

**LAPORAN SURVEILANS HAIS TRIWULAN IV IPCN KEPADA KOMITE PPI
RSUD Dr.MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2022**



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611

Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756-21398

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Program pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan selalu bertitik tolak dari target indikator pencapaian indikator kinerja yang telah ditetapkan dan menunjang pencapaian standar harus disusun berdasarkan kondisi serta sumber daya rumah sakit.

Keberhasilan dari program ini tidak lepas dari peran serta semua stakeholder yang ada di lingkungan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan, baik petugas, pasien maupun pengunjung dengan komitmen yang tinggi dari pimpinan manajemen terutama Direktur sampai kepada karyawan pelaksana.

Untuk mengetahui keberhasilan pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit Dr. Muhammad Zein Painan Pada bulan Oktober-Desember 2022, IPCN melaksanakan beberapa kegiatan melalui surveilans, audit, kolaborasi atau monitoring langsung ke unit kerja terkait. Dari hasil kegiatan tersebut ada beberapa hal yang perlu diperbaiki dan ditindak lanjuti.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Laporan Triwulan IV bertujuan untuk memberikan gambaran secara menyeluruh tentang kegiatan kerja yang sudah dilaksanakan oleh Komite PPI RSUD Dr. Muhammad Zein Painan pada Triwulan IV tahun berjalan 2022 sehingga dengan adanya laporan tertulis dapat memberikan gambaran sebagai evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan yang sudah berjalan.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk memberikan angka kejadian HAIs dan audit PPI di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan
- b. Melakukan strategi perbaikan dalam pencegahan dan pengendalian kejadian HAIs dan audit PPI di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan
- c. Meningkatkan kualitas dan ketepatan dalam pelaporan data surveilans

C. Sasaran

Semua pasien yang menjalani perawatan diruangan rawat inap di RSUD Dr.Muhammad Zein Painan.

D. Ruang Lingkup

Monitoring audit yang dilakukan adalah Surveilans HAIs (VAP, HAP, IADP, IDO, ISK dan PLEBITIS)

E. Waktu Pelaksanaan

Pencatatan dan pelaporan kejadian infeksi dilakukan setiap hari, kemudian data diakumulasikan menjadi data bulanan dan di analisa setiap 3 bulan/ triwulan, serta di buat laporan pertahun.

F. Cara Pelaksanaan Kegiatan

Pelaksanaan kegiatan melalui surveilans, monitoring dan audit kolaborasi, observasi langsung kebeberapa unit kerja terkait.

BAB II

PROGRAM KERJA

1. Penerapan Kewaspadaan Isolasi
 - a. Kebersihan tangan (*Hand Hygiene*)
 - Monitoring dan audit kepatuhan 5 moment kepada petugas baik klinis maupun non klinis
 - * Pelaksana kegiatan : IPCN dan IPCLN
 - * Waktu pelaksanaan : Setiap bulan
 - * Cara melaksanakan : Melakukan pengamatan kepada staf/petugas baik klinis maupun non klinis tentang kepatuhan 5 moment hand hygiene
 - Monitor dan audit kelengkapan fasilitas kebersihan tangan
 - * Pelaksana Kegiatan : IPCN dan IPCLN
 - * Waktu pelaksanaan : setiap bulan
 - * Cara melaksanakan : melakukan pengamatan kelengkapan fasilitas kebersihan tangan baik handrub maupun handwash
 - Edukasi Kebersihan Tangan
 - * Pelaksana Kegiatan : IPCN, IPCLN dan Perawat pelaksana
 - * Waktu pelaksanaan : setiap hari
 - * Cara melaksanakan : melakukan edukasi kepada seluruh staf, mahasiswa, pasien, keluarga, dan pengunjung
 - b. Pemakaian alat pelindung diri (APD)
 - 1) Menyusun kebutuhan APD dan monitoring ketersediaan APD secara berkala.
 - 2) Pemantauan penggunaan APD sesuai indikasi dan transmisi.
 - 3) Audit kepatuhan penggunaan APD sesuai indikasi dan transmisi
 - 4) Edukasi secara berkala kepada seluruh staf dan karyawan baru dalam penggunaan APD
 - c. Dekontaminasi peralatan perawatan pasien
 - 1) Melakukan monitoring terhadap pelayanan sterilisasi
 - 2) Sosialisasi tata cara penatalaksanaan perawatan peralatan pasien

