

## **LAMPIRAN**

## **PEDOMAN WAWANCARA DESAIN FORMULIR REKAM MEDIS RAWAT INAP**

### **Kepala Rekam Medis**

1. Apakah Terdapat kebijakan tentang alur pembuatan formulir rekam medis Di Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun?
2. Apakah ada tim review yang melakukan pengendalian dan pengecekan terhadap formulir rekam medis Di Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun?
3. Apakah kendala yang sering ditemukan pada saat pembuatan formulir rekam medis Di Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun?
4. Apakah formulir Di Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun yang ada saat ini sudah sesuai dengan ketentuan rekam medis dari aspek fisik, anatomi maupun isi ?
5. Apakah setiap ada formulir baru selalu dilakukan sosialisasi dan uji coba terhadap formulir tersebut ?

### **Pengguna Formulir Rawat Inap bedah (PPA)**

1. Apakah formulir rekam medis yang ada saat ini Di Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun sudah memudahkan dalam melakukan pencatatan dan dokumentasi?
2. Apa kesulitan dalam menggunakan formulir rekam medis yang ada Di Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun?
3. Apakah ada SPO atau juknis dalam pengisian formulir rekam medis Di Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun?
4. Apakah cara pengisian formulir yang ada saat ini sudah pernah disosialisasikan dan diuji coba oleh tim review kepada pengguna?
5. Apakah formulir rekam medis yang ada saat ini sudah sesuai dengan kebutuhan saudara sebagai PPA?

### **Tim Review (Panitia Rekam medis)**



1. Apakah Terdapat kebijakan tentang alur pembuatan formulir rekam medis Di Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun?
2. Apakah Formulir yang ada saat ini sudah dianalisis oleh Tim Review Di Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun?
3. Apakah Formulir rekam medis bedah sudah sesuai dengan ketentuan kebijakan Formulir rekam medis Di Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun?
4. Apakah formulir yang sudah ada pernah dievaluasi oleh tim review Di Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun?
5. Apakah kendala yang dihadapi oleh tim review dalam melakukan proses perancangan formulir rekam medis Di Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun?

## **LAMPIRAN 1**







 Rumah Sakit Khusus Bedah <b>RAWAMANGUN</b>	<b>Pembaharuan Formulir Rekam Medis</b>		
	<b>No. Dokumen</b> 029/SPO/RM	<b>No. Revisi</b> -	<b>Halaman</b> 1/1
<b>SPO</b>	<b>Tanggal Terbit</b> 25/11/2019	Ditetapkan Direktur,  <b>dr. Elviera Darmayanti, MM</b>	

**Pengertian:**

Proses pembaharuan formulir rekam medis yang sekiranya perlu dilakukan revisi atau ditiadakan

**Tujuan:**

Tertib administrasi dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien

**Kebijakan:**

1. SK Direktur RS Khusus Bedah Rawamangun No.075/KEP/DIR/RSKBR/X/2019, tentang Pelayanan Instalasi Rekam Medis

**Prosedur:**

1. PPA (Profesional Pemberi Asuhan) atau tim akreditasi memandang perlu merevisi atau membuat formulir rekam medis baru yang belum pernah di cetak dengan melihat efisiensi penggunaan formulir.
2. PPA mengajukan contoh desain formulir yang ingin direvisi kepada bagian rekam medis.
3. KaIns Rekam Medis mengundang instalasi terkait dan tim review untuk mengadakan rapat pembaharuan formulir
4. Instalasi terkait melakukan konsultasi terkait isi formulir kepada Direktur
5. Setelah form pembaharuan disepakati, petugas rekam medis memberikan nomor formulir.
6. Setelah mendapatkan nomor formulir, instalasi terkait mengajukan desain formulir ke bagian logistik untuk segera dicetak

**Unit Terkait:**

1. PPA
2. Tim Review RM
3. Logistic



## **LAMPIRAN 2**

### ***INFORMED CONSENT WAWANCARA***

Saya selaku peneliti yang merupakan mahasiswa Akademi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan Bhumi Husada Jakarta yang bernama DEDE MAISAROH (19029) JASUS 2019 dan saat ini saya sedang menyelesaikan tugas akhir. Adapun gambaran mengenai penelitian ini adalah :

1. Tujuan kegiatan ini untuk menyelesaikan tugas akhir program D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yang sedang saya tempuh.
2. Manfaat dari penelitian ini adalah memberikan informasi kepada mahasiswa atau RS tentang desain formulir dan memberikan masukan kepada pihak manajemen rumah sakit serta para pelaksana kegiatan sebagai upaya perbaikan desain formulir rawat inap.
3. Subjek akan menjalani proses penelitian ini dengan menjawab pertanyaan yang peneliti lakukan dan pertanyaan yang akan ditanya sesuai dengan tema pada penelitian ini.
4. Resiko yang muncul selama penelitian berlangsung adalah merasa kurang nyaman dengan pertanyaan yang mengkaitkan dengan pengalaman subjek dan menyita waktu subjek.
5. Subjek berhak untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini dan subjek berhak mengundurkan diri jika subjek sudah berpartisipasi.
6. Peneliti akan menjamin kerahasiaan data serta identitas subjek.
7. Selama proses penelitian berlangsung peneliti meminta izin untuk merekam serta mencatat data yang didapat dari subjek.

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PARTISIPASI

Dengan ini, Saya :

Nama : DANI ASRI WIJAYA Amd.KRS

Usia : 30 tahun

Jenis Kelamin : LAKI-LAKI

Unit /Jabatan : REKAM MEDIS (KARS)

Menyatakan bahwa saya setuju untuk berpartisipasi sebagai responden pada penelitian dengan judul "Tinjauan desain formulir rawat inap di Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun. Saya akan mengikuti kegiatan penelitian ini secara sukarela dan tanpa paksaan. Saya bersedia untuk melakukan wawancara dan saya berkenan untuk direkam dan dicatat segala informasi yang saya berikan kepada peneliti.

Jakarta, 23 - 02 - 2022

Peneliti



( Dede Maisaroh )

Responden



( DANI ASRI WIJAYA Amd.KRS )

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PARTISIPASI

Dengan ini, Saya :

Nama : ARYATI, S. Kep.  
Usia : 62 Th.  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Unit /Jabatan : Kamar Bedah / Rawangun

Menyatakan bahwa saya setuju untuk berpartisipasi sebagai responden pada penelitian dengan judul "Tinjauan desain formulir rawat inap di Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun. Saya akan mengikuti kegiatan penelitian ini secara sukarela dan tanpa paksaan. Saya bersedia untuk melakukan wawancara dan saya berkenan untuk direkam dan dicatat segala informasi yang saya berikan kepada peneliti.


Jakarta, ..... 24 - 02 - ..... 2022

Peneliti



( Dede Maisaroh )

Responden

  
Aryati, S. Kep  
Perawat  
( ..... Aryati, S. Kep )

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PARTISIPASI

Dengan ini, Saya :

Nama : Yulinda Karmita

Usia : 30 tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Unit /Jabatan : Katim Ranap

Menyatakan bahwa saya setuju untuk berpartisipasi sebagai responden pada penelitian dengan judul "Tinjauan desain formulir rawat inap di Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun. Saya akan mengikuti kegiatan penelitian ini secara sukarela dan tanpa paksaan. Saya bersedia untuk melakukan wawancara dan saya berkenan untuk direkam dan dicatat segala informasi yang saya berikan kepada peneliti.


Jakarta, 02-03 ..... 2022

Peneliti



( Dede Maisaroh )

Responden



Yulinda Karmita, SKM  
Perawat

( ..... )

Dengan ini, Saya :

Nama : *Dr Thariq Masduki*  
Usia : *47*  
Jenis Kelamin : *♂*  
Unit /Jabatan : *RSU*

Menyatakan bahwa saya setuju untuk berpartisipasi sebagai responden pada penelitian dengan judul "Tinjauan desain formulir rawat inap di Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun. Saya akan mengikuti kegiatan penelitian ini secara sukarela dan tanpa paksaan. Saya bersedia untuk melakukan wawancara dan saya berkenan untuk direkam dan dicatat segala informasi yang saya berikan kepada peneliti.

