



DATA PRIBADI PASIEN : ☐ Rawat Jalan ☐ Rawat Inap ☐ IGD
(Diisi Oleh Pasien)

Personal Data (written by patient)

Kartu Identitas / ID Card : ☐ KTP ☐ SIM ☐ Paspor

Nama Lengkap (sesuai identitas) / Full Name :

Tempat Tanggal Lahir / Place & Date of Birth :

Suku / Tribe :

Jenis Kelamin / Gender : ☐ Pria / Male ☐ Wanita / Female

Status Perkawinan / Marital Status : ☐ Kawin / Married ☐ Belum Kawin / Single ☐ Janda/Duda / Widowed

Agama / Religion : ☐ Islam ☐ Kristen ☐ Katolik ☐ Hindu ☐ Budha ☐ lainnya/Others.....

Alamat Tetap / Permanent Address :

Alamat Termudah Dihubungi / Easily Contacted Address :

Telepon Rumah/ HP / Telephone :

Pendidikan Terakhir /Last Education : ☐ SD /Elementary school ☐ SMP /Junior High School ☐ SMA /Senior High School
☐ D3 /Diploma ☐ S1 /Bachelor ☐ S2 /Master ☐ S3 /Doctor

Pekerjaan / Occupation : ☐ PNS/Government Employees ☐ TNI/Polri/Police
☐ Swasta/Entrepreneur ☐ Pensiun/Retired
☐ Lainnya/Others

Jenis pembayaran : ☐ Pribadi
☐ Asuransi: Nama :.....No :

Nama keluarga yang dapat dihubungi : Telp/ Tel:.....

Hubungan dengan pasien :

Unit yang dituju :

Jakarta,.....

Petugas Pendaftaran
Registration Officer

Pasien/Wali Pasien
Patient/ Patient Relatives

(.....)
Nama Jelas/ Full Name

(.....)
Nama Jelas / Full Name

*) Catatan : Beri Tanda (v) pada kotak (☐) / Please check (v) inside the box (☐)



HAK PASIEN DAN KELUARGA DI RSKGM FKG UI

1. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku;
2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
3. Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi;
4. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
5. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
6. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
7. Memilih dokter, dokter gigi, unit pelayanan, dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku;
8. Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP), baik di dalam maupun di luar RSKGM FKG UI;
9. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang dideritanya termasuk data medisnya;
10. Mendapat informasi mengenai diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
11. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
12. Didampingi keluarga dalam keadaan kritis;
13. Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama itu tidak mengganggu pasien lainnya;
14. Memperoleh keamanan dan keselamatannya dirinya selama dalam perawatan;
15. Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan terhadap dirinya;
16. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
17. Menggugat dan/ atau menuntut apabila diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata maupun pidana; dan
18. Mengeluhkan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KEWAJIBAN PASIEN DAN KELUARGA DI RSKGM FKG UI

1. Mematuhi peraturan yang berlaku;
2. Menggunakan fasilitas secara bertanggung jawab;
3. Menghormati hak pasien lain, pengunjung dan hak tenaga kesehatan serta petugas yang bekerja;
4. Memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat tentang keluhan sakit sekarang, riwayat medis yang lalu, medikasi/pengobatan dan hal-hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien sesuai dengan kemampuan dan pengetahuannya;
5. Memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya;
6. Mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan dan disetujui oleh pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
7. Menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan dan/atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya; dan
8. Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

