

OK BEDAH



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RSUD BATU BARA
Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung
Kec. Datuk Lima Puluh Kab. Batu Bara 21255

RM : 10q

FORMULIR PENANDAAN LOKASI OPERASI

Dokter Operator

No. RM :

Nama :

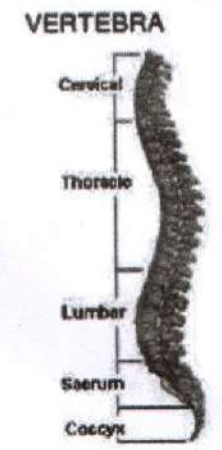
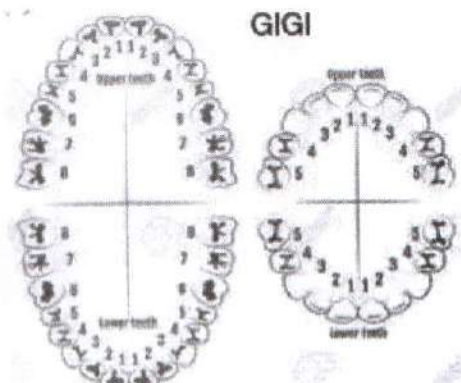
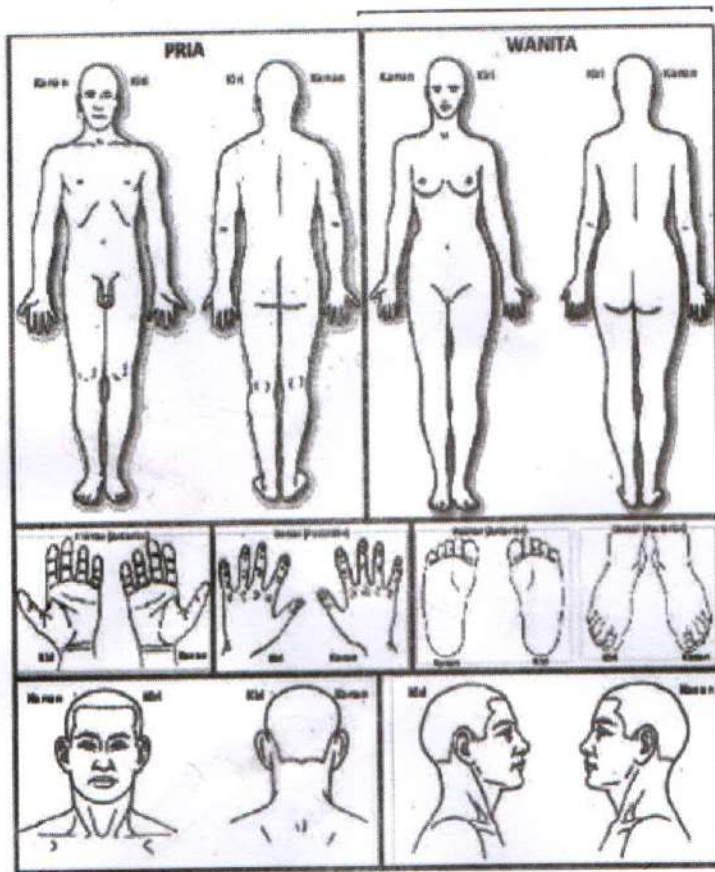
Tgl. Lahir/ Umur :

Jenis Kelamin : L/P

Tanggal Operasi :

Nama Operasi :

Beri tanda (➔ ●) pada lokasi yang akan dioperasi menggunakan alat penanda atau *marker*.



Saya menyatakan bahwa lokasi operasi yang telah ditetapkan pada diagram adalah benar.
Datuk Lima Puluh,

(.....)
Pasien/ Keluarga Pasien

(.....)
Dokter Operator



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA

RSUD Batu Bara

Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung
Kec. Datuk Lima Puluh Kab. Batu Bara 21255

RM : 10h

Nama :	
Tgl. Lahir:	L/P
No. RM :	

EVALUASI PRA OPERASI BEDAH

Ruangan :	Tgl :	Jam :
-----------	-------	-------

Nama operator :

Nama Dr Anestesi :

Spesialis lain yang terkait : 1.
2.

Perawat :

Diagnosis : 1. Utama :

2. Komplikasi :

3. Penyerta :

Nama Operasi/ Tindakan : 1.
2.