Jakarta, *23-02* ..... 2022

Peneliti



( Dede Maisaroh )

Responden



*Dr. Thariq Masduki, Sp.A*  
SIP.713/2130/31.15.02/1.779.3/2015

( ..... )

Dengan ini, Saya :

Nama : dr. Ryan Aidil Heryaf

Usia : 26 tahun

Jenis Kelamin : laki-laki

Unit/Jabatan : Manajer Pelayanan Medis

Menyatakan bahwa saya setuju untuk berpartisipasi sebagai responden pada penelitian dengan judul "Tinjauan desain formulir rawat inap di Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun. Saya akan mengikuti kegiatan penelitian ini secara sukarela dan tanpa paksaan. Saya bersedia untuk melakukan wawancara dan saya berkenan untuk direkam dan dicatat segala informasi yang saya berikan kepada peneliti.


Jakarta, 23 Februari ..... 2022

Peneliti



( Dede Maisaroh )

Responden



dr. Ryan Aidil Heryaf  
A.14  
dr. Ryan Aidil Heryaf  
Manajer Pelayanan Medis

( dr. Ryan Aidil Heryaf )

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PARTISIPASI

Dengan ini, Saya :

Nama : dr. Elizabeth, SpOG  
Usia : 39 tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Unit /Jabatan : Dokter obgyn

Menyatakan bahwa saya setuju untuk berpartisipasi sebagai responden pada penelitian dengan judul "Tinjauan desain formulir rawat inap di Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun. Saya akan mengikuti kegiatan penelitian ini secara sukarela dan tanpa paksaan. Saya bersedia untuk melakukan wawancara dan saya berkenan untuk direkam dan dicatat segala informasi yang saya berikan kepada peneliti.

Jakarta, 03 - 03 - 2022

Peneliti



( Dede Maisaroh )

Responden



dr. Elizabeth Diani Novita, Sp.O.G  
SIP: 401.158021.75.02.1006.01.050.R.501-4.179.3167021

( ..... )



LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PARTISIPASI

Dengan ini, Saya :

Nama : dr. Amrul Muliawan SpB -  
Usia : 49 th  
Jenis Kelamin : Laki Laki  
Unit /Jabatan : dokter Sp. Bedah

Menyatakan bahwa saya setuju untuk berpartisipasi sebagai responden pada penelitian dengan judul "Tinjauan desain formulir rawat inap di Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun. Saya akan mengikuti kegiatan penelitian ini secara sukarela dan tanpa paksaan. Saya bersedia untuk melakukan wawancara dan saya berkenan untuk direkam dan dicatat segala informasi yang saya berikan kepada peneliti.

Jakarta, ..... 01 - 03 ..... 2022

Peneliti




( Dede Maisaroh )

Responden



dr. Amrul Muliawan SpB  
SIP 1948 10001 73002 1779.3/e/2018

( ..... )

 <b>PT. EL-HAKIM RS. KHUSUS BEDAH RAWAMANGUN</b> Jl. Balai Pustaka Raya No. 29-31 Rawamangun, Jakarta Timur 13220 Telp. 021-47885201/02. 4893531 Fax. 021-4710918, E-mail : rs.rawamangun@gmail.com	Nomor RM : ..... Nama : ..... Tanggal Lahir : ..... Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan <i>(Mohon diisi atau tempelkan stiker bila ada)</i>		
	<b>PERSETUJUAN TINDAKAN REGIONAL ANESTESI</b> <b>PEMBERIAN INFORMASI</b>		
Tanggal :			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi/ Pemberi Persetujuan *			
NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (✓)
1	Diagnosis		
2	Tindakan Operasi		
3	Tindakan Pembiusan	<b>Anestesi Spinal / Epidural</b>	
4	Indikasi Tindakan	Operasi di daerah pusat kebawah, menghilangkan nyeri	
5	Tata Cara	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obat bius lokal disuntik dengan jarum khusus melalui seta tulang belakang bagian bawah ke dalam ruang sumsum tulang belakang</li> <li>- Penyuntikan spinal/epidural dilakukan pada posisi duduk membungkuk atau tidur meringkuk miring kesalah satu sisi</li> <li>- Saat obat dimasukkan pasien akan merasa hangat di kedua tungkai terasa kesemutan dan lama kelamaan berat dan tidak dapat bergerak seolah-olah kedua tungkai hilang</li> </ul>	
6	Obat-obat	- Bupivakain - Fentanyl	
7	Tujuan	Pembiusan setengah badan meliputi daerah perut kebawah dengan pasien tetap sadar tanpa merasakan nyeri sool operasi (jika perlu pasien dapat diberikan obat penenang)	
8	Risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dapat timbul reaksi alergi/hipersensitif terhadap obat, mulai derajat ringan hingga berat/fatal</li> <li>- Dapat terjadi gangguan pernafasan sementara dan ringan, agak berat, sampai berat (henti nafas) yang dapat diatasi dengan alat bantu nafas</li> <li>- Dapat terjadi kelumpuhan/kesemutan/ rasa baal ditungkai yang memanjang, bersifat sementara dan bisa disembuhkan kembali</li> <li>- Dapat terjadi nyeri pinggang pasca bedah bersifat sementara</li> </ul>	
	Komplikasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasca bedah dapat berupa mual/muntah, menggigil, gatal-gatal, terutama didaerah muka/daerah wajah dan bisa diatasi dengan obat</li> <li>- Efek samping yang jarang terjadi yaitu sakit kepala bagian depan/belakang pada hari kedua/ketiga terutama pada waktu mengangkat kepala dan akan menghilang setelah 5-7 hari, jika tidak menghilang akan diberikan pengobatan</li> <li>- Mungkin dapat terjadi kesulitan buang air kecil dapat diatasi dengan pemasangan catheter</li> </ul>	
10	Prognosis	Baik/ sedang/ berat	
11	Alternatif & Risiko	Karena suatu sebab, berubah menjadi Anestesi Umum. Adapun tata caranya sebagai berikut : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menggunakan obat bius, diberikan dengan cara disuntikan ke pembuluh darah atau menghirup melalui pernafasan</li> <li>- Kadang-kadang diperlukan pemasangan alat/pipa pernafasan khusus melalui mulut atau hidung ke tenggorokan untuk menjaga jalan nafas dan memelihara kedalaman pembiusan</li> </ul>	
12	Obat Nyeri Paska Operasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Route : Intra Vena, Oral, Epidural</li> <li>- Jenis Obat : Paracetamol Intra Vena, Ketorolak, Tramadol, Ketoprofen Suppositoria, Petidin, Fentanyl, Morfi n, Epidural, Acute Pain Servis</li> </ul>	
13	Kemungkinan masalah terkait dengan proses pemulihan	Mual, muntah, alergi, menggigil kedinginan	
14	Kemungkinan konsekuensi akibat tidak dilakukan perawatan tersebut	Bila tidak dilakukan, maka dapat terjadi nyeri selama operasi	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal — hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/ atau berdiskusi			
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dari dokter sebagaimana di atas yang saya beritanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya			
*Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			

## PERSETUJUAN TINDAKAN REGIONAL ANESTESI

Saya yang bertanda tangan

Nama : .....  
Tanggal Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Alamat : .....

Dengan ini menyatakan **PERSETUJUAN** untuk dilakukan tindakan **REGIONAL ANESTESI** terhadap :

.....  
Nama : .....  
Tanggal Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Alamat : .....

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.

Saya juga menyadari bahwa dokter melakukan suatu upaya dan oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan tergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.

