



Nama :  
Tgl. Lahir/Umur :  
No. RM :  
NIK :

CHECK LIST PERHITUNGAN LAPORAN PERAWAT

Tanggal:		OK NO. : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3				Time Out : <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Waktu Mulai	Tiba	Masuk OK	Bius	Operasi	Ruang RR	Jenis Anastesi : <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Lokal <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> IV Sedasi	
Waktu Selesai							
Ahli Bedah :	Asisten Bedah :	Perawat instrument :			Sebab Mundurnya Operasi : <input type="checkbox"/> Ahli bedah <input type="checkbox"/> Anastesi <input type="checkbox"/> Perawatan <input type="checkbox"/> Alat <input type="checkbox"/> lain- lain, yaitu :		
Anastesi :	Asisten anastesi	Perawat sirkuler :			Tindakan Operasi :		
Klasifikasi luka : <input type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kontaminasi <input type="checkbox"/> Kotor					<input type="checkbox"/> Elektif <input type="checkbox"/> CITO		
Jenis	Hitungan Pertama	Penambahan	Hitungan kedua	Penambahan	Hitungan Total	Keterangan	
Mata pisau							
Jarum Automatic							
Jarum lepas							
Kassa op							
Big kassa							
Roll tampon							
Depper							
Pincet							
Gunting							
Klem							
Doek klem							
Koher							
Depper tang							
Nama petugas							
Desinfektan							
Diatermi	<input type="checkbox"/> Ya	Lokasi			<input type="checkbox"/> Tidak		
Drain	<input type="checkbox"/> Ya	Jenis			<input type="checkbox"/> Tidak		
Catheter	<input type="checkbox"/> Ya	No:			<input type="checkbox"/> Tidak		
Patologi	<input type="checkbox"/> Ya				<input type="checkbox"/> Tidak		
Kultur	<input type="checkbox"/> Ya				<input type="checkbox"/> Tidak		
Protesis	<input type="checkbox"/> Ya				<input type="checkbox"/> Tidak		
Perdarahan	..... CC						
Mengetahui bahwa hitungan benar/tidak benar							
(Dokter bedah)		(Asisten bedah)		(Perawat instrument )		(Perawat sirkuler)	