

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

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

Tanggal : 5/4/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 003/ F/ KPPI / RSIH / IV / 2022
 No/Kode RM : (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terkahir : Revisi ke- : -

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

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 untuk mempermudah memasukkan data surveillance
 dan harian ke bucatan oleh IPCLN.

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,


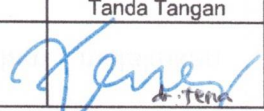



 ANA RESTIANA D

Tanda Tangan
Penerima,


 Rani Setia Utami
 NIP. 15070293069

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan
Akan diprint sesuai kebutuhan		
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan
		
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan
		Tanda Tangan
		 Rani Setia Utami NIP. 15070293069
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)



**FORMULIR SURVEILANS BULANAN INFEKSI RUMAH SAKIT
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA GARUT**

BULAN/ TAHUN :
RUANGAN :
SURVEYOR :

TANGGAL	UNIT	JUMLAH PASIEN	LAMA HARI PEMASANGAN ALAT	JUMLAH PEMAKAIAN ALAT				KULTUR	ANTIBIOTIK	JUMLAH KEJADIAN INFEKSI				KETERANGAN
				ETT	CVL	IVL	UC			VAP	IAD	PLEBITIS	ISK	

Keterangan :

ETT	: Endotracheal Tube	VAP	: Ventilator Associated Pneumonia
CVL	: Centra Vena Line	IAD	: Infeksi Aliran Darah
IVL	: Intra Vena Line/ Vena Perifer	ISK	: Infeksi saluran Kemih
UC	: Urine Kateter		



**TATA CARA PENGISIAN FORMULIR
SURVEILANS INFEKSI BULANAN RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
003/F/KPPI/RSIH/IV/2022 (Rev.00)**

1. PENGERTIAN

Formulir surveilans infeksi bulanan RSIH merupakan formulir yang berisikan bukti kegiatan *monitoring* yang sistematis dan dilakukan setiap bulan dari rekap formulir surveilans harian terhadap suatu kejadian penyebaran penyakit infeksi setiap harinya di Rumah Sakit Intan Husada Garut .

2. TUJUAN

Untuk mengetahui data dasar infeksi rumah sakit

3. KEGUNAAN

Formulir dapat digunakan sebagai bukti dokumentasi kegiatan surveilans yang dilakukan oleh IPCN dan IPCLN dalam program PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) di rumah sakit yang nantinya akan dilaporkan kepada KPPI.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. *Infection Prevention and Control Nurse* (IPCN)
- b. *Infection Prevention Control Link Nurse* (IPCLN)

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Formulir surveilans infeksi bulanan diisi setiap 1 bulan oleh IPCLN di setiap unit perawatan pasien di RSIH dari hasil rekap formulir harian surveilans
- b. Formulir surveilans infeksi bulanan dijadikan sebagai bahan laporan ke ketua KPPI.

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Bulan/tahun	Diisi bulan dan tahun pada saat melakukan surveilans	IPCLN
Ruangan	Diisi ruang perawatan yang dilakukan surveilans	IPCLN
Surveyor	Diisi nama IPCLN yang melakukan surveilans	IPCLN
Tanggal	Diisi tanggal pada saat melakukan surveilans	IPCLN
Unit	Diisi Unit yang dilakukan surveilans	IPCLN
Jumlah pasien	Diisi total jumlah pasien di setiap unitnya	IPCLN
Lama Hari Pemasangan Alat	Diisi total pemasangan alat pasien dari awal dipasang sampai dilepas	IPCLN
Tindakan UC	Diisi bila terpasang Urine Kateter	IPCLN
Tindakan IVL	Diisi bila terpasang Intra Vena Line/Vena Perifer	IPCLN
Tindakan CVL	Diisi bila terpasang Intra Central Vena Line	IPCLN
ETT	Diisi jika terpasang Endotracheal Tube	IPCLN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Kultur	Diisi jika pasien diperiksa kultur	IPCLN
Antibiotik	Diisi jika pasien diberikan antibiotik	IPCLN
VAP	Diisi jika pasien terjadi Ventilator Associated Pneumonia akibat pemasangan ETT	IPCLN
ISK	Diisi jika pasien terjadi Infeksi Saluran Kemih akibat pemasangan urine kateter	IPCLN
IAD	Diisi jika pasien terjadi infeksi aliran darah karena pemasangan CVL	IPCLN
Plebitis	Diisi jika pasien terjadi infeksi plebitis akibat pemasangan intra vena line/perifer	IPCLN
Keterangan	Diisi jika ada tambahan data	IPCLN

Daftar Singkatan di formulir:

AB : Antibiotik
 UC : Urine Kateter
 ISK : Infeksi saluran Kemih
 IVL : Intra Vena Line/ Vena Perifer
 VAP : Ventilator Associated Pneumonia
 ETT : Endotracheal Tube
 IAD : Infeksi Aliran Darah
 CVL : Centra Vena Line