Jakarta, _____

Pasien/ Wali

Petugas Pendaftaran/Admisi

(_____)
Nama Jelas

(_____)
Nama Jelas



PERSETUJUAN UMUM PASIEN DI RSKGM FKG UI

1. **HAK DAN KEWAJIBAN SEBAGAI PASIEN.** Dengan menandatangani dokumen ini saya mengakui bahwa pada proses pendaftaran untuk mendapatkan perawatan, telah mendapat informasi tentang hak-hak dan kewajiban saya sebagai pasien.
2. **PERSETUJUAN PELAYANAN KESEHATAN.** Saya menyetujui dan memberikan persetujuan untuk mendapat pelayanan kesehatan dan dengan ini saya meminta dan memberikan kuasa kepada dokter, perawat, peserta didik dibawah supervisi dokter, dan tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan asuhan perawatan, pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh dokter dan perawat untuk prosedur diagnostik, radiologi dan/ atau perawatan dan tatalaksana sesuai pertimbangan dokter yang diperlukan atau disarankan pada perawatan saya. Hal ini meliputi seluruh pemeriksaan dan prosedur diagnostik rutin, termasuk radiografi, pemberian dan/ atau tindakan medis (selain tindakan yang membutuhkan persetujuan khusus/tertulis), produk farmasi dan obat-obatan, pemasangan alat kesehatan (kecuali yang membutuhkan persetujuan khusus/tertulis), dan pengambilan darah untuk pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan patologi yang dibutuhkan untuk pengobatan dan tindakan yang aman.
3. **AKSES INFORMASI KESEHATAN.** Saya memberi kuasa kepada setiap dan seluruh orang yang merawat saya untuk memeriksa dan/ atau memberitahukan informasi kesehatan saya kepada pemberi kesehatan lain yang turut merawat saya selama di rumah sakit ini.
4. **RAHASIA MEDIS.** Saya menyetujui RSKGM FKG UI menjamin kerahasiaan informasi medis saya, baik untuk kepentingan perawatan ataupun pengobatan kecuali saya sendiri yang mengungkapkan atau orang yang saya beri kuasa. Saya memberi wewenang kepada RSKGM FKG UI untuk memberikan informasi tentang rahasia kedokteran saya bila diperlukan untuk memproses klaim asuransi termasuk BPJS, jamkesda, asuransi kesehatan lainnya, perusahaan dan atau lembaga pemerintahan lainnya. Saya juga memberi wewenang RSKGM FKG UI, institusi dan perangkatnya untuk dapat menggunakan data, dokumen medik dan dokumen foto saya untuk keperluan pendidikan maupun penelitian tanpa menyebutkan identitas.
5. **PRIVASI.** Saya memberi kuasa kepada RSKGM FKG UI untuk menjaga privasi dan kerahasiaan penyakit saya selama dalam perawatan.
6. **BARANG PRIBADI.** Saya tidak boleh membawa barang-barang berharga yang tidak diperlukan (seperti perhiasan, elektronik, dll). Jika saya membawanya maka RSKGM FKG UI tidak bertanggung jawab terhadap kehilangan, kerusakan atau pencurian atas barang tersebut. Kecuali pada beberapa kondisi seperti pasien tidak mampu menjaga barang milik sendiri/ darurat maka barang milik pribadi dapat ditiptkan.
7. **PENGAJUAN KELUHAN.** Saya menyatakan bahwa saya telah menerima informasi tentang adanya tata cara mengajukan dan mengatasi keluhan terkait pelayanan medik yang diberikan terhadap diri saya. Saya setuju untuk mengikuti tata cara mengajukan keluhan sesuai prosedur yang ada.
8. **KEWAJIBAN PEMBAYARAN.** Saya menyatakan setuju, baik sebagai wali atau sebagai pasien, bahwa sesuai pertimbangan pelayanan yang diberikan kepada pasien, maka saya wajib untuk membayar total biaya pelayanan. Biaya pelayanan berdasarkan acuan biaya dan ketentuan. **Perkiraan biaya pelayanan adalah:..... (wajib diisi)**

Apabila asuransi kesehatan swasta atau program pemerintah menanggung pembiayaan saya, saya akan memberi wewenang untuk menagih biaya dari semua pelayanan dan tindakan medis yang diberikan. Tanggungan asuransi saya mungkin menyatakan bahwa sebagian pembayaran tetap menjadi tanggung jawab pribadi atau tidak ditanggung oleh asuransi, maka RSKGM FKG UI berwenang menagih biaya yang tidak ditanggung oleh asuransi dan saya bertanggung jawab untuk membayarnya.

