

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

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

Tanggal : 5/9/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 002/F/KPPI/RSIH/IV/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)
 untuk mempermudah memasukkan data surveilans
 harian oleh IPCLN

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

ana restiana dewi

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 DIPAKAI SEMA KEBUNYUAN		<i>Yeni</i>
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan
		<i>dr. Tera</i>
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan
		<i>Rani Setia Utami</i> NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur
		<i>acc</i> <i>dr. Muhammad Hasan, MARS</i> NIP. 21110183633

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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



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

1. PENGERTIAN

Formulir surveilans infeksi harian RSIH merupakan formulir yang berisikan bukti kegiatan *monitoring*, sistematis yang dilakukan setiap harinya 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.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. *Infection Prevention and Control Nurse* (IPCN)
- b. *Infection Prevention Control Link Nurse* (IPCLN)
- c. Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (KPPI)

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Formulir surveilans infeksi harian diisi setiap hari oleh IPCLN dan IPCN di setiap unitn perawatan pasien di RSIH
- b. Formulir surveilans infeksi harian dilakukan rekap kedalam formulir surveilans bulanan setiap unitnya dan 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
No	Diisi no urut satu dan seterusnya	IPCLN
Lama Rawat	Diisi lama hari rawat pasien	IPCLN
Nama/RM	Diisi nama pasien dan no rekam medis	IPCLN
Dx Medis	Diisi diagnosa medis pasien	IPCLN
Tanggal pasang	Diisi tanggal saat pemasangan alat medis	IPCLN
Tanggal Lepas	Diisi tanggal saat pelepasan alat medis	IPCLN
Tindakan UC	Diisi bila terpasang Urine Kateter	IPCLN
Tindakan IVL	Diisi bila terpasang Intra Vena Line/Vena	IPCLN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
	Perifer	
Tidak CVL	Diisi bila terpasang Intra Central Vena Line	IPCLN
ETT	Diisi jika terpasang Endotracheal Tube	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
Kultur sputum	Diisi jika ada hasil pemeriksaan kultur sputum	IPCLN
Kultur Darah	Diisi jika ada hasil pemeriksaan kultur darah	IPCLN
Kultur Urine	Diisi jika ada hasil pemeriksaan kultur urine	IPCLN
AB	Diisi jika pasien diberikan antibiotik	IPCLN

Daftar Singkatan di formulir:

Dx Medis : Diagnosa Medis

U : Usia

AB : Antibiotik

S : Suhu

JK : Jenis Kelamin

IDO : Infeksi Daerah Operasi

UC : Urine Kateter

ISK : Infeksi saluran Kemih

IVL : Intra Vena Line/ Vena Perifer

VAP : Ventilator Associated Pneumonia

ETT : Endotracheal Tube

IAD : Infeksi Aliran Darah