

LAPORAN PROGRAM

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) Triwulan II (April, Mei, Juni 2019)



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611
Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756- 21398

**KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)
RSUD DR. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
Jalan Dr. A. Rivai Painan (Kode Pos 25611)**

Telp. (0756) 21428 – 21518. Fax. (0756) 21398, Email. rsudpainan @ gmail.com

Nomor : 008/VII/PPI/2019 Painan, 10 Juli 2019
Lampiran : 1 Rangkap
Perihal : Laporan Program PPI TriWulan II

Kepada:
Yth. Bapak Direktur RSUD
Dr. M. Zein Painan
Di Painan

Dengan Hormat,

Bersama ini kami sampaikan laporan pelaksanaan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) RSUD Dr. M. Zein Painan untuk bulan April, Mei, Juni 2019 (TriWulan II), yang terdiri dari :

1. Surveilans HAIs
2. Audit Kepatuhan Program PPI
3. Monitoring Kewaspadaan Isolasi
4. ICRA
5. Pengendalian Resistensi Anti Mikroba
6. Diklat PPI

Adapun hasil laporan terlampir, semoga dapat menjadi bahan pertimbangan untuk rencana dan tindak lanjut program PPI selanjutnya.

Demikian hasil laporan ini kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.


Mengetahui
Ketua Komite PPI
dr. R. Evi Sovianty, Sp.PK

Hormat Saya,
Sekretaris



Ns. Rifni Aurora Wirya, S.Kep

Tembusan :

1. Ka. Bidang Pelayanan
2. Komite PMKP
3. Kasi Keperawatan

**LAPORAN PROGRAM KOMITE PPI
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
PERIODE APRIL – JUNI 2019**

**BAB I
PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang

Pencegahan dan pengendalian infeksi adalah merupakan suatu upaya untuk meminimalkan atau mencegah terjadinya infeksi. Mengingat besarnya kerugian yang harus ditanggung pasien, keluarga dan rumah sakit akibat terjadinya infeksi. Pelaksanaan di lapangan, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sering menemukan beberapa kendala diantaranya banyaknya pasien yang di rawat di rumah sakit sehingga dapat menjadi sumber infeksi bagi lingkungan dan pasien lain, adanya kontak langsung antara pasien satu dengan pasien lainnya, adanya kontak langsung antara pasien dengan petugas rumah sakit yang terinfeksi, penggunaan alat-alat yang terkontaminasi, kurangnya perhatian tindakan aseptik dan antiseptik serta kondisi pasien yang lemah, juga persediaan sarana dan prasarana yang ada masih kurang memadai, sehingga mudah untuk menimbulkan terjadinya infeksi.

RSUD Dr. M. Zein Painan berupaya untuk meningkatkan mutu dalam memberikan pelayanan dan dukungan kesehatan bagi masyarakat. Demikian juga dalam bidang pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit, dimana hal ini merupakan faktor utama yang menggambarkan kualitas pelayanan. Hal ini mengacu pada komitmen bersama dalam mempersiapkan akreditasi.

Infeksi rumah sakit merupakan masalah serius yang berdampak langsung pada pasien dan rumah sakit, berpengaruh terhadap lama hari perawatan yang berakibat meningkatnya biaya, morbiditas dan mortalitas sehingga mutu pelayanan rumah sakit menurun, bahkan dapat terjadi tuntutan hukum. Sebagai rumah sakit yang berorientasi pada keselamatan pasien akan menerapkan metode yang tepat untuk mencegah dan mengendalikan hal tersebut.

Data statistik angka kejadian infeksi di RSUD Dr. M. Zein Painan pada triwulan ke I yaitu pada bulan Maret 2019 tercatat untuk kejadian phlebitis sebesar 3,23%

dan kejadian IDO 0,71%. Sedangkan untuk kejadian VAP, HAP, IADP, ISK dan Dekubitus tidak ada ditemukan.

Laporan kegiatan Komite PPI RSUD Dr. M. Zein Painan ini digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan kegiatan yang terencana untuk kedepannya.

