



**Dharma  
Nugraha**

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA

JL. BALAI PUSTAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN  
JAKATRA TIMUR TLP 4707433 S/D 37

ANDHIKA AYU WIJAYANTI, 06.08.84

03/08/1985

38Th 2Bln 20Hr

JAMINAN, ADMEDIKA,

Telp. 085710128693

### CHEKLIST KESELAMATAN OPERASI

Tanggal :

| SIGN IN   | TIME OUT   | SIGN OUT  |
|---|--|---|
| Pkl : <u>00.00</u><br>(Sebelum induksi anestesi)  | Pkl : <u>00.15</u><br>(Sebelum insisi kulit)   | Pkl : <u>09.00</u><br>(Sebelum pasien meninggalkan OK)  |
| <b>KONFIRMASI PASIEN</b><br><input type="checkbox"/> Identitas pasien<br><input checked="" type="checkbox"/> Informed consent<br><input checked="" type="checkbox"/> Tindakan bedah<br><input checked="" type="checkbox"/> Tindakan anestesi<br><input checked="" type="checkbox"/> Surat izin operasi<br><input type="checkbox"/> Ada penandaan di lokasi operasi<br><input checked="" type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak<br><b>PEMERIKSAAN KELENGKAPAN ANESTESI</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Mesin & peralatan anestesi<br><input checked="" type="checkbox"/> Obat-obatan anestesi<br><input checked="" type="checkbox"/> Pulse oxymeter<br><input checked="" type="checkbox"/> IV Line<br><b>PEMERIKSAAN TANDA-TANDA VITAL</b><br><input type="checkbox"/> Tekanan darah : <u>126/70</u> mmHg<br><input type="checkbox"/> Nadi : <u>90</u> X/ mnt<br><input type="checkbox"/> Pernafasan : <u>20</u> X/ mnt<br><input type="checkbox"/> Saturasi O2 : <u>90</u> %<br><input type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan lab : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak<br><input type="checkbox"/> Hasil lab abnormal : _____<br><b>RIWAYAT ALERGI :</b><br><input type="checkbox"/> Ada , _____<br><input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada<br><b>RESIKO ASPIRASI ATAU GANGGUAN PERNAPASAN</b><br><input type="checkbox"/> Ya, persiapan alat<br><input checked="" type="checkbox"/> Tidak<br><b>RESIKO PERDARAHAN/ KEHILANGAN DARAH &gt;500 ml (7 ml/kg BB pada anak)</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Tidak<br><input type="checkbox"/> Ya, dengan akses IV line atau CVC<br><input type="checkbox"/> Sedia darah : _____ CC<br><b>RENCANA ANESTESI</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Umum <input type="checkbox"/> Spinal<br><input type="checkbox"/> Blok <input type="checkbox"/> Lokal | <b>KONFIRMASI SELURUH TIM OPERASI</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Dokter operator<br><input checked="" type="checkbox"/> Asisten operasi<br><input checked="" type="checkbox"/> Dokter anestesi<br><input checked="" type="checkbox"/> Perawat penata anestesi<br><input checked="" type="checkbox"/> Perawat sirkulator<br><input checked="" type="checkbox"/> Perawat instrumentator<br><input type="checkbox"/> _____<br><b>KONFIRMASI IDENTITAS PASIEN,</b><br><b>PROSEDUR &amp; LOKASI INSISI</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak<br><b>ANTIBIOTIK PROFILAKSIS</b><br>Apakah sudah diberikan dalam waktu sekurang-kurangnya 60 menit<br><input type="checkbox"/> Ya<br>Nama obat : _____<br>Dosis : _____<br>Jam diberikan : _____<br><input checked="" type="checkbox"/> Tidak<br><b>ANTISIPASI KEJADIAN KRITIS Untuk Dokter Operator</b><br><input type="checkbox"/> Prosedur kritis/ tidak rutin<br><input type="checkbox"/> Waktu penanganan<br><input type="checkbox"/> Konsul sub spesialis<br><input type="checkbox"/> Kemungkinan kehilangan darah<br><b>Untuk dokter anestesi</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Hal-hal khusus saat pembiusan<br><b>Untuk tim keperawatan</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Alat steril lengkap<br><input checked="" type="checkbox"/> Peralatan dan instrument lengkap<br><b>IMAGING DIPASANG SESUAI KEBUTUHAN</b><br><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, alasan : _____<br><b>Pemeriksaan penunjang</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak, alasan : _____<br><b>IMPLANT sesuai tidak</b><br>1. Jenis Implant <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>2. Ukuran <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>3. Sterilisasi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>4. No batch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>Ket exp : _____ | <b>PERAWAT KONFIRMASI VERIFIKASI</b><br><input type="checkbox"/> Nama tindakan : <u>TUP 1</u><br><b>PERIKSA KELENGKAPAN SEBELUM LUKA OPERASI DITUTUP</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Instrumen lengkap<br><input checked="" type="checkbox"/> Kassa lengkap<br><input checked="" type="checkbox"/> Jarum lengkap<br><input type="checkbox"/> Lain-lain : _____<br><b>PEMERIKSAAN TANDA-TANDA VITAL</b><br><input type="checkbox"/> Tekanan darah : <u>126/70</u> mmHg<br><input type="checkbox"/> Nadi : <u>90</u> X/ mnt<br><input type="checkbox"/> Pernafasan : <u>20</u> X/ mnt<br><b>PERIKSA KEMBALI LUKA OPERASI</b><br><input type="checkbox"/> Ada rembesan<br><input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada rembesan<br><b>LABEL SPESIMEN( Baca dengan keras):</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Identitas pasien<br><input checked="" type="checkbox"/> PA<br><input type="checkbox"/> Kultur<br><input type="checkbox"/> Sitologi<br><input type="checkbox"/> Tidak<br><b>PERHATIAN UNTUK PENYEMBUHAN PASIEN.</b><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |
| Nama dan tanda tangan<br>(Perawat) _____<br>Perawat<br>Nama dan tanda tangan<br>(Dr. Anestesi) _____<br>Dr. Anestesi  | Nama dan tanda tangan<br>(Perawat) _____<br>Perawat<br>Nama dan tanda tangan<br>(dr. Anestesi) _____<br>dr. Anestesi<br>Nama dan tanda tangan<br>(dr. Operator) _____<br>dr. Operator  | Nama dan tanda tangan<br>(Perawat) _____<br>Perawat<br>Nama dan tanda tangan<br>(dr. Anestesi) _____<br>dr. Anestesi<br>Nama dan tanda tangan<br>(dr. Operator) _____<br>dr. Operator   |