Jakarta, Tanggal \_\_\_\_\_ Pukul \_\_\_\_\_

Yang membuat pernyataan

Anestesiologi

Saksi

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

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

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

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



**PT. EL-HAKIM  
RS. KHUSUS BEDAH RAWAMANGUN**

Jl. Balai Pustaka Raya No. 29-31 Rawamangun,  
Jakarta Timur 13220 Telp. 021-47885201/02, 4893531  
Fax. 021-4710918, E-mail : rs.rawamangun@gmail.com

**PERSETUJUAN TINDAKAN ANESTESI UMUM**

**PEMBERIAN INFORMASI**

Tanggal :			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi/ Pemberi Persetujuan *			
NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDAI (✓)
1	Diagnosis		
2	Tindakan Operasi		
3	Tindakan Pembedahan	Anestesi Umum	
4	Indikasi Tindakan	Pembedahan, penanganan nyeri	
5	Tata Cara	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menggunakan obat bius, diberikan dengan cara suntikan ke pembuluh darah atau menghirup melalui pernafasan</li> <li>- Kadang-kadang diperlukan pemasangan alat/pipa pernafasan khusus melalui mulut atau hidung ke tenggorokan untuk menjaga jalan nafas dan memelihara kedalaman pembiusan</li> </ul>	
6	Obat-obat	- Fentanyl - Propofol - Atracrium - Rocuronium	
7	Gas Anestesi	- N <sub>2</sub> O - O <sub>2</sub> - Isofluran - Sevofluran - Desfluran	
8	Tujuan / <i>Maksud</i>	Membuat pasien tidak sadar dan tidak merasakan nyeri	EP 7.1
9	Risiko	Penurunan kesadaran tekanan darah, denyut jantung dan kekuatan nafas	
10	Komplikasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dapat terjadi kesulitan saat pemasangan pipa pernafasan yang tidak diduga sebelumnya</li> <li>- Pipa pernafasan dapat mencederai gigi dan gusi</li> <li>- Dapat terjadi nyeri tenggorokan dan batuk-batuk akibat pemasangan pipa pernafasan yang bersifat sementara dan dapat diatasi dengan obat</li> </ul>	
11	Prognosis	Tergantung kondisi fisik pasien	
12	Alternatif & Risiko	Pembiusan lokal (bila ada kondisi khusus)	
13	Obat Nyeri Paska Operasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Route : Intra Vena, Oral, Epidural</li> <li>- Jenis Obat : Paracetamol Intra Vena, Ketorolak, Tramadol, Ketoprofen : Suppositoria, Petidin, Fentanyl, Morfin, Epidural, Acute Pain Servis</li> </ul>	
14	Kemungkinan masalah terkait dengan proses pemulihan	Mual, muntah, alergi, menggigil kedinginan	
15	Kemungkinan konsekuensi akibat tidak dilakukan perawatan tersebut	Bila tidak dilakukan, maka dapat terjadi nyeri selama operasi	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal — hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/ atau berdiskusi			
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dari dokter sebagaimana di atas yang saya beritanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya			
<b>*Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat</b>			

**PERSETUJUAN TINDAKAN SEDASI ANESTESI UMUM**

Saya yang bertanda tangan

Nama : .....  
Tanggal Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Alamat : .....  
.....

Dengan ini menyatakan **PERSETUJUAN** untuk dilakukan tindakan **ANESTESI UMUM** terhadap :

.....  
Nama : .....  
Tanggal Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Alamat : .....  
.....

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.

Saya juga menyadari bahwa dokter melakukan suatu upaya dan oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan tergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.

Jakarta, Tanggal \_\_\_\_\_ Pukul \_\_\_\_\_

Yang membuat pernyataan

Anestesiologi

Saksi

( \_\_\_\_\_ )  
Tanda Tangan dan Nama Jelas

( \_\_\_\_\_ )  
Tanda Tangan dan Nama Jelas

( \_\_\_\_\_ )  
Tanda Tangan dan Nama Jelas

( \_\_\_\_\_ )  
Tanda Tangan dan Nama Jelas



**PT. EL-HAKIM**  
 Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun  
 Jl. Balai Pusaka Raya No. 29-31 Rawamangun, Jakarta, Timur 13220  
 Telp. 021-4893531 Fax. 021-4710918, E-mail : rs.rawamangun@gmail.com

**CHEK LIST KESELAMATAN OPERASI**

Nama : ..... L/P .....  
 Tgl lahir : .....  
 No. RM : .....  
 Operator : .....  
 Diagnosa : .....  
 Tanggal Tindakan : .....

**Sebelum Induksi Anestesi ( Sign - in )  
 ( dibaca dengan suara keras ) Jam : .....**

**Sebelum Induksi Anestesi**  
 Apakah sudah dikonfirmasi identitas pasien, lokasi operasi, prosedur dan persetujuan tindakan operasi ?  
 Ya  
 Tidak  
 Apakah lokasi operasi telah ditandai ?  
 Ya  
 Tidak  
 Apakah mesin anestesi dan obat-obatan dicek ?  
 Ya  
 Tidak  
 Apakah pasien di ketahui alergi ?  
 Ya  
 Tidak  
 Ada resiko aspirasi / kesulitan jalan nafas ?  
 Ya, sudah tersedia alat bantu / renaga  
 Tidak  
 Resiko pendarahan > 500 ml ( > 7ml/kg.BB untuk pasien anak )  
 Ya dan akses IV adekuat / cairan telah direncanakan (infuse tersedia)  
 Tidak  
 Monitoring  
 Pulse oksimetri, EKG, BP  
 Kateter urine  
 Pengaturan posisi pasien / penghangat

Dokter Anestesi : .....  
 Tanda Tangan : .....

**Sebelum Irisan Kulit ( Time - Out )  
 dibaca dengan suara Jam : .....**


**Sebelum memulai intervensi bedah, mis, insisi kulit**  
 Apakah semua tim medis telah memperkenalkan diri dan memberitahukan peran mereka ?  
 Ya  
 Tidak  
 Ahli bedah, Ahli anestesi dan perawat sirkuter menyebutkan :  
 Nama pasien  
 Prosedur, lokasi dan posisi operasi yang direncanakan  
 Kejadian kritis yang harus diantisipasi  
**Ahli bedah :**  
 Seberapa banyak perdarahan yang diperkirakan akan terjadi  
 Apakah ada alat khusus yang dibutuhkan / Implan : .....  
 No. Merek  
 Apakah ada langkah kritis atau yang diluar prosedur yang anda ingin tim ketahui ?  
**Ahli Anestesi :**  
 Apakah ada masalah pasien yang harus diperhatikan ?  
 Berapa nilai ASA pasien  
 Adakah alat monitor kadar penulukung khusus yang diperlukan, mis. Darah ?  
**Perawat :**  
 Apakah alat-alat telah dikonfirmasi/dicek (termasuk indikator sterilitas) ?  
 Apakah ada masalah dengan keadaan pasien atau peralatan ? (SSI) telah dilaksanakan?  
 Ya / Tidak memungkinkan  
 Profilaksis antibiotik 60 menit terakhir  
 Penghangatan pasien  
 Pencukuran di daerah operasi

Perawat Sirkuler : .....  
 Tanda Tangan : .....

**Sebelum Pasien Meninggalkan  
 Ruang Operasi ( Sign Out ) Jam : .....**


**Sebelum Pasien meninggalkan ruang operasi**  
 Dokter yang bertanggung jawab secara verbal mengkonfirmasi timnya :  
 Apakah prosedur telah dicatat ?  
 Apakah telah terkonfirmasi kelengkapan jumlah instrumen kassa dan benda tajam telah selesai / lengkap ?  
 Apakah spesimen telah diberikan label (termasuk mencantumkan nama pasien) ?  
 Apakah peralatan yang bermasalah teridentifikasi ?  
 Ahli Bedah, Ahli Anestesi dan perawat/penata anestesi  
 Review hal-hal yang diperhatikan pada tahap pemulihan dan penyembuhan pasien ? (TTV, Perdarahan)  
 Spinal → Langsung ke RR  
 Umum → Nafas Spontan  
 Mata Dibuka  
 Bisa ikut perintah  
 Hal yang harus diperhatikan :  
 Implementasi sudah dipasang  
 Jam verifikasi :

Dokter Bedah	Dokter Anestesi	Perawat Sirkulasi
Ttd : .....	Ttd : .....	Ttd : .....