B. Tujuan

I. Tujuan Umum

- a. Untuk memberikan gambaran kinerja Komite PPI dalam melaksanakan kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RSUD Dr. M. Zein Painan
- b. Sebagai pedoman bagi Komite PPI RSUD Dr. M. Zein Painan dalam melakukan Surveilens kegiatan PPI untuk menurunkan resiko infeksi pada pasien, petugas dan pengunjung rumah sakit.

II. Tujuan Khusus

- a. Menilai kualitas dan standar mutu pelayanan kesehatan di RSUD Dr. M. Zein Painan
- b. Menurunkan laju infeksi di RSUD Dr. M. Zein Painan
- c. Identifikasi dini KLB Infeksi RSUD Dr. M. Zein Painan
- d. Menilai keberhasilan mutu program PPI
- e. Salah satu pendukung untuk memenuhi Standar Akreditasi Rumah Sakit

BAB II KEGIATAN PPI

A. Pelaksanaan Kegiatan

1. Melakukan survei harian untuk angka infeksi HAIs (Phlebitis, Infeksi Saluran Kemih, Infeksi Daerah Operasi dan Decubitus)
2. Melakukan survei harian untuk kepatuhan hand hygiene
3. Melakukan survei harian untuk kepatuhan Alat Pelindung Diri (APD)
4. Melakukan survei harian untuk pembuangan limbah
5. Melakukan survei harian untuk pembuangan benda tajam
6. Monitoring kewaspadaan isolasi ke setiap ruangan dan unit kerja
7. Melakukan pertemuan pembahasan ICRA terkait kegiatan rehab gedung
8. Audit insiden phlebitis, ISK, IDO dan Dekubitus
9. Pertemuan berkala (Rapat Koordinasi dengan Komite PPI)
10. Edukasi

B. Hasil Kegiatan

I. Surveilans HAIs

Kejadian Infeksi Rumah Sakit (IRS) / Health Care Associated Infections (HAIs) adalah infeksi yang timbul pada waktu pasien dirawat di rumah sakit. Beberapa kejadian HAIs mungkin tidak menyebabkan kematian pasien, akan tetapi menjadi penyebab penting pasien dirawat lebih lama di rumah sakit. Hal ini mengakibatkan pasien akan membayar lebih mahal dan dalam kondisi yang tidak produktif, disamping itu pihak rumah sakit juga akan mengeluarkan biaya yang lebih besar.

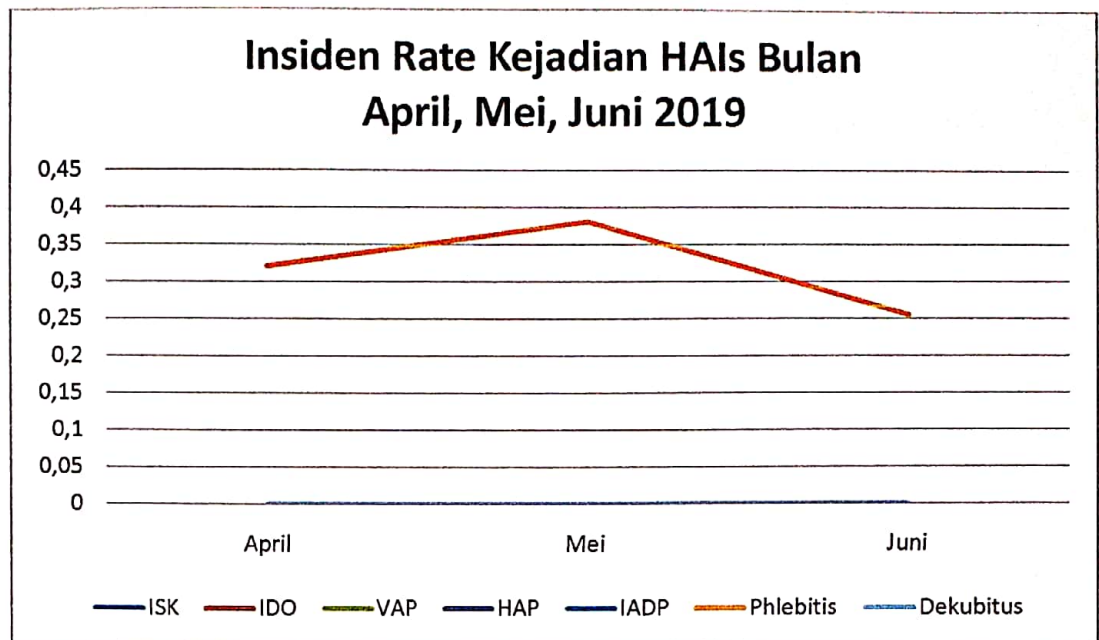
Pengendalian HAIs merupakan suatu upaya penting dalam meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit. Pencegahan kejadian HAIs harus diupayakan sedapat mungkin antara lain dengan adanya program pemantauan dan evaluasi terhadap kejadian infeksi di ruang rawat inap maupun rawat jalan, menerapkan tindakan aseptis dan membiasakan perilaku higienis pada petugas kesehatan serta pelaksanaan surveilans.