**Dharma  
Nugraha**

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

**06.08.84 ANDHIKA AYU WIJAYANTI,**  
03/08/1985 38 thn 2 bln 24 hari  
dr. Wimpie Florentinus Panggarbesi  
Tgl 26/10/2023 231026-000  
JAMINAN, ADMEDIKA, KELAS III  
Lan, 413, 01

## PENANDAAN LOKASI OPERASI ATAU TINDAKAN INVASIF (SITE MARKING)

Prosedur Tindakan :

| PRIA  |      |      |       | WANITA |       |      |       |
|-------|------|------|-------|--------|-------|------|-------|
| Kanan | Kiri | Kiri | Kanan | Kanan  | Kiri  | Kiri | Kanan |
|       |      |      |       |        |       |      |       |
| Kanan | Kiri | Kiri | Kanan | Kiri   | Kanan | Kiri | Kanan |
|       |      |      |       |        |       |      |       |
| Kanan | Kiri | Kiri | Kanan | Kiri   | Kanan | Kiri | Kanan |
|       |      |      |       |        |       |      |       |

Saya menyatakan bahwa lokasi operasi yang telah ditetapkan pada diagram adalah benar

Jakarta, Tanggal: 26, 10, 24

Pasien / keluarga

Tanda Tangan & Nama Jelas

DPJP

Tanda Tangan & Nama Jelas