Saya juga menyadari dan memahami bahwa:

- Apabila saya tidak memberikan persetujuan, atau di kemudian hari mencabut persetujuan saya untuk melepaskan rahasia kedokteran saya kepada perusahaan asuransi yang saya tentukan, maka saya pribadi bertanggung jawab untuk membayar semua pelayanan dan tindakan medis
- Apabila membutuhkan proses hukum untuk menagih biaya pelayanan rumah sakit dari saya, saya memahami bahwa saya bertanggung jawab untuk membayar semua biaya yang disebabkan dari proses hukum tersebut.

9. **MELALUI DOKUMEN INI.** Saya menegaskan kembali bahwa saya mempercayakan kepada semua tenaga kesehatan untuk memberikan tindakan, perawatan, diagnostik dan terapi kepada saya sebagai pasien rawat jalan, rawat inap, atau Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang dibutuhkan untuk pengobatan dan tindakan yang aman.

SAYA TELAH MEMBACA dan sepenuhnya setuju dengan setiap pernyataan yang terdapat pada formulir ini dan menandatangani tanpa paksaan dan dengan kesadaran penuh.

Jakarta, _____

Pasien/Wali*,

Petugas Pendaftaran

(_____)
Nama Jelas

(_____)
Nama Jelas

*coret yang tidak perlu

Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat



NRM :
Nama :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau tempelkan stiker disini)

ASESMEN AWAL RAWAT JALAN

(formulir harus dilengkapi segera atau paling lambat 2 jam setelah pasien datang)

MEDIS (DIISI OLEH DOKTER)

I. ANAMNESIS

Keluhan Utama Pasien (Autoanamnesa / Alloanamnesa kepada)

Riwayat penyakit sistemik dan keadaan umum lainnya:

Penyakit / Kelainan	Disangkal	Tidak Disangkal	Keterangan (Obat, Alat,dll)	Penyakit/ Kelainan	Disangkal	Tidak Disangkal	Keterangan (Obat, Alat,dll)
Penyakit Jantung				HIV, AIDS			
Hipertensi				Kelainan Pencernaan			
Diabetes Mellitus				Epilepsi			
Eksim, Alergi, Penyakit kulit, dll				Hepatitis A/B/C/E			
Kelainan Pernapasan (Asma, PPOK, TB, Pneumoni,Covid 19)				Kelainan Kelenjar Ludah			
Penyakit Ginjal				Kontrasepsi			
Kelainan Darah				Hamil			
				Lain-lain			

*Tandai (√) pada kolom Disangkal atau Tidak Disangkal

Riwayat Perawatan Gigi dan Mulut : ☐ Belum pernah ☐ Pernah:

II. PEMERIKSAAN EKSTRA ORAL

Wajah : ☐ Simetri ☐ Asimetri

Bibir : ☐ Normal ☐ Lainnya :

Kelenjar Getah Bening : Lokasi
 : ☐ Teraba(Lunak/Kenyal/Keras) ☐ Tidak Teraba ☐ Sakit ☐ Tidak Sakit

Sendi Temporomandibula : ☐ Normal ☐ Lainnya :

Kelenjar Saliva : ☐ Normal ☐ Lainnya :

III. PEMERIKSAAN INTRA ORAL

Gingiva : ☐ Normal ☐ Ada kelainan :

Debris, Stain, Kalkulus : ☐ Ada ☐ Tidak ada

Mukosa : ☐ Normal ☐ Ada kelainan :

Palatum : ☐ Normal ☐ Ada kelainan :

Lidah : ☐ Normal ☐ Ada kelainan :