Jenis HAIs antara lain :

- Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)
- Pneumonia (HAP dan VAP)
- Infeksi Saluran Kemih (ISK)
- Infeksi Daerah Operasi (IDO)
- Dekubitus
- Phlebitis

Resiko infeksi dan kegiatan program dapat berbeda dari satu rumah sakit ke rumah sakit lainnya, tergantung pada kegiatan klinis dan pelayanan rumah sakit, populasi pasien yang dilayani, lokasi geografis, jumlah pasien dan jumlah pegawai. Mengingat hal tersebut di RSUD Dr. M. Zein Painan mengangkat tujuh kasus yaitu **Phlebitis, IDO (Infeksi Daerah Operasi), ISK (Infeksi Saluran Kemih), VAP (Ventilator Associated Pneumonia), HAP (Hospital Acquired Pneumonia), IADP (Infeksi Aliran Darah Primer) dan Dekubitus.**

Data yang dikumpulkan dari setiap ruangan kemudian dianalisa untuk mengetahui angka kejadian infeksi rumah sakit di RSUD Dr. M. Zein Painan, meliputi Phlebitis pada pasien dengan pemasangan infus, IDO (Infeksi Daerah Operasi) pada pasien operasi, ISK (Infeksi Saluran Kemih) pada pasien yang terpasang kateter uretra, VAP (Ventilator Associated Pneumonia) pada pasien yang terpasang ventilator, HAP (Hospital Acquired Pneumonia), IADP (Infeksi Aliran Darah Primer) pada bayi dengan pemasangan infus umbilikal dan Dekubitus pada pasien tirah baring.



Analisa Masalah :

Dari grafik diatas, kejadian infeksi yang terjadi di RSUD Dr. M. Zein Painan dari Bulan April sampai Juni adalah phlebitis. Phlebitis dimana pada bulan April sebesar 0,321% ($3,21^{0}/_{00}$), pada bulan Mei 0,381% ($3,81^{0}/_{00}$) dan pada bulan Juni mengalami penurunan sebesar 0,255% ($2,55^{0}/_{00}$). Angka-angka tersebut sudah mencapai target Standar Pelayanan Minimal dalam angka kejadian infeksi RS, standar SPM Depkes yaitu $\leq 1.5\%$.