 <b>PT. EL-HAKIM RS. KHUSUS BEDAH RAWAMANGUN</b> Jl. Balai Pustaka Raya No. 29-31 Rawamangun, Jakarta Timur 13220 Telp. 021-47885201/02, 4893531 Fax. 021-4710918, E-mail : rs.rawamangun@gmail.com	No. RM : _____  Nama Pasien : _____  Tanggal Lahir : _____ <i>(Tempel Stiker Identitas jika ada)*</i>		
	<b>CHECK LIST PERSIAPAN OPERASI</b>		
	Rawat Inap	Kamar Operasi	Keterangan
<b>1. Persiapan Administrasi</b>			
a. Persetujuan Tindakan Operasi	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	
b. Persetujuan Tindakan Anastesi	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	
c. Persetujuan Tindakan Invasif	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	
d. Penandaan Lokasi Operasi	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	
e. Hasil Konsultasi Dokter	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	
f. Hasil Laboratorium	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	
g. Hasil Radiologi / USG	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	
h. Hasil EKG	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	
<b>2. Persiapan Fisik</b>			
a. Puasa	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	Sejak Pukul :
b. Pasang Kateter	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	Catheter No :
c. Pemberian Yal / lainnya	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	Jam Pemberian :
d. Mandi	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	Jam :
e. BAB	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	Jam : Frekuensi :
f. Cukur dan bersihkan daerah operasi	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	
g. Rambut palsu, gigi palsu, contact lens, sudah dilepas	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	
h. Cat Kuku, Potong kuku dan Make up muka sudah dibersihkan	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	
i. Perhiasan dan arloji dll, sudah dilepas	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	
j. Persiapan darah untuk transfusi :	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	Jenis Darah : Jumlah : ml
k. Antibiotik Pre - Operasi Hasil Skin Test obat: Positif/Negatif	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	Nama Obat : Dosis Obat : Diberikan Jam :
<b>3. Persiapan Khusus</b>			
a. DM - Insulin Pre Operasi	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	
b. Hipertensi - Obat Anti hipertensi Pre OP	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	
c. Obat Lain :	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	
d. Obat - obatan sebelum tidur	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	
e. Pasang Infus	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	IV Cath No :
f. Tanda - Tanda Vital	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	TD : /ND : /SH : /RR:
g. Haid	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	Hari Ke : Haid Terakhir :
<b>4. Persiapan Mental</b>			
a. Konsul Dokter Terkait :	Ya/Tidak*	Ya/Tidak*	

Jakarta, ..... 20.....

Perawat Rawat Inap/Bidan	Pasien	Perawat Kamar Operasi
( Nama dan TTD )	( Nama dan TTD )	( Nama dan TTD )

 <b>PT. EL-HAKIM RS. KHUSUS BEDAH RAWAMANGUN</b> Jl. Balai Pustaka Raya No. 29-31 Rawamangun, Jakarta Timur 13220 Telp. 021-47885201/02, 4893531 Fax. 021-4710918, E-mail : rs.rawamangun@gmail.com		Nomor RM : ..... Nama : ..... Tanggal Lahir : ..... Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan (Mohon diisi atau tempelkan stiker bila ada)	
<b>PERSETUJUAN TINDAKAN SEDASI</b>			
<b>PEMBERIAN INFORMASI</b>			
Tanggal :			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi/ Pemberi Persetujuan *			
NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (✓)
1	Diagnosis		
2	Tindakan Operasi		
3	Tindakan pembiusan	<b>Sedasi</b>	
4	Indikasi Tindakan	Pembedahan, Diagnostik	
5	Tata Cara	Menggunakan obat sedasi yang diberikan dengan cara suntikan ke pembuluh darah vena	
6	Obat-obat	-- Midazolom -- Fentanyl -- Propofol	
7	Tujuan	-- Memberikan rasa nyaman pada pasien & operator -- Mempermudah prosedur	
8	Risiko	Penurunan kesadaran tekanan darah, denyut jantung dan kekuatan nafas	
9	Komplikasi	-- Dapat terjadi kesulitan saat pemasangan pipa pernafasan yang tidak diduga sebelumnya -- Pipa pernafasan dapat mencederai gigi dan gusi -- Dapat terjadi nyeri tenggorokan dan batuk-batuk akibat pemasangan pipa pernafasan yang bersifat sementara dan dapat diatasi dengan obat	
10	Prognosis	Baik, sedang, berat .....	
11	Alternatif & Risiko	Pembiusan lokal (bila memungkinkan)	
12	Obat Paska Sedasi Prosedural	-- Jenis Obat : Paracetamol, Ketorolak, Tramadol, Ketoprofen Suppositoria, Paracetamol Suppositoria	
13	Kemungkinan Masalah Terkait dengan proses pemulihan	Mual, muntah, alergi, menggigil kedinginan	
14	Kemungkinan konsekuensi akibat tidak dilakukan perawatan tersebut	Bila tidak dilakukan, maka dapat terjadi nyeri selama operasi	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal - hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/ atau berdiskusi			
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dari dokter sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya			
*Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			



**PERSETUJUAN TINDAKAN SEDASI**

Saya yang bertanda tangan

Nama : .....  
Tanggal Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Alamat : .....  
.....

Dengan ini menyatakan **PERSETUJUAN** untuk dilakukan tindakan **SEDASI** terhadap : .....

Nama : .....  
Tanggal Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Alamat : .....  
.....

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.

Saya juga menyadari bahwa dokter melakukan suatu upaya dan oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan tergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.

Jakarta, Tanggal \_\_\_\_\_ Pukul \_\_\_\_\_

Yang membuat pernyataan

Anestesiologi

Saksi

( \_\_\_\_\_ )  
Tanda Tangan dan Nama Jelas

( \_\_\_\_\_ )  
Tanda Tangan dan Nama Jelas

( \_\_\_\_\_ )  
Tanda Tangan dan Nama Jelas

( \_\_\_\_\_ )  
Tanda Tangan dan Nama Jelas



**PT. EL-HAKIM**  
**Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun**  
 Jl. Balai Pustaka Raya No. 29-31 Rawamangun, Jakarta Timur 13220  
 Telp. 021 - 4893531 Fax. 021- 4710918, E-mail : rs\_rawamangun@gmail.com

## MONITORING ANESTESI DAN SEDASI

Tgl.    2 0

Nama Pasien :   
 No. RM :   
 Tgl. Lahir :   
 Kelamin :  L /  P

DPJP Anestesi :   
 Asisten Anestesi :   
 DPJP Bedah :

Diagnosis prabedah :  Jenis Pembedahan :  Diagnosis pascabedah :

### Teknik Anestesi :

Sedasi :  Anestesi Umum :  Lain - lain :   
 Spinal :  Epidural :  Kaudal :   
 Blok Perifer :  Kombinasi Umum dan Epidural :   Kombinasi Spinal dan Epidural :

### Teknik dan Alat Khusus :

Hipotensi  USG  Lain-lain :

### Monitoring :

EKG Lead  Arteri line  EtCO2  Stetoskop  NIBP  NGT  CVP  
 SpO2  Kateter urine  Temp  Lain-lain :

STATUS FISIK : ASA  1  2  3  4  5  E Alergi :  Ya :   Tidak

Penyakit Pra Anestesi :

### Cek list Persiapan Anestesi

Informed consent  Obat-obatan Anestesi  Tatalaksana jalan nafas  Mesin Anestesi  
 Monitoring  Obat-obatan Emergenasi  Suction Apparatus  Persediaan Darah

### Penilaian Pra Induksi

Jam :   
 Kesadaran :  Tekanan Darah :  Nadi :  RR :   
 Suhu :  Saturasi O2 :  Lain-lain :

### Kesadaran

Asesmen  
Pra Induksi

- Toleransi baik, dilakukan induksi anestesi  
 Toleransi kurang, dicoba terapi dulu, perbaikan terjadi dan dilakukan induksi anestesi  
 Tidak ada perbaikan dalam 15 menit, operasi ditunda

### CATATAN :



																			<b>Jumlah</b>

																			220
																			200
																			180
																			160
																			140
																			120
																			100
																			80
																			60
																			40
																			20
																			0
<b>Mulai Pembedahan O →</b>															<b>Selesai Pembedahan O →</b>				

																			<b>Jumlah</b>

\_\_\_\_\_ menit  
 \_\_\_\_\_ menit

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Penata/Perawat Anestesi

dr. Anestesi

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SERAH TERIMA DI KAMAR PEMULIHAN/HCU**