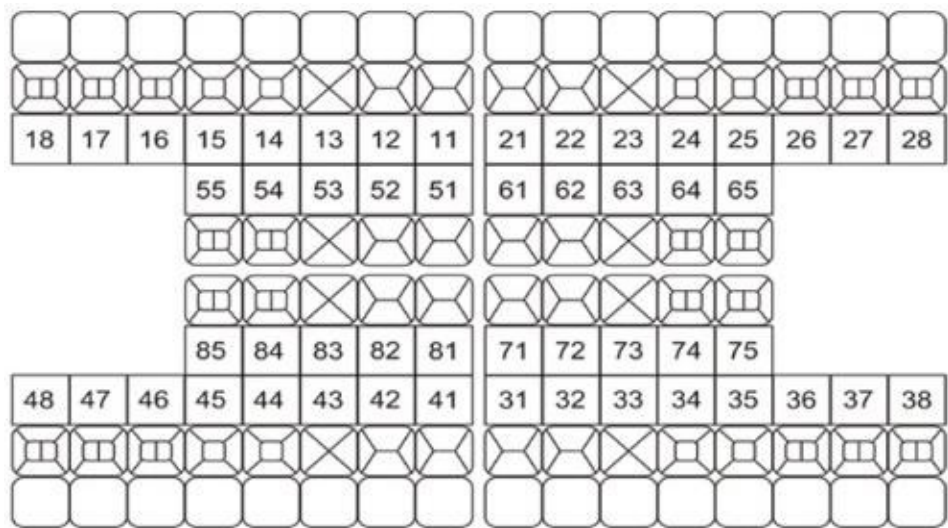
Dasar Mulut : ☐ Normal ☐ Ada kelainan :

Oklusi : ☐ Normal ☐ Ada kelainan :

Kelainan Gigi geligi : ☐ Normal ☐ Ada kelainan :

Lainnya :

IV. ODONTOGRAM



V.

Relasi Molar : Ka : Kls 1 Kls 2 Kls 3		Coret elemen yang tidak ada (X)	
Ki : Kls 1 Kls 2 Kls 3			
Restorasi	Karies	Lain-lain	
On In MT J GT Im	Onlay Inlay Mahkota tiruan Jembatan Gigi tiruan lepasan Implant	A Ab Abf At E F G H I MP M SA TE	Anomali Abrasi Abfraksi Atrisi Erosi Fraktur Goyang Hilang Impaksi Malposisi Migrasi Sisa akar Tidak erupsi

Thorax

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Radiologi : ☐ CBCT ☐ Panoramik ☐ Sefalometri Lateral ☐ Sefalometri PA
☐ Sendi Temporomandibula ☐ Bitewing ☐ Periapikal, regio: _____
Hasil Interpretasi Foto : _____

Laboratorium : ☐ Darah Rutin ☐ Lainnya: _____
Hasil Laboratorium: _____

VI. DIAGNOSIS

Diagnosis Utama : _____
Diagnosis Tambahan : _____

VII. MASALAH

Masalah Medis :

Keadaan Umum Pasien

Tekanan Darah : _____ mmHg

Nadi : _____ x/menit

Pernafasan : _____ x/menit

Suhu : _____ C

Berat Badan : _____ kg Tinggi Badan : _____ cm

Masalah Keperawatan :

Golongan darah : _____

Skrining Nyeri :


☐ Tidak ada nyeri ☐ Nyeri akut ☐ Nyeri kronis

Nyeri hilang bila :

☐ Minum obat ☐ u posisi ☐ Istirahat

☐ Mendengarkan musik

Asesmen Nyeri (tanda skala VAS 0-10):



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VIII. RENCANA ASUHAN (SASARAN TERUKI)

Status Psikologis :

☐ Tenang ☐ Cemas/Takut

☐ Sedih ☐ Menangis

☐ Marah

Lainnya: _____

Risiko Nutrisional :

Dewasa

(1) Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir:

a. Tidak ada penurunan BB

0

b. Tidak yakin / tidak tahu

2

c. Jika Ya, berapa penurunan BB:

1 - 5kg

1

6 - 10kg

2

11- 15kg

3

15kg

4

(2) Apakah asupan nafsu makan pasien berkurang:

a. Ya

1

b. Tidak

0

Total Skor MST : _____

IX. INSTRUKSI

Status Spiritual dan Kultural :

Kebiasaan teratur beribadah:

☐ Ya ☐ Tidak

Keyakinan dan Nilai-nilai Pribadi:

☐ Tidak ada kebutuhan khusus

☐ Ada kebutuhan khusus terkait (tanda pilihan):

a.Perawatan dilakukan oleh dokter berjenis kelamin: (Laki-laki / Perempuan)

b.Menolak perawatan hari tertentu: (Tidak / Ya, sebutkan hari: _____)

c. Menolak makanan tertentu (Tidak / Ya, sebutkan:_____)

Status fungsional :

Anak

(1) Apakah pasien tampak kurus

Tdk

Ya

0

1

☐ Mandiri/tidak perlu bantuan

☐ Perlu bantuan saat aktivitas (tandai pilihan):
Bantuan sebagai/Bantuan saat berjalan/Bantuan total

Risiko Jatuh:

a. Apakah pasien tampak tidak seimbang saat akan duduk di kursi : Ya / Tidak

b. Apakah pasien memegang pinggiran kursi/meja/benda lain sebagai penopang saat akan duduk : Ya / Tidak

Kesimpulan:

☐ Risiko Tinggi (jika jawaban Ya ditemukan pada point a dan b)

☐ Risiko Rendah (jika jawaban Ya ditemukan pada point a atau b)

☐ Tidak Berisiko (jika jawaban Tidak ditemukan pada point a dan b)

(2)

Penurunan BB selama 1 bulan terakhir ? (berdasarkan penilaian objektif data BB bila ada/ penilaian subjektif dari orangtua pasien atau untuk bayi ≤ 1 tahun BB tidak naik selama 3 bulan terakhir)

01

(3)

Apakah terdapat kondisi salah satu diare ≥ 5 kali/hari, muntah ≥ 3 kali/hari & asupan makan berkurang selama 1 minggu terakhir

01

(4)

Adakah penyakit/keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi

01

Total Skor

KEPERAWATAN (DIISI OLEH PERAWAT UMUM)

Kebutuhan Edukasi :

a. Bahasa sehari-hari : ☐Indonesia ☐Lainnya

b. Hambatan belajar : ☐Tidak ada ☐Lainnya: Bahasa/Penglihatan/Pendengaran/Sensori/HilangMemori

c. Tingkat pendidikan : SD/SMP/SMA/D3/S1/S2/S3

d. Topik kebutuhan edukasi pasien :

☐Pengetahuan tentang penyakit/diagnosis

☐Cara menyikat gigi

☐Rencana tindakan medis

☐Penggunaan obat

☐Manajemen nyeri

☐Lainnya: _____

Masalah Keperawatan	Rencana Asuhan
<div><div><input type="checkbox"/>Gangguan rasa nyaman</div><div><input type="checkbox"/>Nyeri</div><div><input type="checkbox"/>Gangguan mobilitas fisik</div><div><input type="checkbox"/>Risiko jatuh</div><div><input type="checkbox"/>Nutrisi</div><div><input type="checkbox"/>Lainnya:_____</div></div>	<div><div>1.</div><div>2.</div><div>3.</div><div>4.</div><div>5.</div></div>

Tanggal: , Jam:
Unit:
Perawat

(.....)
TTD dan Nama Jelas

Tanggal: , Jam:
Unit:
Dokter Gigi Pemeriksa

(.....)
TTD dan Nama Jelas



NRM

:

Nama

:

Tanggal Lahir

:

(Mohon diisi atau tempelkan stiker disini)

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

(Dokter, Dokter Gigi, Perawat/Perawat Gigi, Apoteker, Gizi)

TGL/ JAM	PPA	HASIL ASESMEN PENATALAKSANAAN PASIEN (Tulis dengan metode SOAP/ADIME, disertai Sasaran)	INSTRUKSI PPA (termasuk pasca bedah, ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI (Harus membaca/ mereview seluruh rencana asuhan. Bubuhkan stempel, nama, dan paraf)



FORMULIR REKONSILIASI (*SELF ADMINISTRATION*)

