

## 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 : 20-09-2022

### DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru  
 No/Kode Formulir : 050/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.0)  
 No/Kode RM : 4.14 (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 01

#### Logistik Formulir

(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 3  
 Buffer stock : 5  
 Proses PO : 2 minggu  
 Waktu :

Paraf  
a.n

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir (Checklis pre dan post 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		a.n
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan
Revisi sukais terlampir / Acc		Depi Risa Yanti NIP. 15070293069
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan
ACC Revisi		[Signature]
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesejahteraan
Pengantar no RM	[Signature] Arang	No Form disesuaikan dan diganti menjadi 050
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan		Tanda Tangan
ACC	[Signature]	Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Direktur		Tanda Tangan
[Signature]		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 :   
Ruangan/Kelas : .....  
DPJP : .....  
Penjamin : .....  
Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini

Ruang : ..... /Kelas : ..... /DPJP : .....

DAFTAR CEKLIS PRE-OPERASI

Tgl : ..... Jam : .....		
Konfirmasi Identitas Pasien	Ya	Tidak
Informed Consent		
Penandaan Lokasi Tindakan		
Cek sterilisasi alat medis		
Cek kondisi alat anastesi		
Cek Kondisi Fungsi Pulse oximetri		
Alergi		
Persiapan Darah		
Profilaksi Antibiotik		
Obat		
Jam diberikan		
Cek TTV		
TD : ..... N:.....x/m,R:.....x/m,S:.....		
Puasa Jam :		
Lavement Tinggi/Rendah		
Persiapan Cukur		
Cek Kuku		
Protese dilepaskan ( gigi ..... )		
Perhiasan dilepaskan		
Hasil Laboratorium		
Hasil Ronthen		
Hasil Rekam EKG		
Jenis Infus		
Lokasi		
Jumlah tts/mnt		
Sisa Cairan		
Kateter Urine : Ada / Tidak		
Jumlah Urine		
Warna		
Ukuran		
Lain-lain / keterangan :		

DAFTAR CEKLIS POST OPERASI

Tgl : ..... Jam : .....	
Cek TTV	
TD:..... N:..... P:..... S:.....	
Konfirmasi Jenis Tindakan :	
Cek kelengkapan Jumlah	
Instrumen : Lengkap/tidak lengkap	
Kassa : Lengkap/tidak lengkap	
Jarum : Lengkap/tidak lengkap	
Cek permintaan Biopsi (label pasien/sediaan)	
Kesadaran : .....	
Jalan Napas : .....	
Luka Operasi : Rembes/tidak rembes	
Lokasi : .....	
Drain : Ada / tidak ada	
Jumlah Cairan : .....	
Warna : .....	
Konsistensi : .....	
Warna : .....	
Jenis Infus : .....	
Lokasi : .....	
Jumlah tts/mnt : .....	
Sisa Cairan : .....	
Kateter : Ada/tidak ada	
Jumlah Urine : .....	
Warna : .....	
Instruksi Post Operasi :	

Nama & Paraf Perawat/bedan

.....

Nama & Paraf Perawat Kamar Operasi

.....

Nama & Paraf Perawat Kamar Operasi

.....

Nama & Paraf Perawat Ruang Perawatan

.....

FORMULIR CEKLIS PRE - OPERASI DAN POST OPERASI





Jl Mayor Suherman No. 72 – Garut 44151

Tlp : 0262 – 224 7769

Email : [rsintanhusada@gmail.com](mailto:rsintanhusada@gmail.com)

Identitas Pasien ( Diisi Oleh Perawat )

Nama : .....

Tanggal Lahir : ..... ( L / P )\*

No. RM :   -   -

Ruangan/Kelas : ...../.....

Dokter yang merawat : .....

Penjamin : .....

Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini

Ruang : ..... /Kelas : ..... /DPJP : .....

### DAFTAR CEKLIS PRE-OPERASI

Tgl : ..... Jan ..... Tgl : .....

