



**RUMAH SAKIT  
SARI ASIH**

## VENTILATOR BUNDLE OBSERVASI

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

Nama :  
Tanggal Lahir :  
Nomor RM :  
NIK :

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

(.....)

(.....)