Masuk :  Kamar Pulih  HCU  Jam :

Tanda vital :  Tekanan Darah : mmHg  Nadi : x/menit  RR : x/menit  Suhu : °C

Kesadaran :  Composmentis  Belum Sadar  Tidur dalam

Pernafasan :  Spontan  Dibantu  VAS :

Penyulit intra operatif : \_\_\_\_\_ :

Yang menyerahkan  
Penata/Perawat anestesi yang bertugas di OK

Yang menerima  
Penata/Perawat yang bertugas diruang pemulihan/HCU

( Tanda tangan dan nama jelas )

( Tanda tangan dan nama jelas )

**PENGAWASAN DI RUANG PEMULIHAN**

Jam :

VAS	R (x/menit)	N (x/menit)	TD (mmHg)																			
10	28		220																			
	24		200																			
9	20		180																			
8	16		160																			
7	12	180	140																			
6	8	160	120																			
5		140	100																			
4		120	80																			
3		100	60																			
2		80	40																			
1		60	20																			
0		40	0																			
Saturasi Oksigen																						
Skor Aldrette																						
Skor Bromage																						
Resiko Jatuh																						

**Catatan Khusus Ruang Pemulihan :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Skor ALDRETTE**

Aktivitas\_\_\_\_\_ Sirkulasi\_\_\_\_\_ Pernafasan\_\_\_\_\_ Kesadaran\_\_\_\_\_ Warna kulit\_\_\_\_\_ Total


**Skor BROMAGE**


Dapat mengangkat tungkai bawah [1] Hanya dapat menggerakkan lutut [2] Hanya dapat menggerakkan kaki [3] Tidak dapat menggerakkan kaki sama sekali [4]

**Keluar Kamar Pulih Jam :**

Perawat / Penata Anestesi

dr. Anestesi

 <b>PT. EL-HAKIM</b> <b>Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun</b> <small>Jl. Balai Pustaka Raya No. 29-31 Rawamangun, Jakarta Timur 13220                  Telp. 021-47885201/02, 47881918/21 Fax. 021 4710918E-mail : rs.rawamangun@gmail.com</small>			Nomor RM : ..... Nama : ..... Alamat : ..... Tanggal Lahir : ..... Jenis Kelamin : ..... (Mohon diisi atau tempelkan stiker bila ada)									
<b>FORM PEMANTAUAN ANESTESI LOKAL</b>												
Tanggal :		Ruang / Kelas :		Jaminan :								
Diagnosa : .....			Asisten Bedah : .....									
Tindakan Operasi : .....			Instrumen/Sirkuler : .....									
Dokter Bedah : .....			Teknik Anestesi : Lokal									
Izin Operator : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		IV Line : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak										
Monitor : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		Oksigen : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak										
Suction : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		Keadaan Pra Bedah : TD ..... N .....										
ESU / Mesin Diatermi : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		RR ..... Sat O2 .....										
Jam Mulai Anestesi Lokal : .....		Jam Mulai Operasi : .....		Jam Selesai Operasi : .....								
No.	Nama Obat Yang Diberikan			Dosis		Pemantauan Hemodinamik						
				I	II	III	IV	Jam	TD	N	RR	Sat O2
Tanda Tangan   _____ (Perawat Sirkuler)					Tanda Tangan   _____ (Dokter Bedah)							
Catatan : <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 300px; margin-left: auto;"></div>												

 PT. EL-HAKIM RS.Khusus Bedah Rawamangun Jl. Balai Pustaka Raya No 29-31 Rawamangun, Jakarta Timur 13220 Telp. 021-4893531 Fax. 021-4710918, E-mail : rsrawamangun@gmail.com	No. RM :
	Nama Pasien :
	Tanggal Lahir :
	(Bila ada bisa tempel Stiker Identitas Pasien)

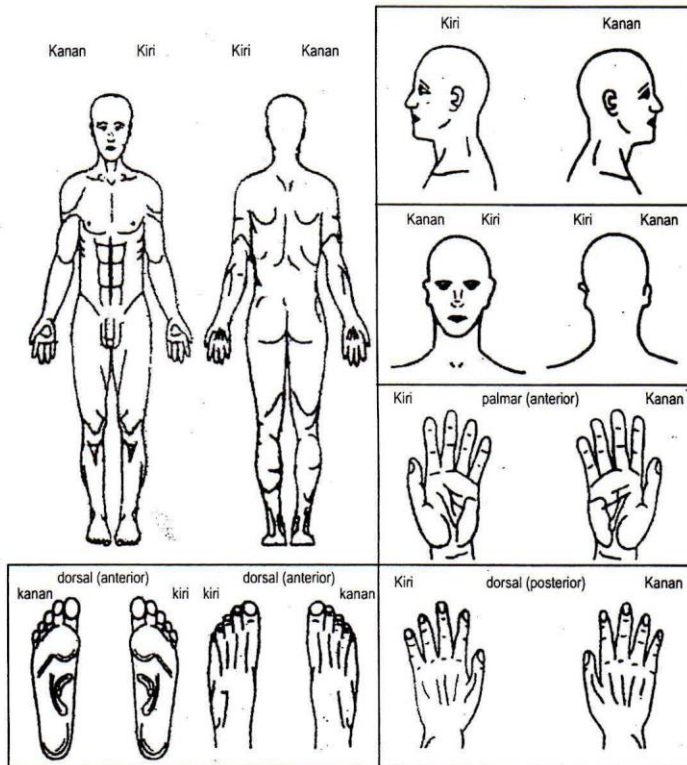
## LAPORAN PEMBEDAHAN

Tgl Pembedahan :	Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Dokter Bedah :	Dokter Anestesi :
Asisten Bedah :	Penata Anestesi :
Perawat Sirkuler :	Perawat Scrub :
Jam Mulai Pembedahan :	Jenis Anestesi : <input type="checkbox"/> Umum <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> Lokal <input type="checkbox"/> Lainnya
Jam Selesai Pembedahan :	Lama Anestesi :
Lama Pembedahan :	Jaringan Yang Dieksisi/diinsisi/dibedah :
Ukuran Pembedahan :	Donor Dari :
Dikirim Untuk Pemeriksaan PA : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Jumlah Pendarahan :
Jenis Pembedahan : <input type="checkbox"/> Kecil <input type="checkbox"/> Besar <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Khusus	Nama Pembedahan :
Diagnosa Pra Bedah :	
Diagnosa Pasca Bedah :	
Laporan Pembedahan :	
Implant :	Jakarta, Jam : Dokter Spesialis Bedah
No :	Tanda Tangan & Nama Jelas



**FORMULIR PENANDAAN LOKASI OPERASI PRIA**

Nama : .....  
 Tanggal Lahir : .....  
 Jenis Kelamin : L / P  
 NO. RM : .....  
 Tanggal Rencana Tindakan : .....



Saya menyatakan bahwa, Penandaan area operasi dilakukan dengan benar, sesuai dengan gambar di atas.

Nama Pasien : .....

Nama Dokter DPJP: .....

Tanda tangan Pasien/Keluarga :

Tanda tangan Dokter

.....

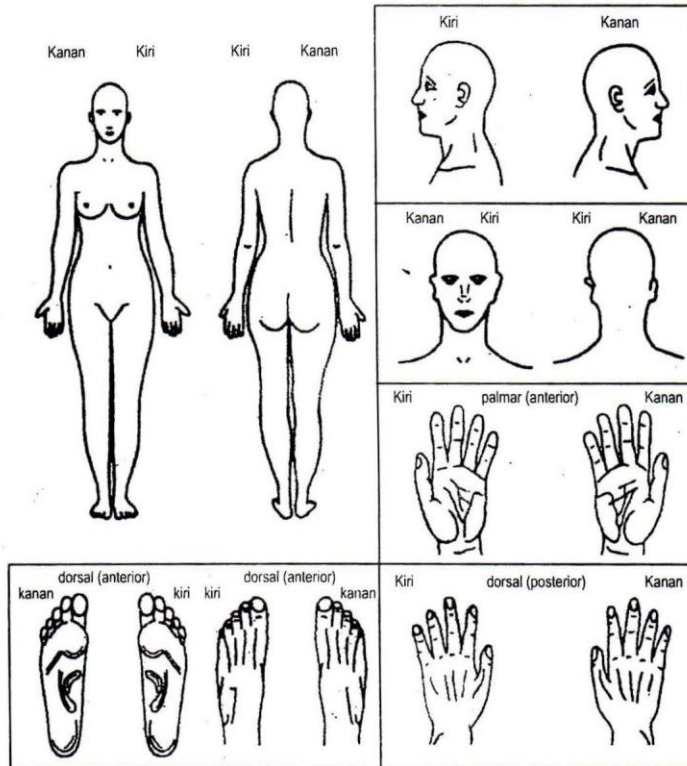
.....





