

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 : 012/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.A

Adi Yasa

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 pembuatan baru formulir "AUDIT BUNDOLE HAS PLEBITIS"
 agar mempermudah penyediaan pencegahan flebitis

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

ANA RESTIANA DEWI

Tanda Tangan
Penerima,

Pani 24/10/22

Masukan/Saran

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

Logistik

Tanda Tangan

Cekak sesuai kebutuhan

A.A

Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung

Tanda Tangan

Unit/Divisi/Komite

Tanda Tangan

Rekam Medik

Tanda Tangan

Kesekretariatan

Tanda Tangan

Ditindaklanjuti sesuai prosedur

Pani 24/10/22

Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan

Tanda Tangan

Direktur

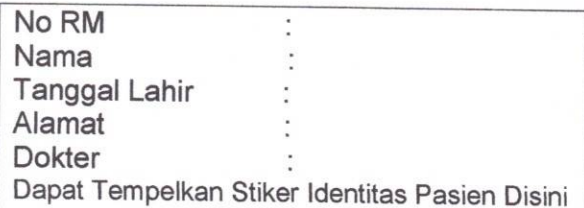
Tanda Tangan

MC

drg. Muhammad Hasan, MARS

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021 (REV.00) 110183633

**Hasil Audit:**

Skoring nilai kepatuhan :

Total YA

$$\times 100 = \dots\%$$

Σ Tindakan Keperawatan

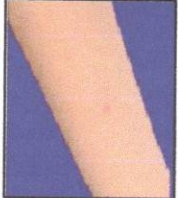




Kategori kaptuhan :

- ≤ 75 % Minimal
- 76 % - 84 % *Intermediate*
- > 85 % Baik

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

REKOMENDASI BILA DITEMUKAN TANDA PLEBITIS

Sumber : Infusion Nurses Society (INS) tahun 2021

Gambaran dan Skala plebitis	Indikasi klinis	Intervensi keperawatan
	0 Area insersi terlihat sehat – Tidak ada kemerahan/ <i>eritema</i> – Tidak ada nyeri – Tidak ada <i>edema/ ekstrasvasasi/ pembengkakan/ swelling</i> di sekitar area insersi	– Biarkan <i>canula</i> tetap terpasang bila masih dibutuhkan, – Berikan <i>flush</i> menggunakan NaCl 0,9% sebelum dan sesudah pemberian injeksi – Lanjutkan monitoring harian setiap <i>shift</i> dan dokumentasikan
	1 Mungkin tanda awal plebitis. – Kemerahan/ <i>eritema</i> di sekitar tempat <i>insersi</i> dengan ukuran kurang dari 2cm. – Mungkin ada nyeri	– Lakukan monitoring lebih sering. – Bila perlu rencanakan untuk pemindahan <i>insersi</i> dan mengganti seluruh set infus baru. – Dokumentasikan.
	2 Sangat mungkin sudah terjadi plebitis. – <i>Eritema/ kemerahan</i> 2-4cm, – Nyeri di tempat <i>insersi</i> – <i>Edema/ Ekstrasvasasi/ pembengkakan/ swelling</i> sekitar area <i>insersi</i> sehingga bisa dilihat dan atau diraba.	– Lepas <i>insersi</i> – Lakukan perawatan di area bekas <i>insersi</i> – Informasikan pada tim – Lakukan pemasangan infus di tempat lain bila masih memerlukan prosedur dengan mengganti seluruh set infus baru. – Dokumentasikan.
	3 Plebitis. – <i>Eritema/ kemerahan</i> lebih dari 2-4cm di sepanjang vena yang terpasang kateter – Nyeri di tempat <i>insersi</i> – <i>Edema/ Ekstrasvasasi/ pembengkakan/ swelling</i> sekitar area <i>insersi</i> sehingga bisa dilihat dan atau diraba. – Teraba pengerasan vena	– Lepas <i>insersi</i> – Lakukan perawatan di area bekas <i>insersi</i> – Informasikan pada tim – Lakukan pemasangan infus di tempat lain bila masih memerlukan prosedur dengan mengganti seluruh set infus baru. – Buat laporan insiden plebitis – Lakukan swab kultur bila kebijakan RS mendukung – Dokumentasikan
	4 Plebitis tingkat lanjut. – <i>Eritema/ kemerahan</i> di sepanjang vena yang terpasang kateter – Nyeri di tempat <i>insersi</i> – <i>Edema/ Ekstrasvasasi/ pembengkakan/ swelling</i> sekitar area <i>insersi</i> sehingga bisa dilihat dan atau diraba. – Teraba pengerasan vena / <i>indurasi</i> – Bisa terlihat <i>nekrosis</i> atau <i>abses</i> dengan/ tanpa pus. – Mungkin demam/ <i>pyrexia</i>	– Lepas <i>insersi</i> – Lakukan perawatan di area bekas <i>insersi</i> – Informasikan pada tim – Lakukan pemasangan infus di tempat lain bila masih memerlukan prosedur dengan mengganti seluruh set infus baru. – Buat laporan <i>insiden</i> plebitis – Lakukan swab kultur bila kebijakan RS mendukung – Dokumentasikan

**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR AUDIT *BUNDLES* PLEBITIS
012/F/KPPI/RSIH/X/2022 (Rev.00)**

A. PENGERTIAN

Formulir Audit *Bundles* Plebitis adalah berkas berisikan informasi mengenai pencegahan dan pengendalian infeksi pada kasus Plebitis di RS Intan Husada.

B. TUJUAN

Untuk memberikan kemudahan dalam pengisian mengenai Formulir Audit *Bundles* Plebitis
KEGUNAAN

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

C. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

IPCN dan IPCLN yang bisa mengisi Formulir Audit *Bundles* Plebitis

D. Petunjuk teknis pengisian formulir Audit *Bundles* Plebitis

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
Rekomendasi bila ditemukan tanda plebitis	Dilingkari skala plebitis nomor berapa yang sesuai dengan kondisi klinis pasien dan dilakukan intervensi sesuai nilai skala plebitisnya	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