Konfirmasi Identitas Pasien : Ya ☐ Tidak ☐

Informed Consent

Penandaan Lokasi Tindakan

Cek sterilisasi alat medis (diisi perawat)

Cek kondisi alat anastesi

Cek Kondisi Fungsi Pulse oximetri

Alergi

Persiapan Darah

Profilaksi Antibiotik

Obat

Jam diberikan

Cek TTV

TD : ..... N:.....x/m,R:.....x/m,S:.....

Puasa Jam :

Lavement Tinggi/Rendah

Persiapan Cukur

Cek Kuku

Protese dilepaskan ( gigi ..... )

Perhiasan dilepaskan

Hasil Laboratorium

Hasil Ronthen

Hasil Rekam EKG

Jenis Infus : .....

Lokasi : .....

Jumlah tts/mnt : .....

Sisa Cairan : .....

Kateter Urine : Ada / Tidak

Jumlah Urine : .....

Warna : .....

Ukuran : .....

Lain-lain / keterangan :

### DAFTAR CEKLIS POST OPERASI

Tgl : ..... Jan ..... Tgl : .....

Cek TTV : T ..... P: ..... S:.....

Kondisi Tindakan : .....

Cek kelengkapan Jumlah

Cek kelengkapan Jumlah

Cek kelengkapan Jumlah

Kassa : Lengkap/tidak lengkap

Jarum : Lengkap/tidak lengkap

Cek permintaan Biopsi (label pasien/sediaan)

Kesadaran : .....

Jalan Napas : .....

Luka Operasi : Rembes/tidak rembes

Lokasi : .....

Drain : Ada / tidak ada

Jumlah Cairan : .....

Warna : .....

Konsistensi : .....

Warna : .....

Jenis Infus : .....

Lokasi : .....

Jumlah tts/mnt : .....

Sisa Cairan : .....

Kateter : Ada/tidak ada

Jumlah Urine : .....

Warna : .....

Instruksi Post Operasi :

Nama Perawat/bidan : .....

Nama Perawat Kamar Operasi : .....

Nama Perawat Kamar Operasi : .....

Nama Perawat Ruang Perawatan : .....

FORMULIR CEKLIS PRE – OPERASI DAN POST OPERASI



**TATA CARA PENGISIAN  
FORMULIR CEKLIS PRE DAN POST OPERASI  
050/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.01)**

**1. PENGERTIAN**

Formulir ceklis pre dan post operasi adalah berkas berisikan informasi mengenai tindakan yang harus dilakukan baik sebelum operasi maupun sesudah operasi dilaksanakan

**2. TUJUAN**

Untuk mengetahui informasi tindakan apa saja yang harus dilakukan baik sebelum maupun sesudah operasi.

**3. KEGUNAAN**

Formulir digunakan untuk mengetahui tindakan apa saja yang sudah/ belum dilakukan baik itu sebelum operasi maupun setelah operasi.

**4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

- a. Perawat Penanggung Jawab Pelayanan
- b. Distribusi Form Pemberian Informasi akan diberikan kepada semua unit pelayanan dan keperawatan yang memberikan tindakan medik kedokteran

**5. MEKANISME PENGISIAN**

- a. Form Pemberian Informasi diisi oleh perawat
- 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
<b>Identitas Pasien (Diisi Oleh Perawat )</b>		
Nama	Diisi nama Lengkap	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tgl Lahir L / W	Diisi tanggal lahir pasien, kemudian lingkari salah satu hurup (L/W) dipilih salah satu yang sesuai dengan pengkajian	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien dan kelas ruangan pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Dokter yang merawat	Diisi nama dokter beserta sub spesialisnya yang merawat pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Penjamin	Diisi nama penjamin apakah Umum, Asuransi dll di tulis salah satunya	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Ruang	Diisi nama ruangan tempat pasien di rawat di RS intan husada	Perawat/Tenaga kesehatan lain
kelas	Diisi kelas perawatan tempat pasien di rawat di RS intan husada	Perawat/Tenaga kesehatan lain
DPJP	Diisi nama dokter yang akan melakukan tindakan operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain



