

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14100285045
 Nama Lengkap : Lis Sutikahati
 Unit/Divisi/Komite : Kamar Operasi
 No. Telepon/Ext : 1201
 E-mail :

Tanggal : 30-09-2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
 No/Kode Formulir : OSI / F / RM / RSIH / IX / 22 (Rev. 01)
 No/Kode RM : 4-15 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- :

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir : Pemanfaatan Arestasi lokal
 (data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 perubahan RM

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 F4

Tanda Tangan
Pemohon,

Lis Sutikahati

Tanda Tangan
Penerima,

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069


Masukan/Saran

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Logistik		Tanda Tangan	
F4 1 ply		a.n	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc. Sesuaikan kode form di rumah		Dep. Kesaystia NIP. 14080287016	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
ACC Revisi		Mars	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Persantian no RM	Handy accs	no form di sesuaikan kembali	Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC	Mars	ACC	drg. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021(Rev.00)



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama :

Tanggal Lahir : (L / W)

No. RM : - -

Ruangan/Kelas :

DPJP :

Penjamin :

Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini

Jam Mulai Sedasi : : WIB

Tanggal : / /20.....

Diagnosa :

Nama Obat yang diberikan	Dosis	Waktu	Tanda-tanda Vital				
			TD	HR	RR	S	SPO ₂
		0'					
		5'					
		10'					
		15'					
		20'					
		25'					
		30'					
		35'					
		40'					
		45'					
		50'					
		55'					
		60'					

Kesadaran : E: M: V:

Jam selesai operasi : WIB

Perawat

(.....)

Tanda tangan dan nama jelas

Dokter Operator

(.....)

Tanda tangan dan nama jelas



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PEMANTAUAN ANESTESI LOKAL
051/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.01)**

1. PENGERTIAN

Formulir Pemantuan Anestesi Lokal adalah tindakan pengawasan kondisi pasien yang dilakukan sebelum induksi anestesi dan selama anestesi. berkas berisikan informasi tindakan status medis saat masuk Kamar Operasi, Status Medik, Premedikasi, Jenis Anestesi, Anestesi Umum, Blokade Regional, Keadaan selama Operasi.

2. TUJUAN

Menghindari terjadinya komplikasi karena tindakan anestesi

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk pemberian informasi dan edukasi tentang pentingnya tindakan Pengkajian dan pemantauan yang akan dilakukan

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
- b. Perawat

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Form Pemberian Informasi diisi oleh DPJP.
- b. Pengisian Identitas pasien Form Pengkajian dan Pemantauan diisi oleh Perawat/ tenaga Kesehatan lainnya atau ditempel dengan stiker label pasien

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)		
Nama	Diisi nama Lengkap	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tgl Lahir L / W	Diisi tanggal lahir, L/W dipilih salah satu yang sesuai dengan di lingkari	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien diperiksa/ dirawat	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Dokter yang merawat	Diisi nama dokter yang merawat pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tanggal Tindakan	Diisi tanggal pada saat dokter melakukan tindakan sedasi	Dokter Bedah
Jam mulai Tindakan	Diisi waktu/ jam pada saat dokter melakukan tindakan sedasi	Dokter Bedah
Diagnosa	Diisi diagnosa pasien sebelum dilakukan tindakan operasi	Dokter Bedah
Nama obat yang diberikan	Diisi nama/ jenis obat yang diberikan kepada pasien oleh dokter Anestesi	Dokter Bedah
Dosis	Diisi dosis obat yang diberikan kepada pasien oleh dokter Anestesi	Dokter Bedah
Tanda-tanda Vital (TD, HR, RR, S, SPO ₂)	Diisi tanda-tanda vital pasien (TD, HR, RR, S, SPO ₂) sesuai dengan waktu	Dokter Bedah

	yang sudah disediakan mulai dari 0' sampai dengan operasi selesai	
Kesadaran	Diisi keterangan hasil dari pemeriksaan Kesadaran pasien	Dokter Bedah
Jam Selesai Tindakan	Diisi waktu ketika selesai operasi	Dokter Bedah
Perawat	Diisi nama dan tanda tangan perawat yang mendampingi dokter melakukan tindakan anestesi lokal (perawat poli, perawat IGD, perawat kamar bedah)	Perawat
Dokter	Diisi nama dan tanda tangan dokter yang melakukan tindakan anestesi lokal	Dokter Bedah