Daftar obat dibawah ini meliputi obat resep maupun non resep yang digunakan sebulan terakhir dan masih digunakan saat masuk rumah sakit

Nama Pasien :

Tanggal Masuk :

No RM :

Alergi:

Tgl Lahir :

NO	NAMA OBAT	DOSIS	FREKUENSI	RUTE PEMBERIAN	TINDAK LANJUT	PERUBAHAN ATURAN PAKAI
1					LANJUT/UBAH ATURAN PAKAI/STOP	
2					LANJUT/UBAH ATURAN PAKAI/STOP	
3					LANJUT/UBAH ATURAN PAKAI/STOP	
4					LANJUT/UBAH ATURAN PAKAI/STOP	
5					LANJUT/UBAH ATURAN PAKAI/STOP	
6					LANJUT/UBAH ATURAN PAKAI/STOP	
7					LANJUT/UBAH ATURAN PAKAI/STOP	
8					LANJUT/UBAH ATURAN PAKAI/STOP	
9					LANJUT/UBAH ATURAN PAKAI/STOP	
10					LANJUT/UBAH ATURAN PAKAI/STOP	

* coret yang tidak perlu

Jakarta,

(.....)

Tanda Tangan dan Nama DPJP



PERSETUJUAN/ PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN

INFORMASI TINDAKAN KEDOKTERAN			
Tanggal / Jam			
Dokter Pelaksana Tindakan/DPJP			
Pemberi informasi			
Penerima informasi			
NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (√)
1.	a. Diagnosis		
	b. Dasar Diagnosis		
2.	Kondisi pasien		
3.	Tindakan yang diusulkan		
4.	Tata cara		
5.	Tujuan tindakan		
6.	Manfaat tindakan		
7.	Risiko tindakan		
8.	Nama orang mengerjakan tindakan		
9.	Kemungkinan alternatif dari tindakan		
10.	Prognosis dari tindakan		
11.	Kemungkinan hasil yang tidak terduga		
12.	Kemungkinan hasil bila tidak dilakukan tindakan		
13.	Lain-lain termasuk pemberian analgetik		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jujur dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi		Tanda tangan DPJP (Nama jelas)	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda (√) dan telah memahaminya		Tanda tangan Pasien/Keluarga (Nama jelas)	
Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			
PERSETUJUAN/PENOLAKAN* TINDAKAN KEDOKTERAN			
Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, nama umur laki-laki/ perempuan* alamat.....dengan ini menyatakan bahwa saya SETUJU/ TIDAK SETUJU* untuk dilakukan 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 resiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.			
Jakarta,.....			
Yang menyatakan		Saksi	Saksi
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
Nama Jelas	Nama Jelas	Nama Jelas	
*coret yang tidak perlu			



Rumah Sakit Khusus Gigi dan
Mulut Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Indonesia

NRM :
Nama :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau tempelkan stiker disini)

ASESMEN PRE ANESTESI LOKAL

Tanggal/Bulan/Tahun/Pukul :/...../...../.....

Anamnesis dari ☐ Autoanamnesis ☐ Alloanamnesis, dari

Riwayat Anestesi & Bedah :

RIWAYAT PENYAKIT PASIEN

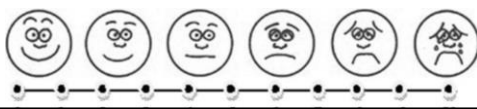
Perdarahan tidak normal	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Serangan jantung	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Gastritis	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Riwayat pingsan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Hipertensi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Merokok	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Asma	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Anemia	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Obat yang sedang dikonsumsi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak ; Jika ya, sebutkan :		
Alergi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak ; Jika ya, sebutkan :		
Menerima transfusi darah	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak ; Jika ya, sebutkan :		
Penyakit Menular	: Hepatitis / HIV / Herpes / Tuberkulosis		