Daftar Ceklis Preoperasi		
Tanggal	Diisi tanggal pada saat melakukan pengkajian	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jam	Diisi jam pada saat melakukan pengkajian	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Konfirmasi Identitas Pasien	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Informed Consent	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Penandaan Lokasi Tindakan	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Cek sterilisasi alat medis	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Cek kondisi alat anestesi	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Cek Kondisi Fungsi Pulse oximetri	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Alergi	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Persiapan Darah	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Profilaksi Antibiotik	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Obat	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jam diberikan	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Cek TTV	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
TD :.....N:.....x/m,R:.....x/m,S:....	Diisi tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu pasien sebelum dilakukan operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Puasa Jam :	Diisi jam terakhir pasien makan dan minum	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Lavement Tinggi/Rendah	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Persiapan Cukur	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Cek Kuku	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Protese dilepaskan ( gigi )	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Perhiasan dilepaskan	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Hasil Laboratorium	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain



Hasil Ronthen	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Hasil Rekam EKG	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jenis infus	Diisi jenis cairan infus yang terpasang pada pasien	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Lokasi	Diisi lokasi tempat cairan infus terpasang	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jumlah tts/ mnt	Diisi jumlah tetesan cairan intus selama satu menit	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Sisa cairan	Diisi sisa cairan infus yang terpasang pada pasien	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Kateter urine	Diisi dengan tanda lingkaran Ada/Tidak pada pilihan yang sudah disediakan	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jumlah urine	Diisi jumlah urine yang tertampung pada kantong urine pasien	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Warna	Diisi warna urine pasien	Perawat/Tenaga kesehatan lain
ukuran	Diisi ukuran kateter yang terpasang pada pasien	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Lain-lain/ keterangan	Diisi keterangan atau tambahan yang perlu dilakukan	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Nama Perawat/bidan	Diisi nama jelas perawat/ bidan dengan lingkari yang melakukan pengkajian pre operasi	Perawat/Bidan/Tenaga kesehatan lain
Nama Perawat Kamar Operasi	Diisi nama jelas perawat kamar operasi yang melakukan pengkajian pre operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain
<b>Daftar Ceklis Post operasi</b>		
Tanggal	Diisi tanggal pada saat selesai dilakukan tindakan operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jam	Diisi jam pada saat selesai dilakukan tindakan operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Cek TTV TD :.....N:....x/m,R:....x/m,S:.....	Diisi tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu pasien setelah dilakukan operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Konfirmasi Jenis Tindakan	Diisi jenis tindakan operasi yang sudah dilakukan	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Cek kelengkapan jumlah Instrumen : Lengkap/Tidak lengkap Kassa : Lengkap/Tidak lengkap Jarum : Lengkap/Tidak lengkap	Diisi dengan tanda lingkaran dengan pilihan Lengkap/Tidak lengkap pada pilihan yang tersedia	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Cek permintaan Biopsi	Diisi dengan tanda lingkaran pada pilihan yang tersedia	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Kesadaran	Diisi kesadaran pasien setelah dilakukan tindakan operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jalan Napas	Diisi jalan napas pasien setelah dilakukan operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Luka Operasi	Diisi dengan tanda lingkaran pada pilihan yang tersedia	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Lokasi	Diisi area yang dilakukan tindakan operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain

