

# FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

## DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14100285045  
 Nama Lengkap : Lia Subhanah  
 Unit/Divisi/Komite : Kamar Operasi  
 No. Telepon/Ext : 12.01  
 E-mail : liasubhanah2512@gmail.com

Tanggal : 30-09-2022

## DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru  
 No/Kode Formulir : 099/F/RM/RSIH/1x/102 (Rev.02)  
 No/Kode RM : 4.11 (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 02

## Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)

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

Paraf  
a.7

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir (Survei/evaluasi formulir infokas, luka operasi)  
 (data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 Perubahan no RM

## Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 Rambu f4

Tanda Tangan  
Pemohon,

Lia Subhanah

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		am	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc Revisi Minor gubris		Gepi K... NIP. 14060287016	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Acc Revisi		m... 10	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Persantiran no RM	H... Acung	No form disesuaikan	Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc	m... 10	Acc	dr. Muhammad Hasan, WRS NIP. 21110182633

\*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

Nama : .....

Tanggal Lahir : ..... ( L / W )

No. RM :

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

DPJP : .....

Penjamin : .....

Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini

1. Riwayat operasi sebelumnya : ☐ Ada ☐ Tidak Ada

2. Jika Ada, sebutkan kapan : .....

1. Tanggal Masuk Rawat : .....

## 2. Ruang Rawat

### 3. Diagnosis media

5. Nama Dokter/operator : .....

6. Tanggal tindakan/operasi : .....

7. Sifat operasi : ☐ Cito ☐ Elektif ☐ One Day Care

8. Jenis Operasi : ☐ Bersih ☐ Tercemar ☐ Bersih tercemar Kotor

9. Antibiotik profilaksis : ☐ Diberikan ☐ Tidak Diberikan

10. Jika diberikan Antibiotik : Nama obat dan dosis : .....

Waktu pemberian : ☐ Pra ☐ Intra ☐ Pasca

11. Pemasangan drain : ☐ Barovac ☐ Penrose ☐ Haemovac ☐ Thoracic Lain-Lain

12. Ruang operasi / OK : ..... Lamanya Operasi : Jam Mulai : ..... Jam Selesai : .....

14. Nama Round Loop : ..... Tanda Tangan : .....

1. Apusan daerah operasi Pra Operas : ☐ Dilakukan ☐ Tidak dilakukan

2. Jika dilakukan apusan Pra Operas :Tanggal dilakukan : ..... Hasil : .....

3. Keadaan daerah operasi Pasca Operasi :

Tgl Kunjung							
Kemerahan							
Nyeri							
Bengkak							
Suhu > 38 C							
Pus / nanah							
Kultur pus / nanah							

Hasil Kultur : ..... Tanggal Kultur : .....

4. Nama Petugas Poliklinik : ..... Tanda Tangan .....



**TATA CARA PENGISIAN**  
**FORMULIR SURVEILANS INFEKSI LUKA OPERASI KAMAR BEDAH**  
**047/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.02)**

**1. PENGERTIAN**

Surveilans Infeksi Luka Operasi Kamar Bedah adalah pengamatan terus – menerus, aktif sistematis terhadap kejadian dan penyebab infeksi nosokomial pada suatu populasi serta peristiwa yang mempengaruhi terjadi infeksi nosokomial (Depkes 2001).

**2. TUJUAN**

Tujuan utama survailens untuk mendeteksi permasalahan dengan melakukan identifikasi perubahan dalam insiden Inos dan mengetahui seberapa besar masalah tersebut (Kusnanto H, 1997;Pandalin 1997;Dinkes,2000;Dewi 2000 Depkes 2001; WHO 2022 ).

**3. KEGUNAAN**

- a. Pengumpulan Data
- b. Analisis data
- c. Penyajian Analisis
- d. Pelapor Data

**4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

- a. Dokter Operator
- b. Dokter Anestesi
- c. Perawat Sirkuler

**5. MEKANISME PENGISIAN**

- a. Form Survailens Infeksi Luka Operasi ini diisi oleh dokter Operator

**6. CARA PENGISIAN**

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
<b>Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)</b>		
Nama	Diisi nama Lengkap pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tgl Lahir L / W	Diisi tanggal lahir, L/W dipilih salah satu yang sesuai dengan cara di lingkari	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien diperiksa/ dirawat	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
DPJP	Diisi nama dokter yang akan melakukan tindakan kepada pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
<b>I. Riwayat Sebelumnya</b>		
Riwayat operasi sebelumnya : <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak Ada	Diisi Riwayat Operasi sebelumnya dengan menanyakan pada pasien tersebut lalu pilih salah satu kolom tersebut sesuai dengan hasil pengakjian	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Jika Ada, sebutkan kapan	Diisi Jika pasien tersebut ada riwayat operasi dan sebutkan kapan operasi terakhirnya dengan lengkap	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
<b>II. Data Saat ini</b>		
Tanggal Masuk Rawat	Diisi Tanggal masuk rawat pasien ke rawat inap dengan lengkap	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Ruang Rawat	Diisi Ruang rawat pasien dengan lengkap	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya

