



## 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 : 009/F/KPPI/RSIH/X/2022 REV.00  
No/Kode RM : (untuk form medis)  
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- :

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

### Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
pembuatan baru formulir AUDIT BUNDLE HAIS ISK  
agar mempermudah pengontrolan pencegahan infeksi ISK

### Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan  
Pemohon,

Ana Restiana Dewi

Tanda Tangan  
Penerima,

Pari 24/10/22


### Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
Cepat sesuai kebutuhan		 a.n	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
		Ditindaklanjuti sesuai prosedur	 Pari 24/10/22
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
			 drg. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

	<b>AUDIT BUNDLE HAIs</b> <b>INFEKSI SALURAN KEMIH</b> <b>RUMAH SAKIT</b> <b>INTAN HUSADA GARUT</b>	No RM	:	
		Nama	:	
		Tanggal Lahir	:	
		Alamat	:	
		Dokter	:	
Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien Disini				

AUDIT BUNDLE HAIs INFEKSI SALURAN KEMIH												
NO	TINDAKAN KEPERAWATAN		TANGGAL									
			Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk
1	Pemasangan sesuai indikasi											
2	Lakukan kebersihan tangan sebelum tindakan											
3	Gunakan teknik aseptik saat pemasangan kateter											
4	Perawatan kateter											
	• Dilakukan perawatan kebersihan harian <i>genital</i> dan <i>meatus</i> dengan sabun dan air bersih	Pagi										
		Sore										
	• Fiksasi kateter											
	• Letak <i>urine bag</i> lebih rendah dari kandung kemih dan tidak menyentuh lantai (digantung pada sisi tempat tidur)											
	• Letak <i>urine bag</i> tidak menyentuh lantai											
	• Menjaga sistem <i>drainase</i> tertutup tidak terlipat											
5	Kosongkan <i>urine bag</i> < 2/3 penuh											
6	Pengambilan sampling <i>urine</i> dengan teknik steril											
7	Segera lepas kateter jika tidak diperlukan											
Nama dan TTD Petugas												

Hasil Audit:

<b>Skoring nilai kepatuhan :</b>  <div> Total YA  _____ x100 = ....%  Σ Tindakan Keperawatan </div>	<b>Kategori kepatuhan :</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• ≤ 75 % Minimal</li> <li>• 76 % - 84 % <i>Intermediate</i></li> <li>• ≥ 85 % Baik</li> </ul>
---	---



**TATA CARA PENGISIAN  
FORMULIR AUDIT *BUNDLES* INFEKSI SALURAN KEMIH  
009/F/KPPI/RSIH/X/2022 (Rev.00)**

**A. PENGERTIAN**

Formulir Audit *Bundles* Infeksi Saluran Kemih adalah berkas berisikan informasi mengenai Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi pada kasus Infeksi Saluran Kemih di RS Intan Husada.

**B. TUJUAN**

Untuk memberikan kemudahan dalam pengisian mengenai Formulir Audit *Bundles* Infeksi Saluran Kemih

**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* Infeksi Saluran Kemih

**E. Petunjuk teknis pengisian Formulir Audit *Bundles* Infeksi Saluran Kemih**

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 ceklis bila <i>monitoring</i> sesuai indikator	IPCN/ IPCLN
Tidak	Diisi ceklis 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