Rencana Tindak Lanjut :

Plan	Do	Study	Action
1. Mengadakan pelatihan bagaimana melakukan pemasangan infus yang	1. Tehnik pemasangan infuse harus sesuai SPO 2. Cuci tangan dan APD petugas	Lakukan supervisi sesuai jadwal	1. Adakan pertemuan rutin untuk mendapatkan laporan rutin dari ruang rawat inap

<p>benar agar tidak terjadi phlebitis</p> <p>2. Supervisi tentang implementasi Bundles Plebitis dan IDO yang harus dilaksanakan secara benar</p>	<p>harus selalu diperhatikan</p> <p>3. Kepatuhan penggantian dressing</p> <p>4. Sterilisasi alat harus sesuai SPO</p>		<p>2. Supervisi Komite PPI dan IPCLN ruangan</p> <p>3. Supervisi bagian penunjang (CSSD)</p>
--	---	--	--

II. Audit Kepatuhan Program PPI

a. Kepatuhan Hand Hygiene

MOMENT 1 : sebelum menyentuh pasien

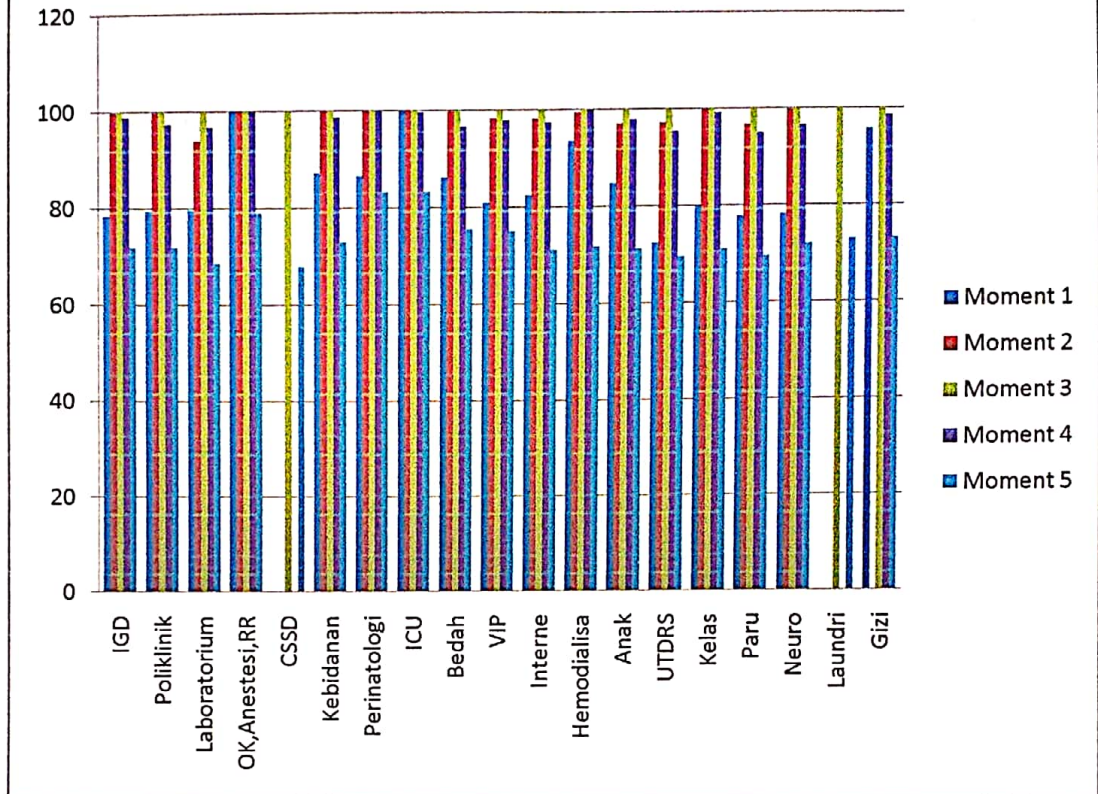
MOMENT 2 : sebelum melakukan tindakan aseptik

