



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 : LiaSusilawati2512@gmail.com

Tanggal : 30-09-2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
No/Kode Formulir : 045/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.02)
No/Kode RM : 4.9 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- :

Logistik Formulir

(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 5

Buffer stock : 5

Proses PO : 2 minggu

Waktu :

Paraf

2.9

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir (Checklist keselamatan Pasien di Kamar Operasi)
(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

NIP. 15070293069

Masukan/Saran

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

Logistik

Tanda Tangan

F4 1 ply

2.9

Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung

Tanda Tangan

Ace, Bersihkan Kode formulir di form & gudang

Depi Raniyanti
NIP. 14080487016

Unit/Divisi/Komite

Tanda Tangan

ACC Revisi

2.9

Rekam Medik

Tanda Tangan

Kesekretariatan

Tanda Tangan

Pergantian no RM

Handy Aceng

No Form diserahkan

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan

Tanda Tangan

Direktur

Tanda Tangan

ACC






2.9

ACC

dr. 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 : <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ruangan / Kelas : DPJP : Penjamin : Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini		
Sebelum Induksi Anestesi (Sign In)		Sebelum Insisi (Time Out)		Sebelum Pasien Meninggalkan Ruang Operasi (Sign Out)
Minimal Ada Perawat 1. Apakah identitas pasien sudah benar, rencana tindakan sudah jelas, dan ada persetujuan tindakan medis yang akan dilakukan (<i>Informed Consent</i>) ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 2. Apakah area yang akan dioperasi sudah diberi tanda ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 3. Apakah mesin anestesi dan obat-obatan sudah lengkap ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 4. Apakah pasien sudah memakai <i>pulse oximetry</i> dan sudah berfungsi baik ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 5. Apakah pasien memiliki riwayat alergi ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 6. Apakah pasien memiliki gangguan pernapasan ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 7. Risiko perdarahan > 500 ml (7 ml/kg bagi pasien anak) <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Tanda tangan & Nama dr. Anestesi : Perawat Sirkuler : Tanggal :/...../..... Jam : : WIB		Dengan Perawat, dr. Anestesi dan dr. Bedah 1. Memastikan bahwa semua anggota tim medis sudah memperkenalkan diri (nama & peran) <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 2. Memastikan dan membaca ulang nama pasien, tindakan medis dan area yang akan diinsisi <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 3. Apakah profilaksi antibiotik sudah diberikan 1 jam sebelumnya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Kejadian beresiko yang perlu diantisipasi : Untuk dr. Bedah : 1. Apakah tindakan beresiko atau tindakan tidak rutin yang akan dilakukan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 2. Berapa lama tindakan ini akan dikerjakan Menit 3. Apakah sudah diantisipasi Perdarahan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Untuk dr. Anestesi Apakah ada hal khusus untuk pasien ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Untuk Tim Perawat 1. Apakah ada masalah dengan peralatan atau masalah alat yang dikhawatirkan ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 2. Apakah sudah dipastikan kesterilan peralatan ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 3. Apakah hasil radiologi yang diperlukan sudah ada ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Tanda tangan & Nama dr. Bedah : dr. Anestesi : Perawat Sirkuler : Tanggal :/...../..... Jam : : WIB		Dengan Perawat, dr. Anestesi dan dr. Bedah Secara verbal perawat memastikan 1. Nama tindakan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 2. Kelengkapan alat, jumlah kassa dan jarum / alat lain <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 3. Pelabelan specimen (baca label) specimen dan nama pasien dengan keras ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 4. Apakah ada masalah dengan peralatan yang perlu disampaikan ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 5. Apakah ada pemasangan Implant ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Untuk dr. bedah, dr, Anestesi dan perawat : Apakah ada catatan khusus untuk proses pemulihan dan penanganan perawatan pasien ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jelaskan..... Tanda tangan & Nama dr. Bedah : dr. Anestesi : Perawat Instrumentator : Perawat Sirkuler : Tanggal :/...../..... Jam : : WIB

