

RM. 002/007/2023



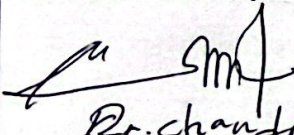

**Dharma  
Nugraha**

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

**11.94.39ADIPATI LINGGA PANDITA**  
13/03/2023 0 thn 8 bln 25 hari  
dr. Dewi Fransiska SpB  
Tgl 07/12/2023 231207-0001  
PRIBADI/UMUM, KELAS II

Lan, 310, 01

### CHEKLIST KESELAMATAN TINDAKAN DENGAN ANESTESI LOKAL

SIGN IN	TIME OUT	SIGN OUT
Tgl & Jam : 08:20	Tgl & Jam : 08:30	Tgl & Jam : 09:15
<b>Konfirmasi :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Identitas pasien <input checked="" type="checkbox"/> Informed consent <input checked="" type="checkbox"/> Periksa lokasi tindakan imaging terpasang <input checked="" type="checkbox"/> Ketersediaan obat dan anestesi lokal <input type="checkbox"/> Periksa TTV: TD : _____ mmHg Nadi : 100 x/ mnt, RR: _____ x/ mnt <input type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan lab: _____ <input type="checkbox"/> Riwayat alergi _____ <input type="checkbox"/> Kontak lensa ada/ tdk _____ <input type="checkbox"/> Gigi palsu ada/ tdk _____ <input type="checkbox"/> Anestesi lokal/ blok/ spray/ lain-lain : _____ jenis obat : _____	<b>Konfirmasi :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi pasien - <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis <u>Femoris</u> <input type="checkbox"/> Nama Tindakan <u>Sircumisi</u> <input checked="" type="checkbox"/> Kelengkapan alat: instrumen, kassa, jarum dan obat <input type="checkbox"/> lama tindakan <u>30 menit</u> <input type="checkbox"/> Kemungkinan kehilangan darah ya/tdk <input type="checkbox"/> Imaging dipasang sesuai kebutuhan ya/tdk	<b>Verifikasi :</b> <input type="checkbox"/> Nama tindakan <u>Sircumisi</u> <input checked="" type="checkbox"/> Kelengkapan alat, kassa, jarum <input type="checkbox"/> pemeriksaan TTV : Tekanan darah : _____ mmHg Nadi : 100 x/ mnt RR : _____ x/ mnt <input type="checkbox"/> Bahan pemeriksaan PA ya/tdk <input type="checkbox"/> Periksa luka paska tindakan Ada rembesan/ tidak Hal- hal yang harus diperhatikan _____ _____ _____
Tgl/ bulan/ tahun/ jam : 08, 12, 2023 Jam 08:20 . <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">   <u>Br. Chandra</u>            Nama &amp; Tanda Tangan Perawat         </div> <div style="text-align: center;">   <u>Dr. Dewi</u>            Nama &amp; Tanda Tangan Dokter         </div> </div>		



RM 002/012/2023



Dharma  
Nugraha

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

11.94.39ADIPATI LINGGA PANDITA  
13/03/2023 0 thn 8 bln 24 hari  
dr. Dewi Fransiska SpB  
Tgl 07/12/2023 231207-000  
PRIBADI/UMUM, KELAS II

Lan, 310, 01

### TRANSFER PASIEN ANTAR RUANGAN/INSTALASI RUMAH SAKIT

Tanggal Masuk RS : \_\_\_\_\_ Pkl: \_\_\_\_\_

Tanggal Pindah : 08-12-2023 Pkl: 09.30.

Dari Ruang : Kamar Bedah Ke Ruang: Latni III

Riwayat alergi obat/ makanan dll: \_\_\_\_\_

Alasan transfer : Selama op lapar.

1. Alasan admisi : \_\_\_\_\_

2. Temuan signifikan : \_\_\_\_\_

3. Diagnosis : Femoris

4. Prosedur yang telah dilakukan termasuk tindakan dan pemeriksaan penunjang : \_\_\_\_\_

1. Terapi /Obat yang telah diberikan :

No	Nama Obat/ Cairan Infus	Sediaan	Tgl/Pkl Mulai	Dosis & Frekwensi	Rute/Pemberian
	<u>Lidocain</u>	<u>3 A</u>	<u>08.30</u>		

5. Perawatan lain yang diterima pasien : \_\_\_\_\_