- 3) Melakukan uji kultur swab terhadap alat yang sudah dilakukan sterilisasi
- 4) Evaluasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan peralatan yang sudah di jalankan setiap hari guna untuk melakukan pembenahan program *CSSD* yang memenuhi standar rumah sakit
- 5) Perbaikan sistem pengelolaan peralatan dan *CSSD* dari pengaturan ruangan, alur, pendistribusian dan sistem sterilisasi
- 6) Pemantauan pengelolaan peralatan dari pencucian (pre-cleaning, cleaning), desinfeksi, sterilisasi sampai dengan penyimpanan
- 7) Pemantauan pembersihan ruangan dan peralatan di *CSSD*
- 8) Pemantauan pengujian proses validasi sterilitas peralatan secara berkala
- 9) Pemantauan uji sterilitas ruangan / kualitas udara secara berkala
- 10) Monitoring dan evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan di ruangan maupun *CSSD*

d. Pengendalian lingkungan

- 1) Pemantauan secara berkala terhadap pembersihan dinding, langit-langit, lantai, atap, pintu, furniture, fixture dan fitting, dan gorden
- 2) Pemantauan jaringan instalasi air minum, air bersih, air limbah, gas, listrik, sarana komunikasi, dan lain-lain, harus memenuhi persyaratan teknis kesehatan agar aman dan nyaman, mudah di bersihkan dari tumpukan debu dan menghindari pencemaran air minum
- 3) Pemantauan pembersihan lingkungan perawatan dan membatasi peralatan serta perlengkapan pasien yang tidak perlu
- 4) Pemantauan pembuangan sampah yang di hasilkan dari unit penghasil sampah sampai ke tempat pembuangan sampah akhir
- 5) Pemantauan pengendalian binatang, serangga pengganggu di rumah sakit
- 6) Pemantauan uji kualitas udara maupun air secara berkala

e. Pengolahan limbah

- 1) Pengawasan pembuangan limbah sesuai jenisnya dan tempatnya
- 2) Audit kepatuhan pembuangan limbah sesuai jenisnya dan tempatnya
- 3) Pengawasan pada pengelolaan limbah di incinerator
- 4) Monitoring dan evaluasi hasil pengelolaan limbah di incenerator dan instalasi pengolahan limbah (IPAL)

f. Manajemen linen dan laundry

- 1) Sosialisasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan linen di ruangan maupun di *laundry*
- 2) Evaluasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan linen yang sudah di jalankan setiap hari guna untuk melakukan pembenahan manajemen linen dan *laundry* yang memenuhi standar rumah sakit
- 3) Perbaikan sistem pengelolaan linen dan *laundry* dari seting ruangan, alur, dan sistem pendistribusiannya
- 4) Pemantauan pengelolaan linen dari pencucian (pre-cleaning, cleaning), desinfeksi, sterilisasi sampai dengan penyimpanan
- 5) Pemantauan pembersihan ruangan dan peralatan di ruang *laundry*
- 6) Pemantauan uji sterilitas ruangan / kualitas udara secara berkala
- 7) Monitoring dan evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan di ruang *laundry*

g. Perlindungan Kesehatan Petugas

- 1) Membuat sistem pelaporan yang jelas bagi petugas atau karyawan yang terpapar atau terkena pejanan
- 2) Penanganan yang tepat paska pejanan / paparan bagi karyawan / petugas yang terpapar atau terpejan
- 3) Monitoring dan support kesehatan petugas (pelayanan konseling)
- 4) Memberikan vaksinasi bila di butuhkan
- 5) Menyediakan antivirus profilaksis
- 6) Mengadakan pemeriksaan kesehatan kepada petugas secara berkala
- 7) Memberikan perawatan dan menjaga kerahasiaan rekam medis

f. Penempatan pasien (ruang isolasi dan sistem kohorting)

- 1) Penempatan pasien dengan immunocompromised
- 2) Penempatan pasien dengan Airborne/ disease