MOMENT 3 : setelah terpapar cairan tubuh pasien

MOMENT 4 : setelah menyentuh pasien

MOMENT 5 : setelah menyentuh lingkungan di sekitar pasien

KEPATUHAN CUCI TANGAN BERDASARKAN MOMENT CUCI TANGAN



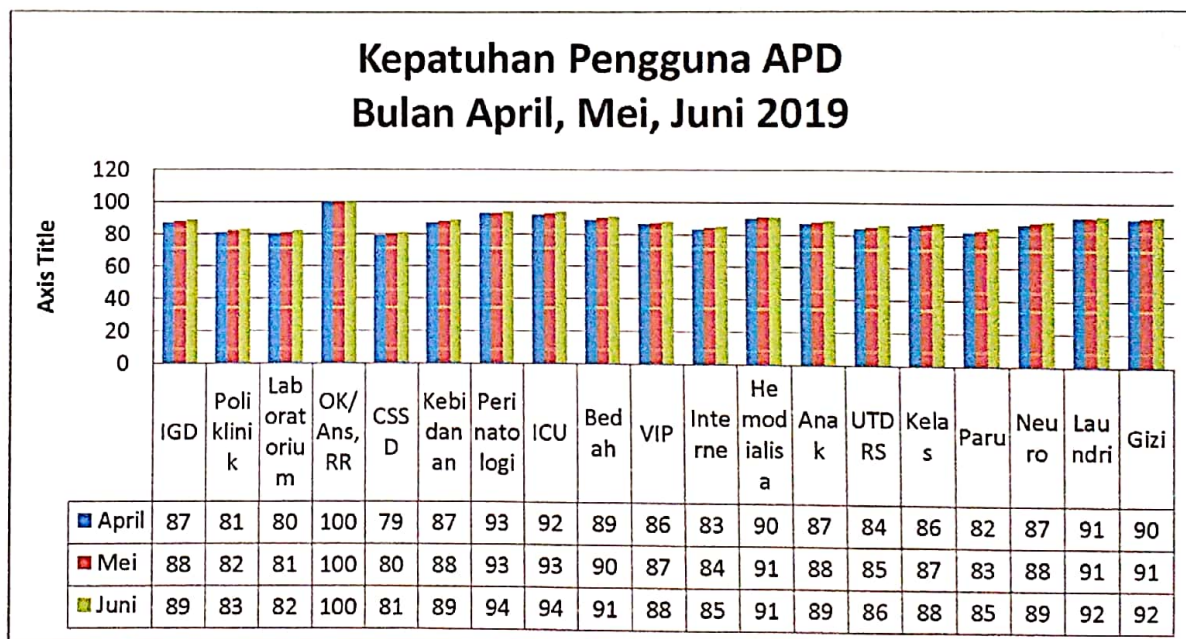
Analisa Masalah :

1. Dengan melihat angka kepatuhan Hand Hygiene petugas sudah paham bahwa hand hygiene sangat penting untuk melindungi dirinya dan pasien yang di rawatnya.
2. Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa kepatuhan kebersihan tangan terendah berada di moment 5, yaitu 73,28%, berarti kepatuhan petugas setelah menyentuh lingkungan di sekitar pasien perlu ditingkatkan lagi dan perlu audit dan disosialisasikan lagi ke petugas. Dan untuk moment 3 setelah terpapar cairan tubuh pasien di tingkat tertinggi yaitu 100%.

Rencana Tindak Lanjut :

Plan	Do	Study	Action
1. Pengadaan dan perbaikan sarana dan prasarana hand hygiene 2. Supervisi tentang implementasi hand hygiene	Cuci tangan petugas harus selalu diperhatikan dan sesuai SPO	Lakukan supervisi sesuai jadwal	1. Adakan pertemuan rutin untuk mendapatkan laporan rutin dari ruang rawat inap 2. Supervisi Komite PPI dan IPCLN ruangan

b. Monitoring Kepatuhan APD



Analisa Masalah :

