

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

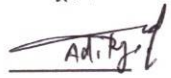
DATA IDENTITAS PEMOHON

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

Tanggal : 24/10/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 011/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	


Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 Pembuatan baru formulir "AUDIT BUNDLE INFEKSI DAERAH
 OPERASI" agar mempermudah pengontrolan pencegahan
 infeksi daerah operasi


Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

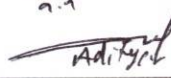

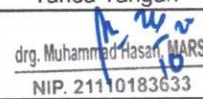

ana restiana dewi

Tanda Tangan
Penerima,


Rani S.U


Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan
Cetak sesuai kebutuhan		
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesejahteraan
		Ortindak lanjut sesuai prosedur
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)

	AUDIT BUNDLE HAIs INFEKSI DAERAH OPERASI RUMAH SAKIT INTAN HUSADA GARUT	No RM	:	
		Nama	:	
		Tanggal Lahir	:	
		Alamat	:	
		Dokter	:	
		Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien Disini		

AUDIT BUNDLE HAIs INFEKSI DAERAH OPERASI									
NO	TINDAKAN KEPERAWATAN	TANGGAL							
		Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk
PRE-OPERATIF									
1	Mandi <i>Chlorhexidine</i> 2% H-1 Operasi (sore) Pagi								
2	Dilakukan pencukuran bila ada di sekitar daerah operasi								
3	Diberikan antibiotik <i>profilaksis</i> 1 jam sebelum operasi								
4	Kadar gula dalam tubuh dalam batas normal < 200 mg/dl								
INTRA - OPERATIF									
1	Petugas melakukan kebersihan tangan bedah sebelum melakukan tindakan								
2	Petugas memakai APD lengkap								
3	<i>Disinfeksi</i> area operasi menggunakan cairan antiseptik								
4	Pertahankan suhu pasien dalam suhu normal sesuai indikasi operasi.								
5	Tidak memakai cat kuku, kuku tetap pendek, tidak memakai perhiasan di tangan (cincin, gelang dan jam tangan)								
6	Batasi petugas di ruang operasi dan hindari keluar masuk kamar operasi saat operasi berlangsung								
POST - OPERATIF									
1	Lakukan perawatan luka dengan cara <i>septik</i> dan <i>aseptik</i> (sesuai SPO)								
2	Lukanya ditutupi dengan penutup luka minimal 48 jam setelah operasi, kecuali ada rembesan atau diperlukan untuk perbaikan								
3	<i>Hand hygiene</i>								
Nama dan TTD Petugas									

Hasil Audit:

Skoring nilai kepatuhan : Total YA _____ Σ Tindakan Keperawatan _____	Kategori kepatuhan : • ≤ 75 % Minimal • 76 % - 84 % <i>Intermediate</i> • ≥ 85 % Baik
--	---

011/F/KPPI/RSIH/X/2022 (Rev.00)

TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR AUDIT *BUNDLES* INFEKSI DAERAH OPERASI
011/F/KPPI/RSIH/X/2022 (Rev.00)

A. PENGERTIAN

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

B. TUJUAN

Untuk memberikan kemudahan dalam pengisian mengenai Formulir Audit *Bundles* Infeksi Daerah Operasi

C. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk kepentingan agar bisa mengetahui kepatuhan petugas pemberi asuhan dan dokter dalam pelaksanaan *Bundles* Infeksi Daerah Operasi di lingkungan RS Intan Husada.

D. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

IPCN dan IPCLN yang bisa mengisi formulir Audit *Bundles* Infeksi Daerah Operasi

E. Petunjuk teknis pengisian formulir Audit *Bundles* Infeksi Daerah Operasi

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