

## FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

### DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP :  
Nama Lengkap : BAGA ERLANGGA  
Unit/Divisi/Komite : ACBUN  
No. Telepon/Ext : 2300  
E-mail : baga.ertlangga@gmail.com

Tanggal : 16 / 6 / 2022

### DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru  
No/Kode Formulir : 002 / F / UM / RSIH / VI / 2022  
No/Kode RM : 10.89 (untuk form medis)  
Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : 00

### Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : -  
Buffer stock : -  
Proses PO : 2 MINUT  
Waktu :

Paraf

yeni

### Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
untuk laporan insiden andak kecelakaan

### Komponen Perubahan

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

- Formulir sesuai konsep RSIS
- Revisi minor

Tanda Tangan  
Pemohon,

Baga E

Tanda Tangan  
Penerima,

22/6  
Rani Setia Utami  
NIP. 15070293069

### Masukan/Saran

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

#### Logistik

Di print sesuai format dan layout

Tanda Tangan

yeni

#### Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung

Sesuai dengan kop, revisi minor

Tanda Tangan

16/6/22  
Dep. A.

#### Unit/Divisi/Komite

- Formulir sesuai konsep RSIS
- Revisi minor

Rani Setia

Tanda Tangan

18/6  
mya

#### Rekam Medik

untuk melengkapi akreditasi

Tanda Tangan

Arif  
tantri

#### Kesekretariatan

Form tsb terlampir ke Unit  
Umum

Tanda Tangan

22/6/22  
Rani Setia Utami  
NIP. 15070293069

#### Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan

ASG

Tanda Tangan

ASG

#### Direktur

print sesuai kebutuhan  
dan ditandatangani

Tanda Tangan

22/6/22  
dr. Muhammad Hasbi MARS  
NIP. 21110183633

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

**Identitas Pasien** (Diisi oleh PPA/Non PPA)

Nama : .....  
 Tanggal Lahir : ..... ( L / W \* )  
 No. RM : - -  
 Ruangan/Kelas : ..... / .....  
 DPJP : .....  
 Penjamin : .....

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini

**FORMULIR LAPORAN INSIDEN TINDAK KEKERASAN****I. DATA PELAPOR**

Nama : .....  
 Tanggal Lahir : .....  
 Jenis Kelamin : .....  
 Alamat : .....  
 No Telepon : .....

**II. RINCIAN KEJADIAN**

1. Tanggal Kejadian : ..... Jam .....

2. Insiden : .....

3. Kronologis Insiden : .....

**4. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden**

- ☐ Karyawan/Petugas  
☐ Pasien  
☐ Keluarga/Pendamping pasien  
☐ Pengunjung  
 (Sebutkan) .....

**5. Tempat Kejadian Perkara (Insiden)**

(Sebutkan) .....

**6. Unit/Bagian Terkait yang menyebabkan insiden**

(Sebutkan) .....

**7. Akibat Insiden Terhadap Pasien**

(Sebutkan) .....

**8. Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian, dan hasilnya :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Pembuat Laporan

Tanggal Lapor :

Security

Tanggal terima :

(Nama Lengkap & TTD)

(Nama Lengkap & TTD)

**FORMULIR LAPORAN INSIDEN TINDAK KEKERASAN**