

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 16080206125
 Nama Lengkap : Kartini-C
 Unit/Divisi/Komite : Sub Komite keselamatan pasien
 No. Telepon/Ext :
 E-mail :

Tanggal : 14 April 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 001/P/KMKP/RSIH/IV/2022
 No/Kode RM :
 Bulan Revisi Terakhir :
 (untuk form medis)
 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)
 Penyesuaian dengan panduan manajemen insiden keselamatan pasien

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

Kartini

Tanda Tangan
Penerima,

Rani

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan
diikuti secara kebutuhan		Yeni
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan
Atas konten. Mohon TL pengadaan form		dr. Iva
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan
		Tanda Tangan
		Rani Setia Utami
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur
		Tanda Tangan
	dr. Iva	dr. Muhammad Hasan, MARS

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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



LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

**RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY,
DILAPORKAN MAKSIMAL 2 X 24 JAM**

Jenis Pasien *	<input type="checkbox"/> Pasien Rawat Jalan	<input type="checkbox"/> Pasien UGD	<input type="checkbox"/> Kamar Operasi
	<input type="checkbox"/> Pasien Rawat Inap	<input type="checkbox"/> Pasien Rawat Intensif	<input type="checkbox"/> Lain-lain
Data Pasien :	Nomor Rekam Medik :	Jenis Kelamin	Tanggal Masuk RS :
	Penjamin :	<input type="checkbox"/> Laki-Laki	Tanggal Kejadian :
	<input type="checkbox"/> Umum/Pribadi	<input type="checkbox"/> Perempuan	Waktu Kejadian :
	<input type="checkbox"/> JKN/BPJS		Pukul : WIB
	<input type="checkbox"/> Kontraktor/Asuransi		
Jenis Kejadian*:	<input type="checkbox"/> Kejadian Potensial Cedera/KPC <input type="checkbox"/> Kejadian Nyaris Cedera/KNC <input type="checkbox"/> Kejadian Tidak Cedera/KTC <input type="checkbox"/> Kejadian Tidak Diharapkan /KTD <input type="checkbox"/> Kejadian Sentinel (<i>Sentinel Event</i>)		
Tempat Kejadian :	Ruang Perawatan :	Keterlibatan Unit Lain :	
	Lokasi Kejadian :	<input type="checkbox"/> Ya (sebutkan :.....) <input type="checkbox"/> Tidak	
Akibat Insiden Terhadap Pasien*:	<input type="checkbox"/> Tidak Ada Cedera <input type="checkbox"/> Cedera Ringan <input type="checkbox"/> Cedera <i>Reversible</i> /Cedera Sedang <input type="checkbox"/> Cedera <i>Irreversible</i> /Cedera Berat <input type="checkbox"/> Kematian		
Kronologis Kejadian :	(Bila kolom tidak cukup, bisa menggunakan halaman belakang)		
Tindakan Pertolongan Dilakukan Oleh *:	<input type="checkbox"/> Dokter	<input type="checkbox"/> Perawat	<input type="checkbox"/> Petugas Lainnya
	<input type="checkbox"/> Keluarga Pasien	<input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan)	
Tindakan Yang Segera Dilakukan & Hasilnya :			
Orang Yang Pertama Menemukan Insiden*:	<input type="checkbox"/> Karyawan RS	<input type="checkbox"/> Pasien	<input type="checkbox"/> Keluarga Pasien
	<input type="checkbox"/> Pengunjung RS	<input type="checkbox"/> Lainnya	
Grading Risiko Kejadian*:	<input type="checkbox"/> BIRU	<input type="checkbox"/> HIJAU	<input type="checkbox"/> KUNING
	<input type="checkbox"/> MERAH		
Catatan Komite Mutu :			
Kejadian Yang Sama ;	<input type="checkbox"/> Unit Sama	Tindakan/Antisipasi Yang Sudah Diambil :	
(diisi oleh Komite Mutu)	<input type="checkbox"/> Unit Lain		
Pembuat Laporan		Atasan Langsung :	Komite Mutu ;
Paraf		Paraf	Paraf
Tanggal Pembuatan		Tanggal Terima	Tanggal Terima

Catatan : *pilih salah satu

001/F/KPMKP/RSIH/IV/2022 (Rev.00)