Diagnosis medis	Diisi Diagnosa medis Pasien dengan lengkap	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Nama tindakan/operasi	Diisi nama tindakan/operasi pasien dengan jelas	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Nama Dokter/operator	Diisi nama dokter/operator pasien dengan Jelas	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tanggal tindakan/operasi	Diisi Tanggal tindakan/operasi pasien dengan lengkap	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Sifat operasi :	Diisi Sifat operasi Pasien dengan tanda ceklist √ sesuai dengan hasil pengkajian dengan lengkap	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Jenis Operasi	Diisi jenis operasi Pasien dengan tanda ceklist √ sesuai dengan hasil pengkajian dengan lengkap	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Antibiotik profilaksis	Diisi Antibiotik profilaksis pada Pasien sesuai dengan hasil pengkajian dengan lengkap	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Jika diberikan Antibiotik	Diisi jika antibiotik di berikan pada pasien dengan lengkap lalu beri tanda ceklist √ salah satu waktu pemberian obat tersebut	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Pemasangan drain	Diisi pemasangan drain pada Pasien dengan tanda ceklist √ sesuai dengan hasil pengkajian dengan lengkap	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Ruang operasi / OK	Diisi Ruang operasi/OK pada Pasien sesuai dengan tindakan yang di lakukan	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Lamanya Operasi	Diisi Lamanya Operasi pada Pasien sesuai dengan tindakan yang di lakukan	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Nama <i>Round Loop</i>	Diisi Nama <i>round loop</i> dengan lengkap	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
<b>III. Evaluasi (oleh Petugas Poliklinik)</b>		
Apusan daerah operasi Pra Operasi	Diisi Apusan daerah operasi Pra Operasi pada Pasien dengan tanda ceklist √ sesuai dengan hasil pengkajian dengan lengkap	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Jika dilakukan apusan Pra Operasi	Diisi jika dilakukan apusan pra operasi pada Pasien sesuai dengan tindakan yang di lakukan	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Keadaan daerah operasi Pasca Operasi	Diisi Keadaan daerah operasi pasca operasi pada Pasien sesuai dengan tindakan yang di lakukan	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Hasil Kultur, Tanggal Kultur	Diisi Hasil kultur dan tanggal kultur pada Pasien sesuai dengan tindakan yang di lakukan	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Nama Petugas Poliklinik : Tanda Tangan	Diisi nama petugas klinik pada Pasien dan di tandatangan sesuai dengan tindakan yang di lakukan	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya



## SURVEILANS INFEKSI LUKA OPERASI KAMAR BEDAH

### I. Riwayat Sebelumnya

1. Riwayat operasi sebelumnya : ☐ Ada ☐ Tidak Ada  
2. Jika Ada, sebutkan kapan :

### II. Data Saat ini

1. Tanggal Masuk Rawat :  
2. Ruang Rawat :  
3. Diagnosis media :  
4. Nama tindakan/operasi :  
5. Nama Dokter/operator :  
6. Tanggal tindakan/operasi :  
7. Sifat operasi : ☐ CITO ☐ Elektif ☐ One Day Care  
8. Jenis Operasi : ☐ Bersih ☐ Tercemar  
☐ Bersih tercemar ☐ Kotor  
9. Antibiotik profilaksis : ☐ Diberikan ☐ Tidak Diberikan  
10. Jika diberikan Antibiotik : Nama obat dan dosis :  
Waktu pemberian : ☐ Pra ☐ Intra ☐ Pasca  
11. Pemasangan drain : ☐ Barovac ☐ Penrose  
☐ Haemovac ☐ Lain-Lain :  
☐ Thoracic  
12. Ruang operasi / OK :  
13. Lamanya Operasi : Jam Mulai : Jam Selesai :  
14. Nama Round Loop : Tanda Tangan :

### III. Evaluasi (oleh Petugas Poliklinik)

1. Apusan daerah operasi Pra Operasi : ☐ Dilakukan ☐ Tidak dilakukan  
2. Jika dilakukan apusan Pra Operasi : Tanggal dilakukan :  
Hasil :  
3. Keadaan daerah operasi Pasca Operasi :

Tgl Kunjung									
Kemerahan									
Nyeri									
Bengkak									
Suhu > 38 C									
Pus / nanah									
Kultur pus / nanah									

Hasil Kultur : Tanggal Kultur :

4. Nama Petugas Poliklinik : Tanda Tangan :