



**RUMAH SAKIT
SARI ASIH**

RM 67

Nama :
Tanggal Lahir :
Nomor RM :
NIK :

VENTILATOR BUNDLE OBSERVASI

Formulir ini di isi saat pasien menggunakan ventilator
(Isilah Y jika dilakukan & T jika tidak dilakukan)

Tanggal Masuk :
DPJP :

Hari rawat ICU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Tanggal Pasang Ventilator																
Tanggal Lepas Ventilator																
1. Kebersihan Tangan																
2. Posisi Kepala TT > 30°																
3. Oral Hygiene																
4. Manajemen suctioning																
5. Penggunaan sedasi																
6. Peptic Ulcer Profilaksis																
7. DVT Profilaksis																
Clinical Pulmonary Infection Score																
1. Suhu																
0 > 36,5 – 38,4																
1 > 38,5 – 38,9																
2 > 39 atau < 36,5																
2. Leukosit																
0 > 4.000 -<11.000																
1 < 4.000 atau > 11.000																
2 < 4.000 atau > 11.000 dengan segmen > 50%																
3. Sputum																
0 Tidak Ada Sputum																
1 Ada Sputum, Tidak Purulent																
2 Ada Sputum Purulent																
4. PaO2/FiO2																
0 > 240, ARDS																
2 < 240 dan Tidak ARDS																
5. Thorax Foto																
0 Tidak Ada Infiltrat																
1 Diffus Infiltrat																
2 Lokalisasi Infiltrat																
Score																

Keterangan : **skor ≥ 6 kemungkinan VAP**

Dokter Penanggung Jawab ICU

Tim PPI

(.....)

(.....)