PEMERIKSAAN FISIK

KESADARAN Compos mentis/Apatis/Delirium/Somnolen *

TANDA VITA Tekanan Darah : mmHg
Nadi : x/menit
Suhu : C
Respirasi : x/menit

SKOR NYERI



Apakah pasien menggunakan kacamata? ☐ Ya ☐ Tidak

Apakah pasien menggunakan alat bantu jantung? ☐ Ya ☐ Tidak

Apakah pasien menggunakan gigi palsu? ☐ Ya ☐ Tidak

Apakah pasien menggunakan alat bantu dengar? ☐ Ya ☐ Tidak

RENCANA PEMBEDAHAN

Diagnosis Prabedah :
Tindakan Bedah :
Rencana lama tindakan :

RENCANA ANESTESI LOKAL

Preoperatif	Premedikasi <input type="checkbox"/> Ya, Sebutkan <input type="checkbox"/> Tidak
Intraoperatif	Teknik <input type="checkbox"/> Infiltrasi lokal pada regio <input type="checkbox"/> Intraligamen <input type="checkbox"/> Topikal <input type="checkbox"/> Blok pada regio <input type="checkbox"/> Intrapulpa
	Obat : Dosis :
Pascaoperatif	Analgesi :

* coret bila tidak

DPJP

(.....)



Rumah Sakit Khusus Gigi dan
Mulut Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Indonesia

NRM :
Nama :
Tanggal Lahir :
(Mohon diisi atau tempelkan stiker disini)


MONITORING ANESTESI LOKAL

Tanggal Operasi :
Pukul :
Tindakan :
Jenis Anestesi :

NO	OBAT YANG DIGUNAKAN	DOSIS	WAKTU	PUKUL	KESADARAN	TEKANAN DARAH	NADI	SKALA NYERI
1		PRAOPERASI				mmHg	x/mnt	
2		INTRAOPERASI				mmHg	x/mnt	
3		PASCAOPERASI				mmHg	x/mnt	

DPJP

(.....)

