



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14160285645
Nama Lengkap : Uu Susilawati
Unit/Divisi/Komite : Kamar Operasi
No. Telepon/Ext : 1201
E-mail : UuSusilawati2512@gmail.com

Tanggal : 30.09.2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
No/Kode Formulir : 048 / F / RM / RSIH / IX / 2022 (REV 02)
No/Kode RM : 2.12 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 02

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir : pemindahan implant.
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
pindahan ke RM

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 0
Buffer stock : 5
Proses PO : 2 minggu
Waktu :

Paraf
24

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
kertas f4 3 ply NCR

Tanda Tangan
Pemohon:

Tanda Tangan
Penerima,

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
F4 3 ply NCR			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc, Revisi Minor Teknik, Sesuaikan dg Form		 NIP. 14080287016	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Acc Revisi			
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
pergantian no RM		no form disesuaikan	 Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc			 dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 20110163633

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

**Identitas Pasien** *(Diisi oleh Perawat)*

Nama Pasien :
 Tanggal Lahir : (L / W) *
 No. RM :
 Ruangan / Kelas :
 Dokter yang merawat :
 Penjamin :
 Tindakan Bedah :
 Tanggal Tindakan :

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien Disini

[illegible]

Sirkuler / Asisten

Dokter Operator

(.....)

Nama Jelas dan Tanda Tangan

(.....)

Nama Jelas dan Tanda Tangan

Introduction

..... (L / W)*

o. RM	:				
-------	---	--	--	--	--

Ruang / Kelas

Dokter yang merawat

Penjamin

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien Disini

LEMBAR PEMAKAIAN IMPLANT

Dokter Operator

(.....)

Nama Jelas dan Tanda Tangan

(.....)

Nama Jelas dan Tanda Tangan



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR LEMBAR PEMAKAIAN IMPLANT
048/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.02)**

1. PENGERTIAN

Implant adalah perangkat medis yang di produksi untuk menggantikan struktur biologis yang hilang, mendukung struktur biologis yang rusak, atau meningkatkan struktur biologis yang ada yang digunakan di Kamar Bedah. Alur pemakaian *implant* di Kamar Bedah adalah alur pemakaian jenis *implant* yang akan digunakan di Kamar Bedah dengan sistem konsinyasi atau sistem penitipan alat *implant* dari vendor kepada RS Intan Husada dan kemudian dibuatkan sistem *pre-order* setelah digunakan

2. TUJUAN

- Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik *implant failure* pada pasien yang menjalani ORIF Plate and Screw
- Untuk melihat tipe *implant* yang mengalami *implant failure*
- Untuk mengetahui faktor-faktor berhubungan pada pasien yang mengalami *implant failure*
- Sebagai acuan penerapan langkah – langkah dalam alur pemakaian *implant* di Kamar Bedah

3. KEGUNAAN

Formulir ini digunakan untuk fungsi utama pusat pemakaian *implant* yaitu menyiapkan alat-alat bersih dan steril untuk keperluan operasi pada pasien di rumah sakit.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- Unit Kamar Operasi
- Gudang Farmasi dan Gudang Logistik

5. MEKANISME PENGISIAN

- Form Pemberian Informasi diisi oleh Perawat Ruangan / asisten operasi Orthopaedi.

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)		
Nama	Diisi nama pasien dengan lengkap dan benar	Perawat Kamar Operasi/Petugas kesehatan lainnya
Tanggal Lahir :.... (L / W)	Diisi Tanggal lahir pasien dengan lengkap dan benar kemudian pilihlah jenis kelamin pasien dengan di lingkari salah satu huruf (L / W)	Perawat Kamar Operasi/Petugas kesehatan lainnya
No. RM :	Diisi nomor rekam medis pasien dengan lengkap dan benar	Perawat Kamar Operasi/Petugas kesehatan lainnya
Ruangan/Kelas	Diisi Ruangan/Kelas medis pasien dengan lengkap dan benar	Perawat Kamar Operasi/Petugas kesehatan lainnya
Dokter yang merawat	Diisi Dokter yang merawat medis pasien dengan lengkap beserta gelarnya dengan benar	Perawat Kamar Operasi/Petugas kesehatan lainnya
Penjamin	Diisi nama Penjamin/penanggung jawab pasien dengan lengkap dan benar dari pihak keluarga	Perawat Kamar Operasi/Petugas kesehatan lainnya
Tindakan Bedah	Diisi Tindakan Bedah pasien dengan benar	Perawat Kamar Operasi/Petugas kesehatan lainnya
Tanggal Tindakan	Diisi Tanggal Tindakan pasien dengan benar	Perawat Kamar Operasi/Petugas kesehatan lainnya
No	Diisi No urutan sesuaikan dengan jumlah atau berbagai macam alat yang di pakai pasien dengan benar	Perawat Kamar Operasi/Petugas kesehatan lainnya

Tindakan Bedah	Diisi Tindakan Bedah pasien dengan benar	Perawat Kamar Operasi/Petugas kesehatan lainnya
Tanggal Tindakan	Diisi Tanggal Tindakan pasien dengan benar	Perawat Kamar Operasi/Petugas kesehatan lainnya
No	Diisi No urutan sesuaikan dengan jumlah atau berbagai macam alat yang di pakai pasien dengan benar	Perawat Kamar Operasi/Petugas kesehatan lainnya
Jenis <i>Implant</i>	Diisi Jenis <i>Implant</i> kemudian sesuaikan macam-macam alat yang di pakai pasien	Perawat Kamar Operasi/Petugas kesehatan lainnya
Kode <i>Implant</i>	Diisi Kode <i>Implant</i> kemudian sesuaikan macam-macam alat yang di pakai pasien	Perawat Kamar Operasi/Petugas kesehatan lainnya
Prinsipal/Distributor	Diisi Prinsipal/Distributor alat yang di pakai pasien	Perawat Kamar Operasi/Petugas kesehatan lainnya
Jumlah	Diisi Jumlah pemakaian alat yang di pakai	Perawat Kamar Operasi/Petugas kesehatan lainnya
TTD Sirkuler/Asisten Bedah	Diisi Tanda Tangan oleh Sirkuler/Asisten dengan lengkap dan benar boleh salah satu di antaranya	Perawat sirkuler/Asisten Bedah yang bersangkutan mengikuti kegiatan operasi
TTD Dokter Operator	Diisi Tanda Tangan Dokter Operator dengan lengkap dan benar	Dokter Operator yang bersangkutan mengikuti kegiatan operasi
Di Formulir Restalis Bedah Rangkap : 1. Rekam Medis 2. Logistik Farmasi	Rangkap 1 di status pasien Rangkap 3 untuk penyerahan atau bukti ketika ada pergantian alat dari Vendor atau PT	Kepala Unit Kamar Operasi