a. Form Penandaan Lokasi Operasi ini diisi oleh dokter Operator  
b. Form di isi secara bolak – balik tergantung dari identitas pasien di sesuaikan dengan hasil pengkajian dan pemeriksaan

**6. CARA PENGISIAN**

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
<b>Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)</b>		
Nama	Diisi nama Lengkap pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tgl Lahir L / W	Diisi tanggal lahir, L/W dipilih salah satu yang sesuai dengan cara di lingkari	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien diperiksa/ dirawat	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Dokter yang merawat	Diisi nama dokter yang akan melakukan tindakan kepada pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Prosedur	Diisi Prosedur pasien dengan jelas	Dokter Operator
Tanggal Prosedur	Diisi Tanggal prosedur pasien dengan jelas	Dokter Operator
Gambar	Tandai atau Lingkari O Penandaan area luka operasi sesuaikan dengan hasil pengkajian dan pemeriksaan dengan jelas	Dokter Operator
Garut : ..... Jam .....	Diisi tanggal persetujuan beserta iam yang dilakukan persetujuan	Dokter Operator
Nama dokter	Diisi nama dokter yang bertanggung jawab dengan jelas dan di tandatangan	Dokter Operator
Saksi RS	Diisi Saksi RS yang melakukan tindakan bersama dokter operator dengan jelas dan di tandatangan	Perawat / Petugas Kesehatan Lainnya

Saksi Pasien	Diisi Saksi pasien yang sudah menyatakan persetujuan dan mengetahui area luka yang akan di operasi dan di tandatangan dan nama yang jelas	Saksi / Keluarga pasien
Pasien	Diisi Nama pasien yang sudah menyatakan persetujuan dan mengetahui area luka yang akan di operasi dan di tandatangan dan nama yang jelas	Pasien