**FORMULIR PENANDAAN LOKASI OPERASI WANITA**

Nama : .....  
 Tanggal Lahir : .....  
 Jenis Kelamin : L / P  
 NO. RM : .....  
 Tanggal Rencana Tindakan : .....



Saya menyatakan bahwa, Penandaan area operasi dilakukan dengan benar, sesuai dengan gambar di atas.

Nama Pasien : .....


Nama Dokter DPJP: .....

Tanda tangan Pasien/Keluarga :

Tanda tangan Dokter

.....

.....

 <b>PT. EL-HAKIM</b> <b>Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun</b> Jl. Balai Pustaka Raya No. 29-31 Rawamangun, Jakarta Timur 13220 Telp. 021 - 4893531 Fax. 021-4710918, E-mail : rs.rawamangun@gmail.com	<b>DOKUMENTASI PELAYANAN</b> <b>KAMAR OPERASI</b>
Hari / Tanggal : ..... Jam Datang : ..... Elektif/ Cito/ ODC *) Kamar Operasi : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pindah <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Kasus Khusus <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>I. PRE OPERATIF</b> <b>A. Identitas Pasien</b> Nomor RM : ..... Ruang/ Poli : ..... Nama : ..... L/ P Kelas : ..... Tanggal Lahir : ..... Cara Bayar : <input type="checkbox"/> 1. Umum <input type="checkbox"/> 2. Perusahaan <input type="checkbox"/> 3. BPJS <input type="checkbox"/> 4. Asuransi Bag/ Sub Bag : <input type="checkbox"/> 1. Ortopedi <input type="checkbox"/> 2. Bedah Plastik <input type="checkbox"/> 3. Obstetric Ginekologi <input type="checkbox"/> 4. Bedah Digestif <input type="checkbox"/> 5. Bedah Anak <input type="checkbox"/> 6. Bedah Onkologi <input type="checkbox"/> 7. Bedah THT <input type="checkbox"/> 8. Bedah Urologi <input type="checkbox"/> 9. Mata <input type="checkbox"/> 10. Ilmu Kes Anak <input type="checkbox"/> 11. IPD/Pulmonologi <input type="checkbox"/> 12. Joint ..... Diagnosa Penyakit : ..... Rencana Operasi : ..... Tindakan terlaksana : .....	
<b>B. Penyebab Pembatalan Tindakan</b> <input type="checkbox"/> 1. Keadaan umum pasien/ alasan medis <input type="checkbox"/> 2. Sarana dan prasarana OK <input type="checkbox"/> 3. Pemeriksaan penunjang (belum lengkap) <input type="checkbox"/> 4. Dokter Bedah <input type="checkbox"/> 5. Ruangan Post-Op (Ruang Rawat Penuh) <input type="checkbox"/> 6. Dokter Anestesi <input type="checkbox"/> 7. Penolakan pasien/ Kel/ Pulang Paksa <input type="checkbox"/> 8. Tidak cukup waktu <input type="checkbox"/> 9. Implant/ bahan habis pakai farmasi <input type="checkbox"/> 10. Persiapan pre-op pasien <input type="checkbox"/> 11. Pasien tidak datang <input type="checkbox"/> 12. Lain-lain ..... Pembatalan Oleh (Nama) : .....	
<b>II. INTRA OPERATIF</b> <b>A. Identifikasi Petugas OK</b> Dokter Bedah : ..... asisten 1/2/3 : ..... Operasi Bersama : ..... Anestesiolog : ..... asisten 1/2/3 : ..... Perawat Scrub I : ..... Perawat Sirkuler I : ..... Perawat Scrub II : ..... Perawat Sirkuler II : ..... Penata Anestesi : .....	
<b>B. Waktu Tindakan</b> Masuk OK : ..... Anestesi : ..... Mulai Insisi : ..... Masuk OK : ..... Keluar OK : ..... Alasan Keterlambatan : .....	
<b>C. Klasifikasi</b> Jenis Luka : <input type="checkbox"/> 1. Luka Bersih <input type="checkbox"/> 2. Luka Bersih Terkontaminasi <input type="checkbox"/> 3. Luka Terkontaminasi <input type="checkbox"/> 4. Luka Kotor/ Terinfeksi Jenis Tindakan : <input type="checkbox"/> 1. Kecil <input type="checkbox"/> 2. Sedang <input type="checkbox"/> 3. Besar <input type="checkbox"/> 4. Khusus <input type="checkbox"/> 5. Lain ..... Jenis Anestesi : <input type="checkbox"/> 1. GA <input type="checkbox"/> 2. Spiral <input type="checkbox"/> 3. Epidural <input type="checkbox"/> 4. Epidura + Spinal <input type="checkbox"/> 5. Caudal <input type="checkbox"/> 6. Local <input type="checkbox"/> 7. Blok SP <input type="checkbox"/> 8. CEGA (Umum + Epidural) <input type="checkbox"/> 9. Sedasi <input type="checkbox"/> 10. Pendamping <input type="checkbox"/> 11. Intratecal, dll) : ..... Status ASA : ..... ASA I/ II / III / IV / V	

**D. Penataaksanaan Tindakan**

1. Set instrument yang digunakan

a. .... b. .... c. ....  
d. .... e. .... f. ....

2. Perlengkapan/ asesoris milik pribadi (pasien/ dokter)

a. .... b. ....

3. Pemberian antibiotika profilaksis

Nama/ dosis obat : .....

Jam pemberian 1 : ..... Pemberian 2 : ..... Pemberian 3 : .....

4. Pemberian penunjang :  ESU/ Cauter  Bor  Suction  URS  
 Tourniquet  STSG  Skin Dermatome  Lain - lain : .....

5. Penunjang habis pakai :  Bipolar  Monopolar  Neutral Plate

**Persiapan tindakan operasi**

Posisi penderita :  1. Supine/ Terlentang  2. Prone/ Telungkup  3. Lithotomi  4. Latera/ miring

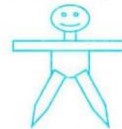
Kateter urin no :

Fikasi Balon :  CC

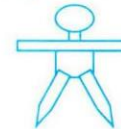
Pencucian abdomen dan area operasi :

- Chlorohexidine Gluconat
- Triclosan 2 %
- Alcohol 70 %
- Providone Iodine 10 %
- .....

Tampak Depan



Tampak Belakang



Lokasi pemasangan ground Diatemi di : .....

Lokasi pemasangan Saved Belt di : .....