Check list :

NO	ITEM YANG DICEK	KETERANGAN		REKOMENDASI
		YA	TIDAK	
1	KIE Keluarga			
2	Informed Consent			
3	Hubungi Anestesi			
4	Darah Sudah disiapkan			
5	Antibiotika			
6	Alergi obat			
7	Mandi besar			
8	Pemeriksaan penunjang			

Tanggal :

Operator :

Tanda tangan :



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RSUD Batu Bara
 Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung
 Kec. Datuk Lima Puluh Kab. Batu Bara 21255

RM :10b

Nama :	
Tgl. Lahir :	L/P
No. RM :	

CHECK LIST KESELAMATAN PASIEN OPERASI

Sebelum Induksi anestesi/ Sign In	Sebelum Insisi/ Time Out	Sebelum pasien meninggalkan Ruang Operasi/Sign Out
<p>Minimal ada perawatan dr anestesi Apakah identitas pasien sudah benar rencana tindakan sudah jelas, dan persetujuan tindakan medis yang akan dilakukan (inform consent) ? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak diperlukan</p> <p>Apakah area yang akan dioperasi sudah diberi tanda ? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak diperlukan</p> <p>Apakah mesin anestesi dan obat - obatan sudah lengkap ? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Apakah pasien sudah memakai 'pulse oksimetri' dan sudah berfungsi baik? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Apakah pasien memiliki : Riwayat alergi? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Gangguan Pernafasan ? <input type="checkbox"/> Ya, dan alat/ bantuan sudah tersedia <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Tanggal : _____ Jam Verifikasi : _____ NAMA DAN TANDA TANGAN</p> <p>(.....) (.....) Perawat ruang penerimaan Perawat Anestesi/dr.penerimaan</p>	<p>Dengan Perawat, dokter Anestesi Dan Dokter Bedah <input type="checkbox"/> Memastikan bahwa semua anggota tim medis sudah memperkenalkan diri (nama dan peran) <input type="checkbox"/> Memastikan dan baca ulang nama pasien, tindakan medis dan area yang akan diinsisi</p> <p>Apakah profilaksis antibiotik sudah diberikan 1 jam sebelumnya? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak perlu</p> <p>Kejadian berisiko yang perlu diantisipasi untuk dokter bedah <input type="checkbox"/> Apakah tindakan berisiko atau tindakan tidak rutin yang akan dilakukan ? <input type="checkbox"/> Berapa lama tindakan ini akan dikerjakan ? <input type="checkbox"/> Apakah sudah antisipasi perdarahan ? <input type="checkbox"/> Apakah ada hal khusus untuk pasien ini ?</p> <p>Untuk tim perawat <input type="checkbox"/> Apakah sudah dipastikan kesetruilannya (ada indikator kesetruilannya? <input type="checkbox"/> Apakah ada masalah dengan peralatan atau masalah alat yang dikhawatirkan?</p> <p>Apakah hasil radiologi yang diperlukan sudah ada? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak diperlukan</p> <p>TANGGAL/Jam:</p> <p>(.....) Perawat Sirkuler</p>	<p>Dengan perawat, dokter anestesi dan dokter bedah secara verbal perawat memastikan : <input type="checkbox"/> Nama tindakan <input type="checkbox"/> Kelengkapan alat, jumlah kasa dan jarum <input type="checkbox"/> Pelebaran specimen (baca label specimen dan nama pasien dengan keras) <input type="checkbox"/> Apakah ada masalah peralatan yang perlu disampaikan</p> <p>Untuk Dokter Beda, Dokter Anestesi dan Perawat : <input type="checkbox"/> Apakah ada catatan khusus untuk proses recovery dan penanganan perawatan pasien ini ? </p> <p>TANGGAL/JAM:</p> <p>(.....) (.....) Perawat Sirkuler Operator</p>



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RSUD Batu Bara
 Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung
 Kec. Datuk Lima Puluh Kab. Batu Bara 21255

RM : 10d

Nama :	
Tgl. Lahir :	L/P
No. RM :	

CHECK LIST KESIAPAN BEDAH

Ruangan :	
Diagnosis :	Jenis Operasi :
Teknik Anesthesi :	Tgl. Tindakan :

Listrik

- Mesin diatermi terhubung dengan sumber listrik, indikator (+)
- Mesin suction Pump terhubung dengan sumber listrik, indikator (+)
- Mesin heater Cooker terhubung dengan sumber listrik, indikator (+)
- Mesin Gergaji/Bor terhubung dengan sumber listrik, indikator (+)
- Light source monitor endoscopy terhubung dengan sumber listrik, indikator (+)
- Mesin Suction Pump terhubung dengan sumber listrik, indikator (+)
- Extention cabel terhubung dengan sumber listrik, indikator (+)
- Meja Operasi terhubung dengan sumber listrik, indikator (+)
- Film Viewer terhubung dengan sumber listrik, indikator (+)
- Mikrosop terhubung dengan sumber listrik, indikator (+)
- WSD sudah ditest dan berfungsi dengan baik
- Lampu iperasi sudah di test dan menyala dengan terang
- Lampu kamar operasi menyala
- AC berfungsi dengan baik

