

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080290072
 Nama Lengkap : ANA RESTIANA DEWI
 Unit/Divisi/Komite : Komite PPI
 No. Telepon/Ext :
 E-mail : komite.ppi@rsintanhusada.com

Tanggal : 24/10/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

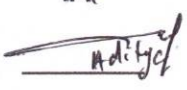
Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 008 / F / KPP / RSIH / X / 2022
 No/Kode RM : - (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : -

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 pembuatan baru formulir "AUDIT BUNDLE HAIK VAP"
 agar mempermudah pengontrolan pencegahan plebitis

Komponen Perubahan


(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama : -	Paraf 
Buffer stock : -	
Proses PO : -	
Waktu : -	

Tanda Tangan
Pemohon,

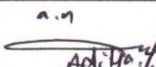


 Ana Restiana Dewi

Tanda Tangan
Penerima,


 Paraf S.U

Masukan/Saran

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Logistik		Tanda Tangan
Ceklist sesuai kebutuhan		
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesejahteraan
		ditinjau kembali sesuai prosedur
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur
		

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021 (Rev.00)



**AUDIT BUNDLE HAIs
VENTILATOR ASSOCIATED
PNEUMONIA
RUMAH SAKIT
INTAN HUSADA GARUT**

No RM :
Nama :
Tanggal Lahir :
Alamat :
Dokter :
Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien Disini

**AUDIT BUNDLE HAIs
VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA**

NO	TINDAKAN KEPERAWATAN	TANGGAL									
		Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk
1	Lakukan kebersihan tangan sebelum dan sesudah tindakan										
2	Atur posisi HOB (Head Of Bed) 30°–45° bila tidak ada kontraindikasi	Pagi									
		Siang									
		Malam									
3	Kebersihan mulut dengan <i>chlorhexidine</i> 0,2% 2x/hari	Pagi									
		Siang									
4	<i>Suctioning</i> dengan <i>close suction</i> (ETT)/ <i>Open suction</i> dengan Teknik 4A (Aseptik, Atraumatik, Acyanotic, Afektif)										
6	Pengkajian setiap hari sedasi dan ekstubasi										
7	<i>Peptic ulcer prophylaxis</i>										
8	<i>Deep Vein Trombosis (DVT) Prophylaxis</i> (sesuai indikasi)										
Nama dan TTD Petugas											

HASIL AUDIT:

Skoring nilai kepatuhan :	Kategori kepatuhan :
Total YA	• ≤ 75 % Minimal
Σ Tindakan Keperawatan	• 76 % - 84 % Intermediate
x100 =....%	• ≥ 85 % Baik

**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR AUDIT BUNDLES INFEKSI
VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA
008/F/KPPI/RSIH/X/2022 (Rev.00)**

A. PENGERTIAN

Formulir Audit Bundles Infeksi VAP adalah berkas berisikan informasi mengenai pencegahan dan pengendalian infeksi pada kasus Infeksi VAP di RS Intan Husada.

B. TUJUAN

Untuk memberikan kemudahan dalam pengisian mengenai formulir audit Bundles Infeksi VAP

C. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk kepentingan agar bisa mengetahui kepatuhan petugas pemberi asuhan dan dokter dalam pelaksanaan bundles Infeksi Saluran Kemih di lingkungan RS Intan Husada.

D. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

IPCN dan IPCLN yang bisa mengisi formulir Audit Bundles VAP

E. Petunjuk teknis pengisian formulir Audit Bundles Infeksi VAP

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
No RM	Diisi sesuai no rekam medis pasien	IPCN/ IPCLN
Nama	Diisi Nama pasien	IPCN/ IPCLN
Tanggal Lahir	Diisi Tanggal Lahir Pasien	IPCN/ IPCLN
Alamat	Diisi Alamat pasien	IPCN/ IPCLN
Dokter	Diisi Dokter DPJP	IPCN/ IPCLN
Tanggal	Diisi Tanggal dilakukan audit	IPCN/ IPCLN
Ya	Diisi ceklist bila <i>monitoring</i> sesuai indikator	IPCN/ IPCLN
Tidak	Diisi ceklist bila <i>monitoring</i> tidak sesuai indikator	IPCN/ IPCLN
Nama dan TTD Petugas	Diisi oleh penanggung jawab unit yang disupervisi	Petugas unit
Hasil Audit	Diisi total kepatuhan sesuai rumus dalam bentuk persen (%)	IPCN/ IPCLN