Drain	Diisi dengan tanda lingkaran pada pilihan yang tersedia	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jumlah cairan	Diisi jumlah cairan yang terdapat pada kantong drain	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Warna	Diisi warna cairan yang terdapat pada kantong drain	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Konsistensi	Diisi konsistensi cairan yang terdapat pada kantong drain	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jenis infus	Diisi jenis cairan infus yang terpasang pada pasien	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Lokasi	Diisi lokasi tempat cairan infus terpasang	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jumlah tts/ mnt	Diisi jumlah tetesan cairan infus selama satu menit	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Sisa cairan	Diisi sisa cairan infus yang terpasang pada pasien	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Kateter urine	Diisi dengan tanda lingkaran pada pilihan yang sudah disediakan	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jumlah urine	Diisi jumlah urine yang tertampung pada kantong urine pasien	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Warna	Diisi warna urine pasien	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Intruksi post op	Diisi intruksi yang diberikan oleh DPJP setelah dilakukan tindakan operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Nama Perawat Kamar Operasi	Diisi nama jelas perawat kamar operasi yang melakukan pengkajian post operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Nama Perawat Ruang Perawatan	Diisi nama jelas perawat ruang perawatan yang melakukan pengkajian post operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain





**TATA CARA PENGISIAN  
FORMULIR CEKLIS PRE DAN POST OPERASI**

**XXX/F/RM/RSIH/XII/2021 (Rev.01) → Sesuaikan**

**1. PENGERTIAN**

Formulir ceklis pre dan post operasi adalah berkas berisikan informasi mengenai tindakan yang harus dilakukan baik sebelum operasi maupun sesudah operasi dilaksanakan

**2. TUJUAN**

Untuk mengetahui informasi tindakan apa saja yang harus dilakukan baik sebelum maupun sesudah operasi.

**3. KEGUNAAN**

Formulir digunakan untuk mengetahui tindakan apa saja yang sudah/ belum dilakukan baik itu sebelum operasi maupun setelah operasi.

**4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

- a. Perawat Penanggung Jawab Pelayanan
- b. Distribusi Form Pemberian Informasi akan diberikan kepada semua unit pelayanan dan keperawatan yang memberikan tindakan medik kedokteran

**5. MEKANISME PENGISIAN**

- a. Form Pemberian Informasi diisi oleh perawat
- 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
<b>Identitas Pasien (Diisi Oleh Perawat )</b>		
Nama	Diisi nama Lengkap	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tgl Lahir L / W	Diisi tanggal lahir pasien, kemudian lingkari salah satu hurup (L/W) dipilih salah satu yang sesuai dengan pengkajian	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien dan kelas ruangan pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Dokter yang merawat	Diisi nama dokter beserta sub spesialisnya yang merawat pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Penjamin	Diisi nama penjamin apakah Umum, Asuransi dll di tulis salah satunya	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya



Ruang	Diisi nama ruangan tempat pasien di rawat di RS intan husada	Perawat/Tenaga kesehatan lain
kelas	Diisi kelas perawatan tempat pasien di rawat di RS intan husada	Perawat/Tenaga kesehatan lain
DPJP	Diisi nama dokter yang akan melakukan tindakan operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain
<b>Daftar Ceklis Preoperasi</b>		
Tanggal	Diisi tanggal pada saat melakukan pengkajian	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jam	Diisi jam pada saat melakukan pengkajian	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Konfirmasi Identitas Pasien	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Informed Consent	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Penandaan Lokasi Tindakan	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Cek sterilisasi alat medis	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Cek kondisi alat anastesi	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Cek Kondisi Fungsi Pulse oximetri	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Alergi	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Persiapan Darah	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Profilaksi Antibiotik	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Obat	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jam diberikan	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Cek TTV	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
TD :.....N:.....x/m,R:.....x/m,S:....	Diisi tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu pasien sebelum dilakukan operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Puasa Jam :	Diisi jam terakhir pasien makan dan minum	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Lavement Tinggi/Rendah	Diisi tanda ceklis √ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain

Persiapan Cukur	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Cek Kuku	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Protese dilepaskan ( gigi ..... )	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Perhiasan dilepaskan	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Hasil Laboratorium	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Hasil Ronthen	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Hasil Rekam EKG	Diisi tanda ceklis ✓ pada kolom yang sudah disediakan dengan Pilihan Ya atau Tidak	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jenis infus	Diisi jenis cairan infus yang terpasang pada pasien	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Lokasi	Diisi lokasi tempat cairan infus terpasang	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jumlah tts/ mnt	Diisi jumlah tetesan cairan infus selama satu menit	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Sisa cairan	Diisi sisa cairan infus yang terpasang pada pasien	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Kateter urine	Diisi dengan tanda lingkaran Ada/Tidak pada pilihan yang sudah disediakan	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jumlah urine	Diisi jumlah urine yang tertampung pada kantong urine pasien	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Warna	Diisi warna urine pasien	Perawat/Tenaga kesehatan lain
ukuran	Diisi ukuran kateter yang terpasang pada pasien	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Lain-lain/ keterangan	Diisi keterangan atau tambahan yang perlu dilakukan	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Nama Perawat/bidan	Diisi nama jelas perawat/ bidan dengan lingkari yang melakukan pengkajian pre operasi	Perawat/Bidan/Tenaga kesehatan lain
Nama Perawat Kamar Operasi	Diisi nama jelas perawat kamar operasi yang melakukan pengkajian pre operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain
<b>Daftar Ceklis Post operasi</b>		
Tanggal	Diisi tanggal pada saat selesai dilakukan tindakan operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jam	Diisi jam pada saat selesai dilakukan tindakan operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain



Cek TTV TD :.....N:.....x/m,R:.....x/m,S:.....	Diisi tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu pasien setelah dilakukan operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain
<b>Konfirmasi Jenis Tindakan</b>	Diisi jenis tindakan operasi yang sudah dilakukan	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Cek kelengkapan jumlah Instrumen : Lengkap/Tidak lengkap Kassa : Lengkap/Tidak lengkap Jarum : Lengkap/Tidak lengkap	Diisi dengan tanda lingkaran dengan ..... pilihan Lengkap/Tidak lengkap pada pilihan yang tersedia	Perawat/Tenaga kesehatan lain
<b>Cek permintaan Biopsi</b>	Diisi dengan tanda lingkaran pada pilihan yang tersedia	Perawat/Tenaga kesehatan lain
<b>Kesadaran</b>	Diisi kesadaran pasien setelah dilakukan tindakan operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain
<b>Jalan Napas</b>	Diisi jalan napas pasien setelah dilakukan operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain
<b>Luka Operasi</b>	Diisi dengan tanda lingkaran pada pilihan yang tersedia	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Lokasi	Diisi area yang dilakukan tindakan operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Drain	Diisi dengan tanda lingkaran pada pilihan yang tersedia	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jumlah cairan	Diisi jumlah cairan yang terdapat pada kantong drain	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Warna	Diisi warna cairan yang terdapat pada kantong drain	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Konsistensi	Diisi konsistensi cairan yang terdapat pada kantong drain	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jenis infus	Diisi jenis cairan infus yang terpasang pada pasien	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Lokasi	Diisi lokasi tempat cairan infus terpasang	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jumlah tts/ mnt	Diisi jumlah tetesan cairan infus selama satu menit	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Sisa cairan	Diisi sisa cairan infus yang terpasang pada pasien	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Kateter urine	Diisi dengan tanda lingkaran pada pilihan yang sudah disediakan	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Jumlah urine	Diisi jumlah urine yang tertampung pada kantong urine pasien	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Warna	Diisi warna urine pasien	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Intruksi post op	Diisi intruksi yang diberikan oleh DPJP setelah dilakukan tindakan operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Nama Perawat Kamar Operasi	Diisi nama jelas perawat kamar operasi yang melakukan pengkajian post operasi	Perawat/Tenaga kesehatan lain
Nama Perawat Ruang Perawatan	Diisi nama jelas perawat ruang perawatan yang	Perawat/Tenaga kesehatan lain

Sesuaikan dg formulirnya yg di revisi

	melakukan pengkajian post operasi	
--	-----------------------------------	--