Alat

- Tersedia tabung, selang dan konektor suction pump
- Patient plais sudah tersedia
- Instrument Streal sesuai kebutuhan sudah tersedia
- Handle lamp steril sudah tersedia
- Kom steril sudah tersedia

Linen Steril

- Jas Steril
- Duk Steril
- Sarung meja mayo
- Sarung Khaki
- Sarung Suction

AKHP

Tersedia AKHP sesuai kebutuhan :

Pemeriksa

Perawat Kamar Bedah : Tanda Tangan :

Kepala Ruangan : Tanda Tangan :



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA

RSUD Batu Bara

Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung
Kec. Datuk Lima Puluh Kab. Batu Bara 21255

RM :10f

Nama :

Tgl. Lahir :

No. RM :

L/P

CHECK LIST SERAH TERIMA PASIEN PRE OPERASI

Diagnosa :

Ruangan :

Tgl.OP :

Tindakan :

Jenis pasien		<input type="checkbox"/> Umum	<input type="checkbox"/> Askes	<input type="checkbox"/> BPJS	<input type="checkbox"/> INFEALTH
		<input type="checkbox"/> NPJS Mandiri			
Kelas		<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	Utama <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> S.Utama
Lembar jaminan		<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak Perlu	
Lembar Assesment		<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Tidak		
Hal-hal yang diserahkan terimakan					
No	Beri Tanda : Ya atau Tidak	Perawatan Ruang	Perawatan Kamar Bedah	Keterangan	
1	Identifikasi Pasien				
2	Periksa Gelang Identitas				
2	Informasi prosedur Operasi (apersetujuan tindak medik)	Bedah			
		Anestesi			
4	Hasil Pemeriksaan	Laboratorium			
		PA			
5	Rontgen	Throrax			
		CT-Scan			
		MRI			
		USG			
		Foto Lain			
6	Hasil Konsul	Penyakit Dalam			
		Anestesi			
		Kardiolog			
		Rehab Medik			
		Lain-lain			
7	Mandi besar				
8	Cuci Rambut				
9	Potong Kuku				
10	Pemeriksaan golongan Darah				
11	Persediaan Darah	WB Kantong			
		PRC Kantong			
		FFP Kantong			
		Trombosit Kantong			
		Lain-lain Kantong			
12	Puasa Mulai jam :				
13	Pengosongan Kandung kemih/Klisma				
14	Hapus make Up, Hapus Cat Kuku, Lepas Perhiasan, Protesa, Gogo Palsu Kaca Mata, Alat Bantu Dengar				

15	Vital Sign a. Cek Terakhir Jam : b. Nadi :x/mmt c. Suhu :°C d. Tensi Darah :MmHg e. Respirasi :X/mmt f. Skala Nyeri : 12345678910 g. Berat Badan : Kg			
16	Ketersediaan Icu/ventilator Bila Dibutuhkan			
17	Site Marking (Terlampir) <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak			
Petugas Ruang yang Menyerahkan 		Petugas Kamar Operasi yang Menerima 		
Tanggal :		Jam :		

<p>3. Cairan infus jenis:.....jumlah..... Kateterurin () Ya () Tidak Warna.....jumlah..... Pendarahan : jumlah.....cc Keadaan emosi () Tenang () Gelisah</p>	<p>() Resiko gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit</p>	<p>() Monitor ttv selama di ruang pulih sadar () Monitor tanda-tandadehidrasi () Ukurintek out put () Kaji tanda-tanda syok</p>	<p>() Mengobservasi TTV () Monitor tanda-tanda dehidrasi () Mengkaji tanda-tanda syok</p>
<p>4. Kesadaran () CM () Apatis () Somnolen () Spore () Koma Pernapasan () spontan () ETT Tipe pembiusan () GA ETT () GA Tipa () Dewasa () Anak () Lansia</p>	<p>() Resiko jatuh</p>	<p>() Monior TTV selama di ruang pulih () Pasang renstring () kaji resiko jatuh</p>	<p>() Mengobservasi TTV () Memasang renstring () Mengkaji resiko jatuh</p>