

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 : 010/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 ALIRAN DARAH" agar mempermudah pengontrolan pencegahan infeksi aliran darah.

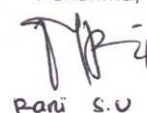
Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

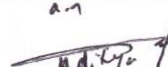
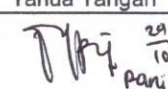

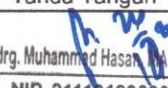

 ANA RESTIANA

Tanda Tangan
Penerima,


 Poni 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	Kesekretariatan	Tanda Tangan
		Ditindaklanjuti sesuai prosedur	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
			 drg. Muhammed Hasan, MARS NIP. 21110183633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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



**AUDIT BUNDLE HAIs
INFEKSI ALIRAN DARAH
RUMAH SAKIT
INTAN HUSADA GARUT**

No RM :
Nama :
Tanggal Lahir :
Alamat :
Dokter :
Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien Disini

**AUDIT BUNDLE HAIs
INFEKSI ALIRAN DARAH**

NO	TINDAKAN KEPERAWATAN	TANGGAL									
		Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk
1	Lakukan kebersihan tangan sebelum tindakan										
2	Menggunakan APD lengkap dan sarung tangan steril										
3	Gunakan teknik aseptik saat pemasangan kateter										
4	Pembersihan kulit area pemasangan dengan <i>chlorhexidine</i> 2% atau 4%										
5	Alat yang digunakan steril										
6	Lokasi pemasangan sesuai										
7	Selang infus diganti setiap 72 jam										
8	Selang infus bekas pemberian lemak dan protein diganti setiap 24 jam										
9	Selang infus bekas pemberian darah diganti setelah pemberian darah selesai										
10	<i>Sputum</i> yang digunakan <i>disposable</i>										
11	Penutup tempat <i>insersi</i> dengan <i>transparent dressing</i> yang sesuai										
12	Perawatan lokasi insersi setiap 3 hari dan jika kotor										
13	Memberi injeksi menggunakan <i>port needles</i>										
14	<i>Swab alcohol</i> setiap melakukan injeksi										
15	<i>Hand hygiene</i> sesuai 5 momen										
Nama dan TTD Petugas											

Hasil Audit:

Skoring nilai kepatuhan :

Total YA

x100 =%

Σ Tindakan Keperawatan

Kategori kepatuhan :

- ≤ 75 % Minimal
- 76 % - 84 % Intermediate
- ≥ 85 % Baik

TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR AUDIT *BUNDLES* INFEKSI ALIRAN DARAH
010/F/KPPI/RSIH/X/2022 (Rev.00)

A. PENGERTIAN

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

B. TUJUAN

Untuk memberikan kemudahan dalam pengisian mengenai Formulir Audit *Bundles* Infeksi Aliran Darah

C. KEGUNAAN

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

D. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

IPCN dan IPCLN yang bisa mengisi Formulir Audit *Bundles* Infeksi Aliran Darah

E. Petunjuk teknis pengisian Formulir Audit *Bundles* Infeksi Aliran Darah

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