

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14100285045
 Nama Lengkap : Lia Susilawati
 Unit/Divisi/Komite : Kamar Operasi
 No. Telepon/Ext : 1201
 E-mail : LiaSusilawati@gmail.com

Tanggal : 30 September 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 035 / F / RM / RSIH / 2022 (Revisi 01)
 No/Kode RM : 4.2 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- :

Logistik Formulir

(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 6

Buffer stock : 5

Proses PO : 2 minggu

Waktu :

Paraf

2.9

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir (Pemeriksaan pra anestesi / sedasi)
 (data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 - Perubahan kop formulir dan No. RM

Komponen Perubahan

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

- Kertas F4
- Format diganti ke format yang baru

Tanda Tangan
Pemohon,

Lia Susilawati

Tanda Tangan
Penerima,

Rani Setia Utami
 Rani Setia Utami
 NIP. 15070293069


Masukan/Saran

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


Logistik		Tanda Tangan	
F4 1 ply		<i>2.9</i>	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc, Revisi sesuai		<div style="border: 1px solid blue; padding: 2px;"> <i>Depi Rishety</i> <small>NIP. 14050287016</small> </div>	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Acc Revisi		<i>102</i>	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Pergantian no RM	<i>Aceng</i>	no form diserahkan kembali	<i>Rani Setia Utami</i> <small>NIP. 15070293069</small>
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC	<i>102</i>	<i>ACC</i>	<i>dr. Muhammad Hasan, MARS</i> <small>NIP. 24110183633</small>

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

	Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)		
	Nama	:
	Tanggal Lahir	: (L/W)
	No. RM	:	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
	Ruangan/Kelas	:/.....
	DPJP	:
	Penjamin	:
<i>Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini</i>			
Diagnosis :			
Rencana Tindakan :			
Subjektif			
Riwayat Operasi : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Hipertensi : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Penyakit yang pernah di derita :	Bila ya Pengobatan yang di dapat :		
Asma : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, Bila ya serangan terakhir Pengobatan :	Merokok : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Bila ya, Terakhir Merokok :		
Alergi : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, Bila ya, Obat : Makanan :	Gastritis : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Bila ya, pengobatan yang didapat :		
Diabetes : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Bila ya, Pengobatan :	Obat yang sedang didapat :	Angina : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Kejang : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Lain –lain :			
Objektif			
Kesadaran :	GCS : E : M : V :	Tinggi badan : cm Berat Badan :kg	
Tanda-Tanda Vital :TD:/.....mmHg, N :x/mnt, RR : x/mnt, Suhu :°C		Skor nyeri :	
Jalan Nafas	Mallampati	Buka Mulut > 3 jari < 3 jari	
	Gigi	Komplit Goyang Gigi palsu	
	Leher	Mobile Terbatas Trauma	
Paru	: VBS ki__ka__ Ronkhi __/__/__	Wheezing __/__/__ Slem __/__/__	
Jantung	: Bunyi jantung S1S2 reguler/irreguler S3 __ Murmur __		
Abdomen	: Datar/Cembung Lembut/Tegang Bising Usus __		
Ekstremitas	: Edema/Sianosis/Clubbing		
Lain – lain			
Pemeriksaan Penunjang	Laboratorium :		
	EKG :		
	Rontgen :		
	Lain – lain :		
Hasil Konsultasi bagian lain :			
Pengkajian			
ASA	1	2 3 4 5 E*	
Perencanaan			
Setuju/Tidak Setuju untuk dilakukan tindakan anestesi / sedasi *)			
Preoperative	Puasa mula jam :	Premedikasi :	
Lain – Lain			
Intraoperative	Jenis Anestesi : Anestesi Umum / Regional / Kombinasi / Sedasi / MAC*)		
Postoperative	Rencana penanganan nyeri : Perawatan pasca operatif :		
Surat Izin Anestesi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Garut,/...../.....Jam..... Dokter Anestesi (.....) <i>Tanda tangan dan Nama Jelas</i>	
Edukasi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Produk darah bila diperlukan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		