 <p>Rumah Sakit Khusus Gigi dan Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia</p>			<p align="center">CHECKLIST KESELAMATAN PASIEN OPERASI</p>			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> NRM : Nama : Tanggal Lahir : (Mohon diisi atau tempelkan stiker disini) </div>																							
			(ANESTESI LOKAL)																										
Tanggal SIGN IN			Tanggal TIME OUT			Tanggal SIGN OUT																							
Jam Sebelum Anestesi			Jam Sebelum Insisi			Jam Sebelum Pasien Meninggalkan Ruang Operasi																							
Dengan perawat, Dokter Operator Apakah identitas pasien sudah benar? <input type="checkbox"/> Ya Apakah rencana tindakan sudah jelas? <input type="checkbox"/> Ya Ada persetujuan tindakan medis yang akan dilakukan (informed consent)? <input type="checkbox"/> Ya Apakah area operasi sudah diberi tanda? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak perlu Apakah mesin anestesi dan obat-obatan sudah lengkap? <input type="checkbox"/> Ya Apakah pasien memiliki riwayat alergi? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Dokumen pemeriksaan penunjang yang diperlukan (hasil radiologi, dll) <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Persiapan alat instrumen dan obat-obatan yang akan digunakan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;">BAHAN IMPLANTASI:</div> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 20px;"> <tr> <td>Penanggung Jawab</td> <td>Nama</td> <td>Tanda Tangan</td> </tr> <tr> <td>Perawat Sirkuler</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Penanggung Jawab	Nama	Tanda Tangan	Perawat Sirkuler			Dengan perawat dokter bedah <input type="checkbox"/> Memastikan semua anggota tim medis sudah memperkenalkan diri dan perannya masing-masing <input type="checkbox"/> Memastikan dan baca ulang nama pasien, tindakan medis, dan area dan area yang akan diinsisi Apakah antibiotik profilaksis sudah diberikan 1 jam sebelumnya? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Perlu Kejadian berisiko yang perlu diantisipasi oleh operator Untuk Dokter Bedah <input type="checkbox"/> Apa tindakan berisiko atau tindakan tidak rutin yang dilakukan <input type="checkbox"/> Berapa lama tindakan ini dikerjakan? <input type="checkbox"/> Apakah sudahantisipasi perdarahan? Untuk Dokter Anestesi <input type="checkbox"/> Apakah ada hal khusus untuk menjadi perhatian pada pasien ini? <input type="checkbox"/> Pasien dengan ASA _____ Untuk Tim Perawat/Asisten <input type="checkbox"/> Apakah sudah dipastikan alat steril? (ada indikator steril) <input type="checkbox"/> Apakah ada masalah dengan peralatan atau masalah alat yang dikhawatirkan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Apakah hasil radiologi yang diperlukan ada? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak perlu <i>Sebelum dimulai silakan berdoa dipimpin oleh operator</i> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 20px;"> <tr> <td>Penanggung Jawab</td> <td>Nama</td> <td>Tanda Tangan</td> </tr> <tr> <td>Perawat Sirkuler</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Penanggung Jawab	Nama	Tanda Tangan	Perawat Sirkuler			Dengan Perawat Dokter Bedah Secara verbal perawat memastikan: <input type="checkbox"/> Nama tindakan <input type="checkbox"/> Kelengkapan alat, jumlah kassa, dan jarum <input type="checkbox"/> Pelabelan spesimen (baca label spesimen & nama pasien) <input type="checkbox"/> Apakah ada masalah peralatan yang perlu disampaikan? Untuk Dokter Bedah <input type="checkbox"/> Apakah dokter sudah menjelaskan rencanakontrol? <input type="checkbox"/> Apakah dokter sudah menjelaskan komplikasi dari tindakan? <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 20px;">HAL YANG HARUS DIPERHATIKAN:</div> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 20px;"> <tr> <td>Penanggung Jawab</td> <td>Nama</td> <td>Tanda Tangan</td> </tr> <tr> <td>Dokter Bedah / Operator</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perawat</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Penanggung Jawab	Nama	Tanda Tangan	Dokter Bedah / Operator			Perawat		
Penanggung Jawab	Nama	Tanda Tangan																											
Perawat Sirkuler																													
Penanggung Jawab	Nama	Tanda Tangan																											
Perawat Sirkuler																													
Penanggung Jawab	Nama	Tanda Tangan																											
Dokter Bedah / Operator																													
Perawat																													



ASESMEN PRA BEDAH

Anamnesis Auto/Alloanamnesis

Keluhan Utama :

Riwayat Penyakit :

Riwayat Pembedahan :

Riwayat Alergi :

Pemeriksaan Fisik (Penandaan daerah operasi terlampir)

Generalis :	Lokalis :

Pemeriksaan Penunjang

Jenis Pemeriksaan	Pemeriksaan yang dilakukan
<input type="checkbox"/> Laboratorium	<div><input type="checkbox"/> Hemtologi Hb : Leukosit : Ht : Trombosit : Ct : PT : Bt : APTT : <input type="checkbox"/> Fungsi Ginjal Ureum : Kreatinin : <input type="checkbox"/> Fungsi Hati SGOT : SGPT : <input type="checkbox"/> Elektrolit Na : Cl : K : <input type="checkbox"/> Endokrin GDS : T3 : GDP : T4 : HbA1c :</div>
<input type="checkbox"/> Radiologi	<div><input type="checkbox"/> Toraks PA <input type="checkbox"/> Periapikal <input type="checkbox"/> Panoramik <input type="checkbox"/> Sefalometri <input type="checkbox"/> CBCT</div>
<input type="checkbox"/> Elektrokardiografi	
<input type="checkbox"/> Lain-lain	

Diagnosis prabedah:

Rencana operasi:

<u>Rencana Anestesi</u> <input type="checkbox"/> Umum <input type="checkbox"/> Sedasi <input type="checkbox"/> Block <input type="checkbox"/> Lokal
Masalah Medis :
Masalah Keperawatan :
Rencana Asuhan (Sasaran terukur) :
Instruksi pasca tindakan :

Tanggal :

Jam :

Operator / DPJP

(Nama Jelas)