 **Surgical Safety Checklist**

**Stiker Identitas Pasien**

Prosedur Tindakan : …………………………………….. Tanggal : ……………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sign In**  **( sebelum induksi anestesi )** | | | **Time Out**  **( sebelum insisi kulit )** | | | **Sign Out**  **( sebelum pasien keluar kamar operasi )** | | |
| **Dilakukan Oleh Perawat Dan Ahli Anestesi** | **Ya** | **Tidak** | **Dilakukan Oleh Perawat, Ahli Anestesi Dan Ahli Bedah** | **Ya** | **Tidak** | **Dilakukan Oleh Perawat, Ahli Anestesi Dan Ahli Bedah (scrub nurse)** | **Ya** | Tidak |
| Verifikasi nama, area, prosedur,  dan persetujuan operasi |  |  | Konfirmasi kelengkapan semua tim bedah |  |  | Baca secara verbal  Jenis tindakan : …………….. |  |  |
| Penandaan area operasi |  |  | Konfirmasi verbal: nama, prosedur, area operasi pasien |  |  | Periksa kelengkapan jumlah  Instrument, kassa, jarum |  |  |
| Kelengkapan mesin dan obat  anestesi |  |  | Antibiotic profilaksis  Nama obat : ……………………... |  |  | Specimen telah diberi label |  |  |
| Pulse oksimeter dapat berfungsi |  |  | Dosis obat : ……………………..  Jam diberikan : …………………….. | Perhatian diruang pemulihan (bedah, anestesi, perawat ) |  |  |
| Riwayat alergi  Ket: ………………… |  |  | Periksa kelengkapan, keseterilan alat operasi Instrument, kassa, jarum |  |  | Jam verifikasi : ………………  Nama dan tanda tangan  CN Operator Anestesi  (….……………) (….……………) (….…….…….) | | |
| Resiko jalan nafas/aspirasi  Sediakan peralatan |  |  | Foto pemeriksaan radiologi yang perlu  ditampilkan |  |  |
| Resiko kehilangan darah > 500  ml (7 ml/kg BB pada anak ). |  |  | Doa |  |  |
| Gunakan dua iv line dan rencana Terapi cairan |  |  | Jam verifikasi : ………………  Nama dan tanda tangan  CN Operator Anestesi  (….……………) (….……………) (….…….…….) | | |
| Jam verifikasi : ………………  Nama dan tanda tangan  CN Anestesi    (….………………..) (….………………..) | | |