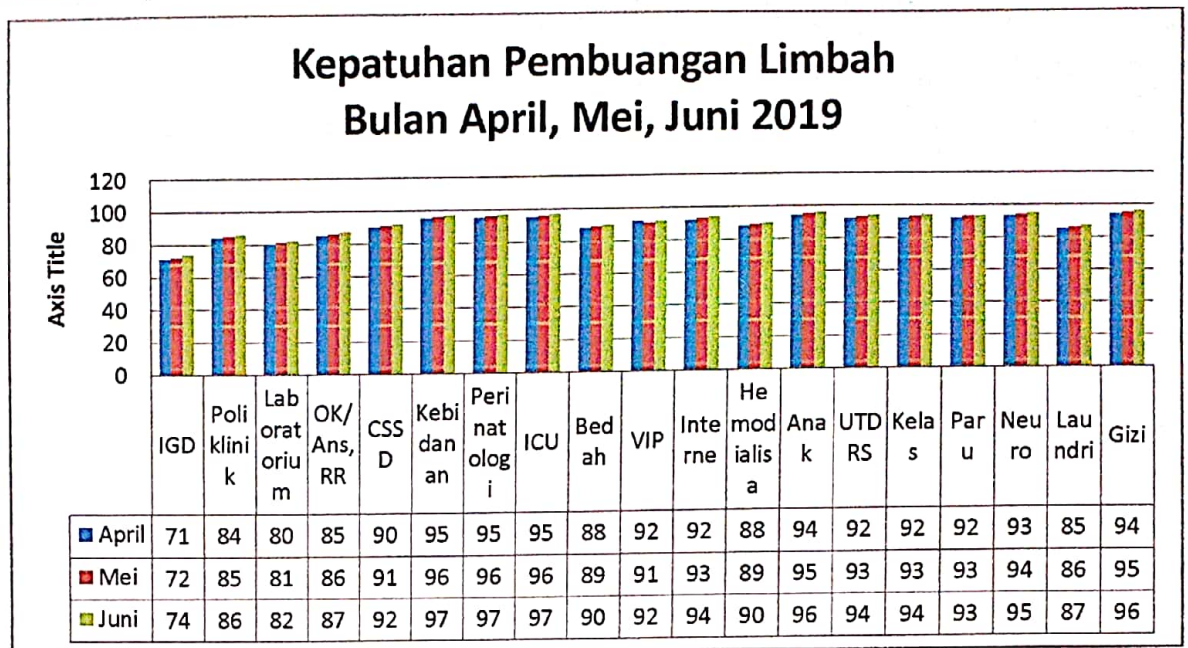
Untuk kepatuhan APD di ruang perawatan, petugas mulai mengerti tentang tujuan pemakaian APD dan sudah mulai ada peningkatan sehingga hanya perlu mempertahankan penggunaan APD sesuai INDIKASI dan segera melepaskannya jika sudah tidak digunakan lagi.

Dari grafik dapat dilihat kepatuhan pemakaian APD tertinggi yaitu ruangan OK/Anestesi,RR dan terendah adalah Poliklinik.

Rencana Tindak Lanjut :

Plan	Do	Study	Action
1. Mensosialisasikan cara pemakaian APD yang benar sesuai indikasi 2. Menyediakan fasilitas APD sesuai kebutuhan dan area pemakaian APD 3. Supervisi tentang implementasi APD	Penggunaan APD sesuai indikasi selalu diperhatikan dan sesuai SPO	Lakukan supervisi sesuai jadwal	1. Adakan pertemuan rutin untuk mendapatkan laporan rutin dari ruang rawat inap 2. Supervisi Komite PPI dan IPCLN ruangan

c. Monitoring Pembuangan Limbah



Analisa Masalah :

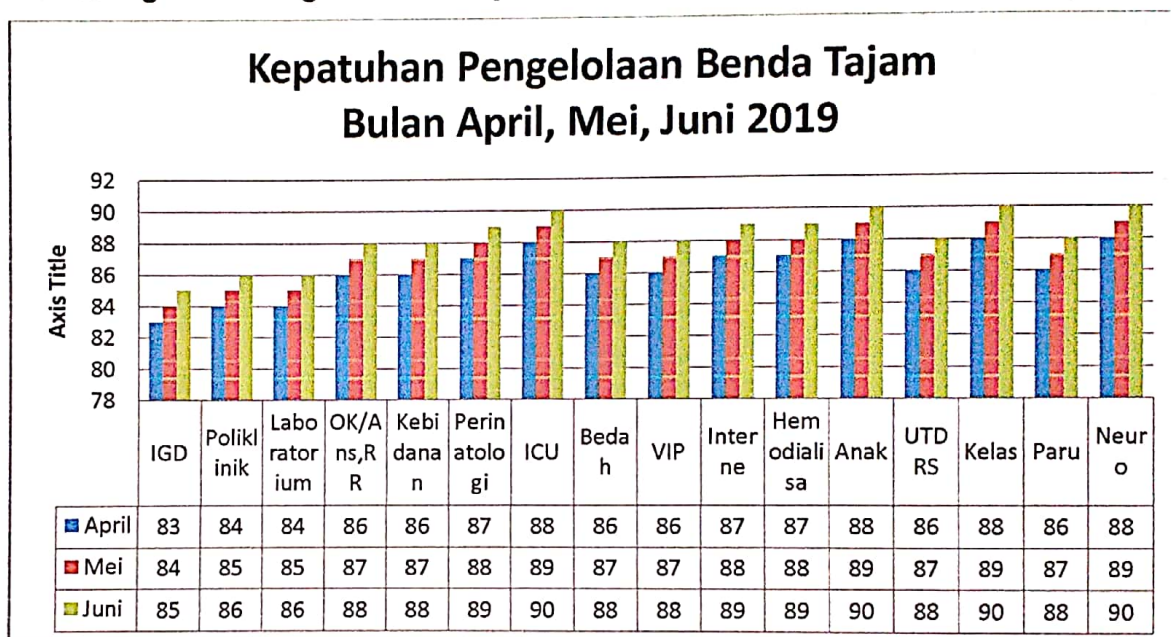
Dari grafik dapat dilihat kepatuhan pembuangan limbah di masing-masing ruangan sudah mulai adanya peningkatan, hanya saja ruangan masih ada yang tercampur antara sampah infeksius dan sampah non infeksius.

Rencana Tindak Lanjut :

Plan	Do	Study	Action
1. Mensosialisasikan pemisahan limbah infeksius dan non infeksius 2. Menyediakan fasilitas pembuangan limbah sesuai	Pembuangan limbah harus selalu diperhatikan dan sesuai SPO	Lakukan supervisi sesuai jadwal	1. Adakan pertemuan rutin untuk mendapatkan laporan rutin dari ruang rawat inap 2. Supervisi Komite PPI dan IPCLN

kebutuhan			ruangan
3. Supervisi tentang implementasi pembuangan limbah			3. Melibatkan petugas sanitasi dan CS dalam menertibkan pembuangan limbah

d. Monitoring Pembuangan Benda Tajam



Analisa Masalah :

Dari grafik dapat dilihat bahwa tingkat kepatuhan pengelolaan benda tajam sudah meningkat setiap bulannya. Ruangan sudah memahami bagaimana penatalaksanaan pembuangan benda tajam.

Rencana Tindak Lanjut :

Plan	Do	Study	Action
1. Mensosialisasikan cara penyuntikan yang aman 2. Supervisi tentang implementasi pembuangan benda tajam	Pembuangan benda tajam harus selalu diperhatikan dan sesuai SPO	Lakukan supervisi sesuai jadwal	1. Adakan pertemuan rutin untuk mendapatkan laporan rutin dari ruang rawat inap 2. Supervisi dan audit Komite PPI dan IPCLN ruangan

III. Monitoring Kewaspadaan Isolasi

No	INDIKATOR	HASIL TEMUAN
1	Monitoring evaluasi sampah infeksi dan non infeksi	1. Mulai tertib namun masih ditemukan limbah infeksius di dalam kantong plastik warna hitam dan limbah non infeksius dalam kantong plastik kuning 2. Tempat sampah tidak dibersihkan setiap hari dengan desinfektan beberapa tempat sampah kotor
2	Monitoring pengendalian lingkungan	1. Hampir semua ruangan, cat sudah luntur dan berjamur 2. Kucing yang masih berkeliaran di RS 3. Bila hari hujan masih ditemukan kebocoran dan banjir atau air menggenang dimana-mana, termasuk ruangan perawatan