**E. Penggunaan Kasa dan Benda Tajam**

No	Jenis Alat	Disiapkan	Terpakai	Sisa
1.	Big Kasa			
2.	Rol Besar			
3.	Rol Kecil			
4.	Depper			
5.	Peanuts/ Kacang			
6.	Kasa Tonsil			
7.	Tampon Adenoid			
8.	Tampon Hidung			
9.	Kasa X-Ray Detectable			
10.	Kasa Non X-Ray Detectable			
11.	Jarum Operasi			
12.	Pisau Operasi Inplant			

**F. Penggunaan Kasa dan Benda Tajam**

No	Kegiatan	Cairan Masuk	Cairan Keluar	Keterangan
1.	Irigasi			
2.	Pencucian Tampon			
3.	Pencucian Luka			

<p><b>G. Pemeriksaan Pelengkap</b></p> <p><input type="checkbox"/> PA      <input type="checkbox"/> Kultur    <input type="checkbox"/> Lain - lain : .....</p> <p>Asal jaringan/ cairan : ..... Ukuran/ Volume : ..... gr/ml</p> <p>Tujuan pengiriman : <input type="checkbox"/> Khusus Bedah Rawamangun    <input type="checkbox"/> Luar RS Khusus Bedah Rawamangun : .....</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Keluarga</p>	
<p><b>H. Konsultasi Intra Operasi/ Tindakan (Joint Operasi)</b></p> <p>SMF/ Sub Bagian : .....</p> <p>Dokter : .....</p> <p>Alasan : .....</p> <p>Tindakan : .....</p>	
<p><b>I. Catatan Khusus (Jika Terjadi Masalah Pada Saat Pasien Berada di OK)</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p><b>J. Catatan Pasca Tindakan</b></p> <p>NGT : <input type="checkbox"/> Ada    <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Kateter Urin : <input type="checkbox"/> Ada    <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Drain : <input type="checkbox"/> Selang    <input type="checkbox"/> Vacum    <input type="checkbox"/> Penrose</p> <p>Infus/ Transfusi : <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> 1/2/3/4    Insersi/ are : .....</p> <p>lain - lain : .....</p> <p>Kasa/ Tampon/ Instrumen/ Alat Lain yang sengaja ditinggalkan dalam tubuh pasien</p> <p>Nama/ Jenis : ..... Jumlah : ..... buah</p> <p>Area : .....</p>	
<p>Perawat Sirkuler</p>    <p>(.....)</p> <p>Tanda Tangan dan Nama Jelas</p>	<p>Perawat Scrub</p>    <p>(.....)</p> <p>Tanda Tangan dan Nama Jelas</p>

**DIAGNOSA KEPERAWATAN PERIOPERATIF  
KAMAR OPERASI**

**PT. EL-HAKIM**  
Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun  
Jl. Balai Pustaka Raya No. 29-31 Rawamangun, Jakarta Timur 13220  
Telp. 021-4893531 Fax. 021-4710918, E-mail : rs.rawamangun@gmail.com

Diagnosa Keperawatan Pre Operatif	Diagnosa Keperawatan Intra Operatif	Diagnosa Keperawatan Post Operatif
<p>1. Nyeri b.d adanya luka "trauma" ; bis Skala nyeri (0-10) : ..... Lokasi : ..... Hasil yang diharapkan : mengungkapkan adanya penurunan nyeri</p> <p>Intervensi :  <input type="checkbox"/> Lakukan dan ajarkan manajemen penurunan nyeri : tarik napas dalam, teknik distraksi, dll  <input type="checkbox"/> Evaluasi skala nyeri setelah diberikan intervensi  <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>2. Cemas b.d kurang pengetahuan, stress akan pembedahan</p> <p>3. Status Psikologis :  <input type="checkbox"/> Tunjung/Gelisah/ Basyak bicara / Menangis/embel/ain lain .....  <input type="checkbox"/> Hasil yang diharapkan : mengungkapkan penurunan kecemasan.</p> <p>Intervensi :  <input type="checkbox"/> Kaji tingkat Cemas : ringan, sedang, berat  <input type="checkbox"/> Beritahu urutan dan kegiatan perioperatif  <input type="checkbox"/> Berikan penjelasan dan perhatian sesuai umur  <input type="checkbox"/> Evaluasi respon atas penjelasan</p> <p>4. Risiko/gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit b. d adanya perdarahan</p> <p>5. Adanya luka : Ya Lokasi : ...../Tidak          Hasil yang diharapkan : tidak terjadi gangguan cairan dan elektrolit</p> <p>Intervensi :  <input type="checkbox"/> Kaji Adanya perdarahan  <input type="checkbox"/> catat intake output  <input type="checkbox"/> Berikan cairan sesuai indikasi</p> <p>6. Gangguan jalan napas : pola napas : pertukaran gas b.d penumpukan cairan, udara, darah di pleura penekanan masa di trakea</p> <p>Intervensi :  <input type="checkbox"/> Pasukan O2 terpasang dengan baik ketika transportasi ke kamar operasi  <input type="checkbox"/> Observasi sebelum, selama dan setelah operasi terutama bila anastesi lokal</p>	<p>TTV pre Operatif: TD : ..... HR : ..... RR : ..... Saturasi O2 : .....          Perdarahan : Kasa : ..... Suction : ..... IRigasi/Pencucian : .....          Diagnosa Keperawatan intra Operatif</p> <p>1. Risiko infeksi b.d terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p>Intervensi :  <input type="checkbox"/> Identifikasi jenis luka operasi : Bersih/bersih Terkontaminasi/kontaminasi/kotor  <input type="checkbox"/> Laksanakan prinsip aseptik dan jaga agar tidak terjadi pelanggaran selama prosedur berlangsung  <input type="checkbox"/> Lakukan cuci tangan bedah sesuai prosedur  <input type="checkbox"/> Lakukan preps kulit area operasi sesuai prosedur  <input type="checkbox"/> Lakukan teknik draping sesuai prosedur  <input type="checkbox"/> Lakukan penutupan luka operasi sesuai jenis luka  <input type="checkbox"/> Batasi personi di kamar operasi (Maksimal 20 orang)  <input type="checkbox"/> Ganti kaunter urin bila pemasangannya sudah lama</p> <p>2. Risiko/gangguan integritas kulit b.d adanya penekanan bagian tubuh/tonjolan</p> <p>Intervensi :  <input type="checkbox"/> Pasasi : sarung / prece / Leteral kiri-kanan/ Lintromof/ lain-lain : .....  <input type="checkbox"/> Atur posisi secara besar  <input type="checkbox"/> Berikan pengalijad untuk sikut, tumit, lengan, kaki  <input type="checkbox"/> Catat apabila ada kemerahan, lecet pada kulit pasien</p> <p>3. Risiko/ gangguan hipotermia b.d penggunaan AC, Operasi lama</p> <p>Intervensi :  <input type="checkbox"/> Pasukan suhu tidak terdalu dingin (36-36.6C)  <input type="checkbox"/> Gunakan selimut hangat dan berikan insulasi/origasi/ hangat</p> <p>4. Risiko cedera (lutut, elektrik, luka bakar, tertinggal benda asing) b.d pemakaian alat penunjang operasi membuka rongga</p> <p>Intervensi :  <input type="checkbox"/> Data Obyektif : terpasang neutral plate (ground diatermi), menggunakan monopolar/bipolar, toruquet, pasien dalam pengaruh narkose, prosedur operasi membuka rongga  <input type="checkbox"/> Jangan tingalkan pasien sendirian/pastikan pengaturan posisi /penahan terfiksasi dengan benar  <input type="checkbox"/> Pasikan neutral plate dan tourniquet terpasang benar  <input type="checkbox"/> Pasikan baliut pasien tidak basah  <input type="checkbox"/> Lakukan penghitungan kasa, jarum dan instrumen sesuai prosedur</p> <p>5. Resiko/ gangguan keseimbangan cairan b.d prosedur pembedahan ; perdarahan</p> <p>Intervensi :  <input type="checkbox"/> Hitung perdarahan san komunikasikan kepada tim operasi  <input type="checkbox"/> Catat output dan kaunter, drain di selama operasi  <input type="checkbox"/> Catat jumlah dan jenis cairan yang diberikan (darah, elektrolit)          Observasi dan catat TTV selama operasi</p>	<p>Keluhan nyeri : Ya/ Tidak /tidak bisa dikaji          Skala nyeri (0-10) : .....          Kondisi kulit : dingin/hangau/terng/lembab/batal          Kesadaran : sadar /ngantuk /tertidur          TTV : TD : ..... HR : ..... RR : ..... Saturasi O2 : .....          Diagnosa Keperawatan PostOperatif :</p> <p>1. Nyeri b.d luka post operasi          2. Resiko infeksi b.d adanya luka operasi          3. Resiko bersihan jalan tidak efektif b.d akumulasi sekret          4. Resiko jatuh b. d masih dalam pengaruh narkose</p> <p>Intervensi Post Operatif  <input type="checkbox"/> Kaji nyeri lakukan teknik penurunan nyeri, dan kolaborasi untuk memberikan analgetik  <input type="checkbox"/> Kaji status pernapasan dan pastikan jalan napas efektif  <input type="checkbox"/> Pasikan pasien tidak ditinggalkan sendirian  <input type="checkbox"/> Transportasikan pasien ke RR / saat serah terima dengan benar</p> <p>Post operasi ke : Ruangn / Rumah / HCU</p> <p>Dengan : stretcher/ brankard/bursi rodab/berjalan sendiri</p> <p>Discharge planning (khusus ODC) :  <input type="checkbox"/> Tanyakan apakah ada puasa awal dll bila ada buatkan pasien istirahat sampai ketiuh hilang  <input type="checkbox"/> Jelaskan cara penggunaan obat, perawatan luka di rumah  <input type="checkbox"/> Rekomendasikan ke poskoma/ RS terdekat  <input type="checkbox"/> Informasikan dengan jelas tanggal kontrol  <input type="checkbox"/> Pasikan pasien tidak pulang sendiri          Diagnosa Keperawatan tambahan          .....</p>