CHECK LIST KESELAMATAN PASIEN DIKAMAR OPERASI

CHECK LIST KESELAMATAN PASIEN DIKAMAR OPERASI		Nama : No. RM : Tgl. Lahir : <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan		
Sebelum Induksi Anestesi (Sign In)	⇒	Sebelum Insisi (Time Out)	⇒	Sebelum Pasien Meninggalkan Ruang Operasi(Sign Out)
Minimal Ada Perawat 1. Apakah identitas pasien sudah benar, rencan tindakan sudah jelas, dan ada persetujuan tindakan medis yang akan dilakukan (<i>Informed Consent</i>) ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 2. Apakah area yang akan dioperasi sudah diberi tanda ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 3. Apakah mesin anestesi dan obat obatan sudah lengkap ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 4. Apakah pasien sudah memakai pulse oximetry dan sudah berfungsi baik ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 5. Apakah pasien memiliki riwayat alergi ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 6. Apakah pasien memiliki gangguan pernapasan ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 7. Resiko perdarahan > 500 ml (7 ml/kg bagi pasien anak) <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Tanda tangan & Nama dr. Anestesi : Perawat : Tgl : Jam :	⇒	Dengan Perawat, dr. Anestesi dan dr. Bedah 1. Memastikan bahwa semua anggota tim medis sudah memperkenalkan diri (nama & peran) <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 2. Memastikan dan membaca ulang nama pasien, tindakan medis dan area yang akan diinsisi <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 3. Apakah profilaksi anti biotik sudah diberikan 1 jam sebelumnya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Kejadian beresiko yang perlu diantisipasi untuk dr. Bedah : 1. Apakah tindakan beresiko atau tindakan tidak rutin yang akan dilakukan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 2. Berapa lama tindakan ini akan dikerjakan 3. Apakah sudah diantisipasi <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Untuk dr. Anestesi Pasien ada hal khusus untuk pasien ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Untuk Tim Perawat 1. Apakah ada masalah dengan peralatan atau masalah alat yang dikhawatirkan ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 2. Apakah sudah dipastikan keseterilan peralatan ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 3. Apakah hasil radiologi yang diperlukan sudah ada ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Tanda tangan & Nama dr. Anestesi : Perawat Sirkuler : Perawat Anestesi : Tgl : Jam :	⇒	Dengan Perawat, dr. Anestesi dan dr. Bedah Secara verbal perawat memastikan 1. Nama tindakan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 2. Kelengkapan alat, jumlah kassa dan jarum / alat lain <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 3. Pelabelan specimen (baca label) specimen dan nama pasien dengan keras ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya 4. Apakah ada masalah dengan peralatan yang perlu disampaikan ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Untuk dr. bedah, dr. Anestesi dan perawat : Apakah ada catatan khusus untuk proses pemulihan dan penanganan perawatan pasien ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jelaskan.. Tanda tangan & Nama dr. Bedah : dr. Anestesi : Perawat Instrumenttator : Perawat Sirkuler : Perawat Anestesi : Tgl : Jam :

CATATAN : beri tanda (√) pada kotak yang dikerjakan

RM 4.7



TATA CARA PENGISIAN
CHECK LIST KESELAMATAN PASIEN DIKAMAR OPERASI
045/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.02)

1. PENGERTIAN

Surgical safety checklist adalah sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien. *Surgical safety checklist* merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional di ruang operasi. Selain itu Tujuan dari program ini adalah untuk memanfaatkan komitmen dan kemauan klinis untuk mengatasi isu-isu keselamatan yang penting, termasuk praktek-praktek keselamatan anestesi yang tidak memadai, mencegah infeksi bedah dan komunikasi yang buruk di antara anggota tim. Untuk membantu tim bedah dalam mengurangi jumlah kejadian ini, dan sebagai media informasi yang dapat membina komunikasi yang lebih baik dan kerja sama antara disiplin klinis (KARS, 2011)

2. TUJUAN

Selain itu Tujuan dari program ini adalah untuk memanfaatkan komitmen dan kemauan klinis untuk mengatasi isu-isu keselamatan yang penting, termasuk praktek-praktek keselamatan anestesi yang tidak memadai, mencegah infeksi bedah dan komunikasi yang buruk di antara anggota tim. Untuk membantu tim bedah dalam mengurangi jumlah kejadian ini, dan sebagai media informasi yang dapat membina komunikasi yang lebih baik dan kerja sama antara disiplin klinis (KARS, 2011)

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk *Surgical Safety Checklist* di kamar operasi digunakan melalui 3 tahap, masing-masing sesuai dengan alur waktu yaitu sebelum induksi anestesi (*Sign In*), sebelum insisi kulit (*Time Out*) dan sebelum mengeluarkan pasien dari ruang operasi (*Sign Out*)

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Dokter anestesi
- b. Dokter Operator
- c. Perawat Sirkuler
- d. Perawat Instrumen
- e. Perawat Asisten Operator

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Form Cheklist Keselamatan Pasien ini diisi oleh perawat, dokter Anestesi dan dokter Operator pasien
- b. Pengisian Sign In, Time Out, dan sign Out dilakukan dengan cara di baca dan di tulis serta dilakukan ceklis pada kolom dengan pilihan pada form tersebut

