



**RUMAH SAKIT  
SARI ASIH**

Nama :  
Tanggal Lahir :  
Nomor RM :  
NIK :

## **SURVEILANS INFEKSI LUKA OPERASI ( ILO ) DI RUANGAN RAWAT INAP**

### **I. IDENTITAS PASIEN**

Tanggal masuk : .....  
Kamar : .....  
Diagnose : .....

### **II. PEMAKAIAN ANTI MIKROBA / ANTIBIOTIKA**

Profilaksis ( Pre Operasi )

1. Dosis ..... Tanggal ..... / ..... /20  
2. Dosis ..... Tanggal ..... / ..... /20  
3. Dosis ..... Tanggal ..... / ..... /20  
4. Dosis ..... Tanggal ..... / ..... /20

Pengobatan ( Pasca Operasi ) :

1. Dosis ..... Mulai Tanggal ..... / ..... /20  
2. Dosis ..... Mulai Tanggal ..... / ..... /20  
3. Dosis ..... Mulai Tanggal ..... / ..... /20  
4. Dosis ..... Mulai Tanggal ..... / ..... /20

### **III. TINDAKAN OPERASI**

a. Tanggal Operasi : ..... / ..... /20  
b. Nama tindakan Operasi : .....  
c. Nama operator : dr. ....  
d. Lamanya Operasi : ..... jam ..... Menit  
e. Jenis Operasi : ☐ Septik/Infeksi ☐ Aseptik / Non Infeksi  
f. Tindakan Operasi : ☐ Cyto ☐ Efektif

### **IV. KRITERIA INFEKSI DAERAH OPERASI ( ILO )**

Infeksi pada luka operasi dalam waktu 30 hari setelah prosedur pembedahan dengan kriteria salah satu di bawah ini :

- a. Keluar cairan purulen dari insial superfisial ☐ ada : Tgl ..... / ..... 20 ... ☐ tidak Ada : Tgl ..... / ..... 20.....  
b. Kultur diperiksa tanggal : ..... / ..... /20.....  
c. Ditemukan salah satu tanda infeksi  
    Bengkak : Ada : Tgl ..... / ..... 20.... Tidak Ada : Tgl ..... / ..... 20....  
    Kemerahan : Ada : Tgl ..... / ..... 20.... Tidak Ada : Tgl ..... / ..... 20....  
    Panas ( >38°C ) : Ada : Tgl ..... / ..... 20.... Tidak Ada : Tgl ..... / ..... 20....  
    Nyeri/ Tendernes : Ada : Tgl ..... / ..... 20.... Tidak Ada : Tgl ..... / ..... 20....  
d. Infeksi Daerah Operasi ( IDO ) : ☐ Ada ☐ Tidak Ada

Perawat Penanggung Jawab Pasien

Infection Prevention Control Nurse