Perawat Sirkuler  
 (.....)  
 Tanda tangan dan nama jelas

Perawat Scrub  
 (.....)  
 Tanda tangan dan nama jelas



**PT. EL-HAKIM  
RS. KHUSUS BEDAH RAWAMANGUN**  
Jl. Balai Pustaka Raya No. 29-31 Rawamangun,  
Jakarta Timur 13220 Telp. 021- 4893531 Fax. 021-4710918  
E-mail : rs.rawamangun@gmail.com

Nomor RM : .....  
Nama : .....  
Tanggal Lahir : .....  
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan  
*(Mohon diisi atau tempelan sbkr bila ada)*

**KONSULTASI ANESTESI**

Tanggal : ..... Jam : .....

Kepada Yth. Ts. Dokter Spesialis Anestesiologi

Mohon Konsul untuk pasien yang akan dilakukan operasi/tindakan kedokteran

Diagnosa :

Rencana tindakan operasi/diagnostik :

Dokter yang memeriksa/ DPJP

Kebutuhan ICU :  Ya  Tidak

(.....)  
Nama jelas dan tandatangan

**ASSESMEN PRA SEDASI / PRA ANESTESI**

Tanggal : ..... Jam : .....

SETUJU ANESTESI  BELUM SETUJU ANESTESI

<p>Mohon :</p> <p><b>PERSIAPAN PRA SEDASI / ANESTESI</b></p> <p>Puasa <input type="checkbox"/> 4 Jam <input type="checkbox"/> 6 Jam pre anestesi</p> <p>SEDIA : <input type="checkbox"/> PRC <input type="checkbox"/> TC sesuai operator <input type="checkbox"/> FFP <input type="checkbox"/> CRYO</p> <p><b>PERAWATAN PASCA SEDASI / ANESTESI</b></p> <p><input type="checkbox"/> Rawat Inap <input type="checkbox"/> Rawat Jalan (ODC) <input type="checkbox"/> ICU</p>	<p>Mohon :</p>
--	----------------

**TANDA VITAL**

Tinggi : ..... cm Berat : ..... Kg Kesadaran : ..... Nadi : ..... Tekanan Darah : ..... / .....

Pernapasan : ..... Saturasi (bila perlu) : .....

**ANAMNESIS**

1. Kebiasaan  Merokok > 20 batang/hari  Tidak
2. Riwayat Alergi  Makanan  Tidak  
 Obat  Tidak
3. Riwayat penyakit yang pernah diderita  Tidak  Ada .....
4. Riwayat penyakit keluarga  Tidak  Ada .....
5. Riwayat sedasi/ anestesi sebelumnya .....
6. Batuk  Tidak  Ada
7. Sesak Nafas  Tidak  Ada
8. Sedang Hamil  Tidak  Ada
9. Kelainan Tulang Belakang  Tidak  Ada
8. Muntah  Tidak  Ada
9. Pingsan  Tidak  Ada
10. Stroke  Tidak  Ada
11. Kejang  Tidak  Ada

**PEMERIKSAAN FISIK**

1. Identifikasi masalah airway yang mungkin mempengaruhi type sedasi yang digunakan
  - a. Malampati Skor : 
  - b. Mobilisasi leher
  - c. Gigi palsu/ompong
2. Bunyi Jantung : Mur Mur + / - , Gallop + / - , Bunyi Jantung 1 / 2
3. Paru : Vesikuler + / - , Rh + / - , Wh + / -



PEMERIKSAAN PENUNJANG (tulis yang patologis)	KONSUL
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	
5. _____	
6. _____	
7. _____	
8. _____	
Keterangan : _____	
<b>ASA CLASSIFICATION</b>	
ASA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> E	
<b>PENYULIT :</b>	
1. _____	
2. _____	
3. _____	
4. _____	
<b>PERENCANAAN SEDASI / ANESTESI</b>	
<input type="checkbox"/> MAC : <input type="checkbox"/> Sedasi Analgetik <input type="checkbox"/> GA : <input type="checkbox"/> LMA <input type="checkbox"/> ETT <input type="checkbox"/> TIVA <input type="checkbox"/> Regional : <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Kaudal <input type="checkbox"/> Lain-lain : _____	
<b>OBAT-OBAT ANESTESI :</b>	
<u>Anestesi Umum :</u> <input type="checkbox"/> Midazolam <input type="checkbox"/> Fentanyl <input type="checkbox"/> Propofol <input type="checkbox"/> Pelumpuh Otot <input type="checkbox"/> Ketamin	
<u>Gas Anestesi :</u> <input type="checkbox"/> N2O <input type="checkbox"/> Isofluran <input type="checkbox"/> Sevofluran	
<u>Penetral Pelumpuh Otot :</u> <input type="checkbox"/> Prostigmin <input type="checkbox"/> Sulfat <input type="checkbox"/> Atropin	
<u>Regional Anestesi :</u> <input type="checkbox"/> Bupivakain <input type="checkbox"/> Fentanyl <input type="checkbox"/> Lain-lain	
<b>ANALGETIK PASCA SEDASI / ANESTESI YANG DISEPAKATI:</b>	
<input type="checkbox"/> Paracetamol <input type="checkbox"/> Ketorolak <input type="checkbox"/> Tramadol <input type="checkbox"/> Ketoprofen Supp <input type="checkbox"/> Paracetamol Supp <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Infus Pump	
DPJP Anestesiologi	
(.....) Tandatangan dana nama jelas	



**PT.EL-HAKIM**

**Rumah Sakit Khusus Bedah Rawamangun**

Jl. Balai Pustaka Raya No. 29-31 Rawamangun, Jakarta Timur 13220

Telp. 021-4893531 Fax. 021-4710918, E-mail : rs.rawamangun@gmail.com

RM. 33

FORMULIR PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi / Pemberi Persetujuan			
No.	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (V)
1.	Diagnos (WD/DD)		
2.	Dasar Diagnosis		
3.	Tindakan Kedokteran		
4.	Indikasi Tindakan		
5.	Tata Cara		
6.	Tujuan		
7.	Risiko		
8.	Komplikasi		
9.	Prognosis		
10.	Alternatif & Resiko		
	Lain - Lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal - hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau bertanya			Tanda tangan
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda / paraf di kolom kanannya dan telah memahaminya.			Tanda tangan
"Bila pasien tidak berkompelen atau tidak mau menerima informasi,maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat.			
PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
Yang bertandatangan dibawah ini, saya, nama : .....			
umur ..... tahun, laki-laki / perempuan.			
alamat ..... dengan ini			
menyatakan persetujuan untuk dilakukannya tindakan .....			
terhadap saya/ ..... saya* bernama .....			
umur ..... tahun, laki-laki / perempuan, alamat .....			
.....			
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.			
Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti,maka keberhasilan tindakan kedokteran keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.			
..... tanggal ..... pukul .....			
Yang menyatakan,		Saksi,	
( ..... )		( ..... ) ( ..... )	