

FORM REVIEW STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) KEPERAWATAN

A. IDENTITAS REVIEW

1. Nama Reviewer : _____
2. Jabatan : _____
3. Unit/Bagian : _____
4. Tanggal Review : _____
5. Waktu Review : _____

B. INFORMASI SOP YANG DITINJAU

1. Judul SOP :
2. Nomor SOP :
3. Tanggal Penerbitan SOP :
4. Tanggal Revisi Terakhir:
5. Tujuan SOP :

C. ASPEK PENILAIAN SOP (✓) Centang pada kolom yang sesuai

No	Kriteria Penilaian	Ya	Tidak	Keterangan
1	SOP sesuai dengan standar keperawatan dan peraturan yang berlaku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	SOP memiliki tujuan yang jelas dan mudah dipahami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Ruang lingkup dan sasaran SOP sudah sesuai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Langkah-langkah prosedur disusun secara sistematis dan jelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Penggunaan bahasa dalam SOP mudah dipahami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Terdapat kriteria keberhasilan pelaksanaan SOP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	SOP memuat aspek keselamatan pasien dan tenaga kesehatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	SOP dapat diterapkan secara praktis di lingkungan kerja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

D. CATATAN DAN REKOMENDASI

1. Temuan selama review:

2. Saran dan rekomendasi:

3. Tindak lanjut yang disarankan:

Reviewer,

(Nama & Tanda Tangan)