3	Monitoring evaluasi pengolahan benda tajam	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masih ada ruangan yang tidak tertib memilah sampah tajam/jarum atau direcaping 2. Belum terbiasanya petugas menutup safety box bila sudah 3/4 penuh 3. Sudah tersedia kotak benda tajam di ruangan
4	Monitoring fasilitas cuci tangan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wastafel masih ada yang tampak kotor dan bocor dan beberapa wastafel di ruang perawatan tidak berfungsi 2. Handrub/handwash sudah memenuhi kebutuhan ruangan
5	Monitoring pelaksanaan PPI gizi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitas water hiter untuk gizi belum ada 2. Masih ditemukan vektor di gizi seperti tikus, kecoa 3. Suhu ruangan di gizi panas
6	Monitoring pengolahan manajemen loundri dan linen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saat pengumpulan linen, masih ada yang belum terpisah antara linen infeksius dan non infeksius serta jarum tajam dan benda medis lainnya masih ditemukan di loundri 2. Tidak tersedia gudang penyimpanan troli, bahan/chemical dan alat/Jadwal pembersihan loundri 3. Masih ada petugas yang tidak patuh dalam pemakaian APD 4. Ruangan belum tertata sesuai standar 5. Hasil pencucian yang masih meninggalkan noda 6. Pembersihan linen infeksius masih dilakukan secara manual
7	Monitoring pelaksanaan PPI di kamar jenazah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kulkas jenazah belum ada 2. Fasilitas hand wash, APD dan meja kerja sudah tersedia

8	Monitoring pelayanan farmasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belum terlaksana pemberian antibiotik profilaksis 2. Obat masih dibagi oleh perawat 3. Ruang peracikan obat/dispensing belum ada 4. Wastafel tidak ada di depo farmasi 5. Kotak obat di farmasi masih menggunakan karton bekas obat
9	Monitoring pelaksanaan sterilisasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruangan unit sterilisasi belum memadai 2. Tidak adanya uji coba terhadap penggantian enzimatik 3. Ada alat yang sudah disterilkan, tidak ada perubahan pada indikator kimia 4. Alat sterilisasi tidak ada di kalibrasi
10	Keselamatan Kesehatan Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Program pemeriksaan kesehatan belum terlaksana 2. Program imunisasi bagi peserta yang beresiko belum dapat terlaksana 3. Untuk kejadian terpajan benda tajam ada pelaporannya dan ada ditindaklanjuti

Rencana Tindak Lanjut :

Plan	Do	Study	Action
Melengkapi sarana dan pra sarana dan pengajuan perbaikan untuk mendukung setiap kegiatan	Sosialisasikan kembali pedoman dan SPO yang ada	Lakukan supervisi sesuai jadwal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adakan pertemuan rutin untuk mendapatkan laporan rutin dari ruang rawat inap 2. Supervisi Komite

			PPI dan IPCLN ruangan
--	--	--	--------------------------

IV. ICRA

Belum semua renovasi bangunan menggunakan ICRA, yang perlu ditingkatkan lagi adalah koordinasi pelaksanaan ICRA sebelum renovasi dilakukan, pengontrolan selama renovasi dan setelah renovasi selesai dilaksanakan.

V. Pengawasan Penggunaan Anti Mikroba

Untuk program pengawasan terhadap penggunaan anti mikroba belum dapat terlaksana karena perlu ada kerjasama dengan Komite PPRA untuk regulasi dan pedoman yang mengatur tentang pemakaian antibiotik di RSUD Dr. M. Zein Painan

VI. Diklat

- a. Sosialisasi PPI untuk mahasiswa yang akan berpraktek di RSUD Dr. M. Zein Painan sudah terlaksana dengan baik
- b. Sosialisasi PPI untuk pegawai baru yang akan masuk ke RSUD Dr. M. Zein Painan sudah terlaksana dengan baik
- c. Memberikan edukasi kepada pasien dan pengunjung masih belum maksimal