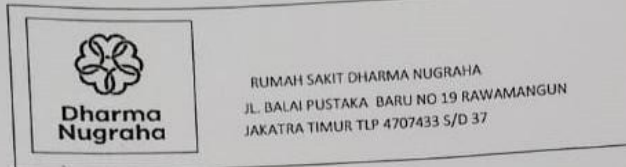


# CHEKLIST KESELAMATAN OPERASI



RM. 002/002/2023

ENINDITA SIH LASTYARI, 11.93.99  
05/09/1989 34Th 3Bln  
PRIBADI/UMUM,  
Telp. 085888760881

## CHEKLIST KESELAMATAN OPERASI

SIGN IN		TIME OUT	SIGN OUT
<p>Pkl : 0800 (Sebelum induksi anestesi)</p> <p><b>KONFIRMASI PASIEN</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Identitas pasien</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Informed consent</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tindakan bedah</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tindakan anestesi</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Surat izin operasi</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ada penandaan di lokasi operasi</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ya</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak</p> <p><b>PEMERIKSAAN KELENGKAPAN ANESTESI</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Mesin &amp; peralatan anestesi</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Obat-obatan anestesi</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pulse oxymeter</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> IV Line</p> <p><b>PEMERIKSAAN TANDA VITAL</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tekanan darah : 110/70 mmHg</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nadi : 72 X/ mnt</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pernafasan : 14 X/ mnt</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Saturasi O2 : 98 %</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan lab: <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hasil lab abnormal : _____</p> <p><b>RIWAYAT ALERGI :</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ada , _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p><b>RESIKO ASPIRASI ATAU GANGGUAN PERNAPASAN</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ya, persiapan alat</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak</p> <p><b>RESIKO PERDARAHAN/ KEHILANGAN DARAH &gt;500 ml (7 ml/kg BB pada anak)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Ya, dengan akses IV line atau CVC</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sedia darah : _____ CC</p> <p><b>RENCANA ANESTESI</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Umum <input type="checkbox"/> Spinal</p> <p><input type="checkbox"/> Blok <input type="checkbox"/> Lokal</p>		<p>Pkl : 0800 (Sebelum insisi kulit)</p> <p><b>KONFIRMASI SELURUH TIM OPERASI</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Dokter operator</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Asisten operasi</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Dokter anestesi</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Perawat penata anestesi</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Perawat sirkulasi</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Perawat instrumentator</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><b>KONFIRMASI IDENTITAS PASIEN, PROSEDUR &amp; LOKASI INSISI</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ya</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak</p> <p><b>ANTIBIOTIK PROFILAKSIS</b></p> <p>Apakah sudah diberikan dalam waktu sekurang-kurangnya 60 menit</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ya</p> <p>Nama obat : _____</p> <p>Dosis : _____</p> <p>Jam diberikan : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak</p> <p><b>ANTISIPASI KEJADIAN KRITIS Untuk Dokter Operator</b></p> <p><input type="checkbox"/> Prosedur kritis/ tidak rutin</p> <p><input type="checkbox"/> Waktu penanganan</p> <p><input type="checkbox"/> Konsul sub spesialis</p> <p><input type="checkbox"/> Kemungkinan kehilangan darah</p> <p><b>Untuk dokter anestesi</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hal-hal khusus saat pembiusan</p> <p><b>Untuk tim keperawatan</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Alat steril lengkap</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Peralatan dan instrument lengkap</p> <p><b>IMAGING DIPASANG SESUAI KEBUTUHAN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak, alasan : _____</p> <p><b>Pemeriksaan penunjang</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak, alasan : _____</p> <p><b>IMPLANT</b> sesuai tidak</p> <p>1. Jenis Implant <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Ukuran <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Sterilisasi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. No batch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ket exp : _____</p>	<p>Pkl : 1000 (Sebelum pasien meninggalkan OK)</p> <p><b>PERAWAT KONFIRMASI VERIFIKASI</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nama tindakan: <u>Exstirpasi</u></p> <p><b>PERIKSA KELENGKAPAN SEBELUM LUKA OPERASI DITUTUP</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Instrumen lengkap</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Kassa lengkap</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sarung lengkap</p> <p><input type="checkbox"/> Lain-lain : _____</p> <p><b>PEMERIKSAAN TANDA-TANDA VITAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tekanan darah : _____ mmHg</p> <p><input type="checkbox"/> Nadi : _____ X/ mnt</p> <p><input type="checkbox"/> Pernafasan : _____ X/ mnt</p> <p><b>PERIKSA KEMBALI LUKA OPERASI</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ada rembesan</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada rembesan</p> <p><b>LABEL SPESIMEN( Baca dengan keras):</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ya</p> <p><input type="checkbox"/> Identitas pasien</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PA</p> <p><input type="checkbox"/> Kultur</p> <p><input type="checkbox"/> Sitologi</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak</p> <p><b>PERHATIAN UNTUK PENYEMBUHAN PASIEN.</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Nama dan tanda tangan</p> <p><u>Perawat</u> <u>Dr. Anestesi</u></p>		<p>Nama dan tanda tangan</p> <p><u>Perawat dr. Anestesi</u> <u>dr. Operator</u></p>	<p>Nama dan tanda tangan</p> <p><u>Perawat dr. Anestesi</u> <u>dr. Operator</u></p>