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)		
Nama	Diisi nama Lengkap pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tgl Lahir L / W	Diisi tanggal lahir, L/W dipilih salah satu yang sesuai dengan cara 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 akan melakukan tindakan kepada pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Sebelum Induksi Anestesi (<i>Sign In</i>)		



Lama,

TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR CHECK LIST KESELAMATAN PASIEN DIKAMAR OPERASI
XXX/F/RM/RSIH/XII/2021 (Rev.01) → sesuai

1. PENGERTIAN

Surgical safety checklist adalah sebuah daftar pemeriksaan untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien. *Surgical safety checklist* merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional di ruang operasi. Selain itu Tujuan dari program ini adalah untuk memanfaatkan komitmen dan kemauan klinis untuk mengatasi isu-isu keselamatan yang penting, termasuk praktek-praktek keselamatan anestesi yang tidak memadai, mencegah infeksi bedah dan komunikasi yang buruk di antara anggota tim. Untuk membantu tim bedah dalam mengurangi jumlah kejadian ini, dan sebagai media informasi yang dapat membina komunikasi yang lebih baik dan kerja sama antara disiplin klinis (KARS, 2011)

2. TUJUAN

Selain itu Tujuan dari program ini adalah untuk memanfaatkan komitmen dan kemauan klinis untuk mengatasi isu-isu keselamatan yang penting, termasuk praktek-praktek keselamatan anestesi yang tidak memadai, mencegah infeksi bedah dan komunikasi yang buruk di antara anggota tim. Untuk membantu tim bedah dalam mengurangi jumlah kejadian ini, dan sebagai media informasi yang dapat membina komunikasi yang lebih baik dan kerja sama antara disiplin klinis (KARS, 2011)

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk *Surgical Safety Checklist* di kamar operasi digunakan melalui 3 tahap, masing-masing sesuai dengan alur waktu yaitu sebelum induksi anestesi (*Sign In*), sebelum insisi kulit (*Time Out*) dan sebelum mengeluarkan pasien dari ruang operasi (*Sign Out*)

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- Dokter anestesi
- Dokter Operator
- Perawat Sirkuler
- Perawat Instrumen
- Perawat Asisten Operator

5. MEKANISME PENGISIAN

- Form Cheklist Keselamatan Pasien ini diisi oleh perawat, dokter Anestesi dan dokter Operator pasien
- Pengisian *Sign In*, *Time Out*, dan *sign Out* dilakukan dengan cara di baca dan di tulis serta dilakukan ceklis pada kolom dengan pilihan pada form tersebut

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)		
Nama	Diisi nama Lengkap pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tgl Lahir L / W	Diisi tanggal lahir, LW dipilih salah satu yang sesuai dengan cara 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 akan melakukan tindakan kepada pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Sebelum Induksi Anestesi (<i>Sign In</i>)		
Sebelum Induksi Anestesi (<i>Sign In</i>)	Diisi dengan cara ceklis tiap point sesuaikan dengan keadaan dan kondisi pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tanda tangan & Nama dr. Anestesi, Perawat sirkuler, Tanggal, Jam	Diisi nama jelas dan tanda tangan yang bertugas dan diisin tanggal dan waktu tindakan	Dokter Anestesi, Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Sebelum Insisi (<i>Time Out</i>)		
Sebelum Insisi (<i>Time Out</i>)	Diisi dengan cara di bacakan pada saat semua sudah siap untuk operasi kemudian tanyakan setiap pertanyaan kepada snestesi operator dan instrumen sesuai dengan intruksi dalam formulir tersebut dan ceklis tiap point sesuaikan dengan jawaban dari operator, dokter anestesi dan perawat instrumen	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tanda tangan & Nama dr. Anestesi, Perawat sirkuler, Tanggal, Jam	Diisi nama jelas dan tanda tangan yang bertugas dan diisin tanggal dan waktu tindakan	Dokter Anestesi, Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Sebelum Pasien Meninggalkan Ruang Operasi(<i>Sign Out</i>)		
Sebelum Pasien Meninggalkan Ruang Operasi(<i>Sign Out</i>)	Diisi dengan cara di bacakan pada saat peritoneum tertutup sebelum pasien meninggalkan Ruang Kamar Operasi kemudian tanyakan setiap pertanyaan kepada dokter Anestesi dokter Operator sesuai dengan intruksi dalam formulir tersebut dan ceklis tiap point sesuaikan dengan jawaban dari dokter operator, dokter anestesi	Dokter Operator, Dokter Anestesi, Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya