



RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JL. BALAI PUSATAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP 4707433 5/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

FORMULIR PENGKAJIAN PRA SEDASI / ANESTESI

Pre Sedasi

DPJP Anestesi : _____

Penata/ Perawat Anestesi : _____

DPJB Bedah : _____

Tanggal : _____

<p>Alkohol : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, selama _____ /hari</p> <p>Merokok : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, selama _____ /hari</p> <p>Selama _____</p> <p>Riwayat sedasi/anestesi sebelumnya <input type="checkbox"/> Belum pernah sedasi/anestesi <input type="checkbox"/> Pernah sedasi/anestesi tanpa komplikasi <input type="checkbox"/> Pernah sedasi/anestesi dengan komplikasi</p> <p>Sebutkan, _____</p>	<p>Alergi _____</p> <p>Obat yang dikonsumsi <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya : _____</p>
Evaluasi Jalan Nafas	
<p>Bebas : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Leher pendek : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Gerak Leher : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Sulit ventilasi : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Alat bantu nafas : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p>	<p>Obesitas : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Protusi Mandibula : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Mallampathy : <input type="checkbox"/> I, II, III, IV</p> <p>Buka mulut : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Jarak Thyro mentohyoid : _____ cm</p> <p>Gigi : _____</p>
Pemeriksaan Fungsi Sistem Organ	
<p>Pernafasan : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak, Sebutkan _____</p> <p>Kardiovaskuler : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak, Sebutkan _____</p> <p>Neuromuskuloskeletal : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak, Sebutkan _____</p> <p>Renal/endokrin : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak, Sebutkan _____</p> <p>Hepatogastrointestina: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak, Sebutkan _____</p>	
<p>Laboratorium dan pemeriksaan penunjang lain yang penting _____</p>	
<p>STATUS FISIK : ASA 1 2 3 4 5 E</p> <p>Penyulit Pre Anestesi _____</p>	

Perencanaan

Teknik Sedasi / Anestesi

☐ Sedasi : ☐ Ringan ☐ Sedang ☐ Berat ☐ Epidural _____

☐ Anestesi umum ☐ Block Perifer _____

☐ Spinal ☐ Lain - lain _____

Teknik dan Alat Khusus

☐ Hipotensi ☐ TCI ☐ CPB ☐ Ventilator paru-paru ☐ Lain - lain : _____

☐ Bronkoskopi ☐ Glidescope ☐ USG ☐ Stimulator Saraf _____

Monitoring Persiapan Pre Sedasi / Anestesi

☐ EKG Lead _____ ☐ Arteri Line _____ ☐ ETCO _____

☐ CVP _____ ☐ Cath A. Pulmo _____ ☐ SpO2 _____

☐ Stetoscope ☐ NIBP _____ ☐ NGT _____

☐ Kateter Urine _____ ☐ Temp _____ ☐ BIS _____

☐ Lain-lain _____

Dokter Anestesi

(_____)
Nama dan tanda tangan

Asesmen Pre Induksi

Tanggal : _____

Pukul : _____

Kesadaran : _____ TD : _____

Nadi : _____

RR : _____ Suhu : _____

SpO2 : _____

EKG : _____

Lain-lain : _____

Asesmen ☐ Sesuai asesmen pre sedasi/anestesi ☐ Tidak sesuai asesmen pre sedasi/anestesi

Perencanaan _____

Infus Perifer : Tempat dan Ukuran _____

CVC _____

Posisi

☐ Supine ☐ Prone ☐ Lain-lain _____

☐ Lithotomi ☐ Perlindungan mata _____

☐ Lateral ☐ Ka ☐ KI _____

Premedikasi

☐ Oral _____

☐ IM _____

☐ IV _____

Induksi

Intubasi

- ☐ Sesudah tidur ☐ Blind ☐ Dengan margile
☐ Oral ☐ Nasal : Oka OKI ☐ Cuff
☐ Tracheostomi ☐ Level ETT ☐ Pack
☐ Sulit ventilasi
☐ Sulit intubasi

Ventilasi

- ☐ Spontan ☐ Ventilasi : TV : RR : PEEP :
☐ Kontrol ☐ Lain-lain :

Teknik Regional/Block Perifer

Jenis : _____

Lokasi : _____

Jenis jarum / No : _____

Kateter : ☐ Ya ☐ Tidak ☐ Fiksasi : _____ cm

Obat-obatan : _____

Komplikasi : _____

Hasil : ☐ Total block ☐ Partial ☐ Gagal

Dokter Anestesi

(_____)
Nama dan tanda tangan