PEMERIKSAAN PRA ANESTESI / SEDASI

		Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat) Nama : _____ Tanggal Lahir : _____ (L / W)* No. RM : _____ Ruangan/Kelas : _____ / _____ Dokter yang merawat : _____ Penjamin : _____ Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini	
Diagnosis :			
Rencana Tindakan :			
SUBJEKTIF			
Riwayat Operasi : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Penyakit Yang Pernah Di Derita : _____		Hipertensi : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Bila Ya Pengobatan Yang Di Dapat : _____	
Asma : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, Bila Ya Serangan Terakhir Pengobatan : _____		Merokok : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Bila Ya, _____ Terakhir Merokok : _____	
Alergi : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, Bila Ya, Obat : _____ Makanan : _____		Gastritis : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Bila Ya, Pengobatan Yang Didapat : _____	
Diabetes : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Bila Ya, Pengobatan : _____	Obat yang sedang didapat : _____	Angina : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Kejang : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Lain – Lain :			
OBJEKTIF			
Kesadaran : GCS : E : M : V :		Tinggi badan : cm	Berat Badan :kg
Tanda-Tanda Vital : Tekanan Darah :/.....mmHg, Nadi :x/mnt, Respirasi : x/mnt, Suhu :°C			Skor Nyeri : _____
Jalan Nafas	Mallampati : _____	Buka Mulut	> 3 jari < 3 jari
	Gigi : _____	Komplit	Goyang Gigi Palsu
	Leher : _____	Mobile	Terbatas Trauma
Paru	: VBS ki _____ ka _____	Ronkhi _____/_____	Wheezing _____/_____ Slem _____/_____
Jantung	: Bunyi Jantung S1S2 Regular/Irregular S3 _____ Murmur _____		
Abdomen	: Datar/Cembung Lembut/Tegang Bising Usus _____		
Ekstremitas	: Edema/Sianosis/Clubbing		
Lain – Lain			
Pemeriksaan Penunjang		Laboratorium :	
		EKG :	
		Rontgen :	
		Lain – Lain :	
Hasil Konsultasi Bagian Lain : _____			
ASESMEN			
ASA 1 2 3 4 5 E*			
PERENCANAAN			
Setuju/Tidak Setuju Untuk Dilakukan Tindakan Anestesi / Sedasi *)			
Preoperatif	Puasa Mulai Jam :		Premedikasi :
Lain – Lain			
Intraoperatif	Jenis Anestesi : Anestesi Umum / Regional / Kombinasi / Sedasi / MAC*)		
Postoperatif	Rencana Penanganan Nyeri : Perawatan Pasca Operatif :		
Surat Izin Anestesi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Garut,Jam.....WIB Dokter Spesialis Anestesi (.....) Tanda tangan dan Nama Jelas	
Edukasi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Produk Darah Bila Diperlukan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PEMERIKSAAN PRA ANESTESI/SEDASI
035/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.01)**

1. PENGERTIAN

Formulir pemeriksaan pra anestesi/ sedasi adalah berkas berisikan informasi mengenai pemeriksaan yang dilakukan sebelum tindakan anestesi dilakukan meliputi subjektif, objektif, assesment, planning.

2. TUJUAN

Untuk mengetahui status kesehatan pasien sebelum dilakukan tindakan anestesi.

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk mengkaji informasi pasien sebagai dasar tindakan medik yang akan dilakukan

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Perawat Penanggung Jawab anestesi
- b. Distribusi Form pengkajian praoperasi akan diberikan kepada semua unit pelayanan dan keperawatan yang memberikan asuhan keperawatan

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Form pemeriksaan pra anestesi diisi oleh dokter anestesi
- b. Pengisian Identitas pasien Form Pemberian Informasi diisi oleh Perawat atau Petugas 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	Dokter/Perawat anestesi/petugas kesehatan lainnya
Tgl Lahir L / W	Diisi tanggal lahir, L/W dipilih salah satu yang sesuai	Dokter/Perawat/anestesi/petugas kesehatan lainnya
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Dokter/Perawat anestesi/petugas kesehatan lainnya
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien diperiksa/ dirawat	Dokter/Perawat anestesi/ Petugas Kesehatan lainnya
Dokter yang merawat	Diisi nama dokter yang merawat pasien	Dokter/Perawat anestesi/ Petugas Kesehatan lainnya
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Dokter/Perawat anestesi/ Petugas Kesehatan lainnya
Ruang	Diisi nama ruangan tempat pasien di rawat di RS intan husada	Dokter/Perawat anestesi/Petugas kesehatan lain
kelas	Diisi kelas perawatan tempat pasien di rawat di RS intan husada	Dokter/Perawat anestesi/petugaskesehatan lain
DPJP	Diisi nama dokter yang akan melakukan tindakan operasi	Dokter/Perawat anestesi/Tenagakesehatan lain
Daftar Ceklis Subjektif		
Diagnosis	Diisi tanggal pada saat melakukan pengkajian	Dokter/Perawat anestesi

Rencana tindakan	Diisi jam pada saat melakukan pengkajian	Dokter/Perawat anestesi
Riwayat Operasi	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan	Dokter /Perawat anestesi
Penyakit yang pernah di derita	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Asma	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Alergi	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Diabetes	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Hipertensi	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Merokok	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Gastritis	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Angina	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Kejang	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Daftar Ceklis Objektif		
Kesadaran	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
GCS	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Tinggi badan	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Berat Badan	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Tanda tanda vital	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Tekanan Darah	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Nadi	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Respirasi	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Skor nyeri	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Suhu	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Jalan Napas	Dilingkari pada pilihan yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Paru	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/ Perawat anestesi
Jantung	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Abdomen	Dilingkari pada pilihan yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Ekstremitas	Dilingkari pada pilihan yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Lain lain	Ditulis pada kolom yang disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Pemeriksaan Penunjang	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Laboratorium	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
EKG	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Rontgen	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi

Lain lain	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Hasil konsultasi bagian lain	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Pengkajian		
Asa	Dilingkari pada pilihan yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Perencanaan		
Setuju/tidak setuju untuk dilakukan tindakan	Dilingkari pada pilihan yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Preoperative	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Puasa mulai jam :	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Premedikasi	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Lain lain	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Intraoperative	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Jenis anestesi	Dilingkari pada pilihan yg sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Postoperative	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Rencana penanganan nyeri	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Perawatan pasca operatif	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Surat Izin Anestesi	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Edukasi	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Produk darah	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Tanda tangan dokter anestesi	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Tanggal	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi
Nama jelas	Ditulis pada kolom yang sudah disediakan	Dokter/Perawat anestesi