- 3) Edukasi petugas yang akan bertanggung jawab dalam melaksanakan tugas di ruang isolasi
-
- g. Kebersihan pernafasan (etika batuk)
 - Edukasi etika batuk / bersin kepada seluruh petugas, pasien, keluarga dan pengunjung.
 - h. Teknik menyuntik yang aman
 - 1) Audit kepatuhan dalam tindakan tehnik menyuntik yang aman
 - 2) Melakukan pelatihan praktik penyuntikan yang aman
 - i. Investigasi outbreak/ kejadian luar biasa (KLB)
 - 1) Melakukan pengumpulan data deteksi dini penyakit infeksi berpotensi KLB
 - 2) Melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
 - 3) Melakukan Analisa terhadap hasil investigasi
 - 4) Menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan jika ada potensial penyebaran infeksi
 - j. Peningkatan dan monitoring pelaksanaan pencegahan infeksi VAP, HAP, IADP, IDO, ISK, Plebitis
 - 1) Pelaksanaan audit bundles VAP, HAP, IADP, ISK, IDO, Plebitis
 - 2) Penyusunan laporan hasil audit
 - 3) Perencanaan tindak lanjut terkait audit
 - k. Edukasi Pendidikan dan pelatihan PPI
 - 1) Melakukan pelatihan PPI rutin periodik pada seluruh karyawan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan
 - 2) Melakukan pelatihan PPI rutin periodik pada seluruh peserta didik yang praktek RSUD Dr. Muhammad Zein Painan
 - 3) Melakukan penyuluhan tentang PPI pada pasien dan pengunjung rumah sakit
 - 4) Mengikuti tentang pelatihan secara berkelanjutan tentang PPI bagi komite PPI, IPCD, IPCN, IPCLN.
 - l. Program surveilans HAIs
 - 1) Melakukan pengumpulan data HAIs (surveilans HAIs)
 - (a) Data insiden rate VAP

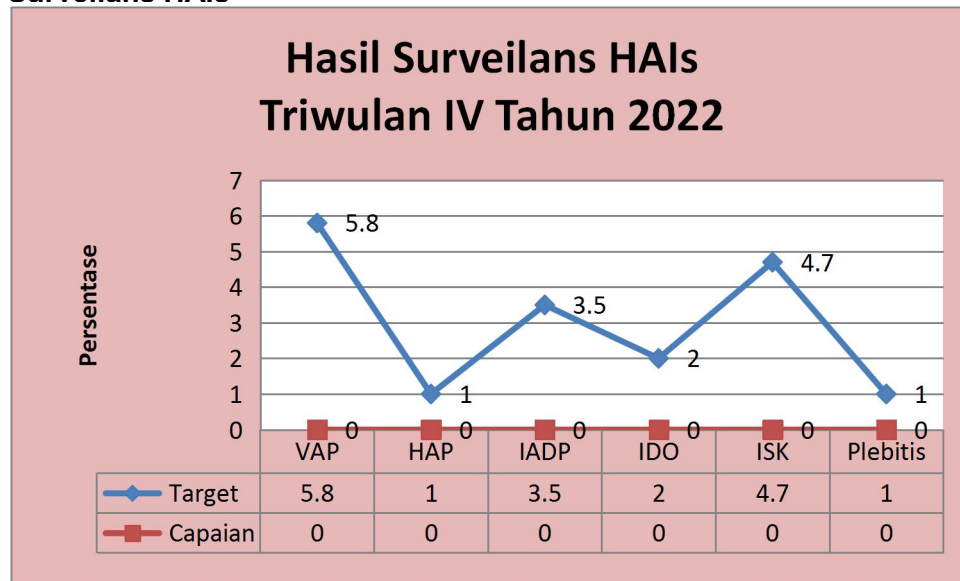
- (b) Data insiden rate HAP
- (c) Data insiden rate IADP
- (d) Data insiden rate IDO

- (e) Data insiden rate ISK
- (f) Data insiden rate plebitis

- 2) Melakukan entry data surveilans
- 3) Membuat analisis data dan interpretasi hasil surveilans
- 4) Menyusun laporan surveilan

BAB III HASIL KEGIATAN

1. Surveilans HAIs



Dari grafik di atas tidak terdapat angka kejadian HAIs pada Triwulan IV Tahun 2022.

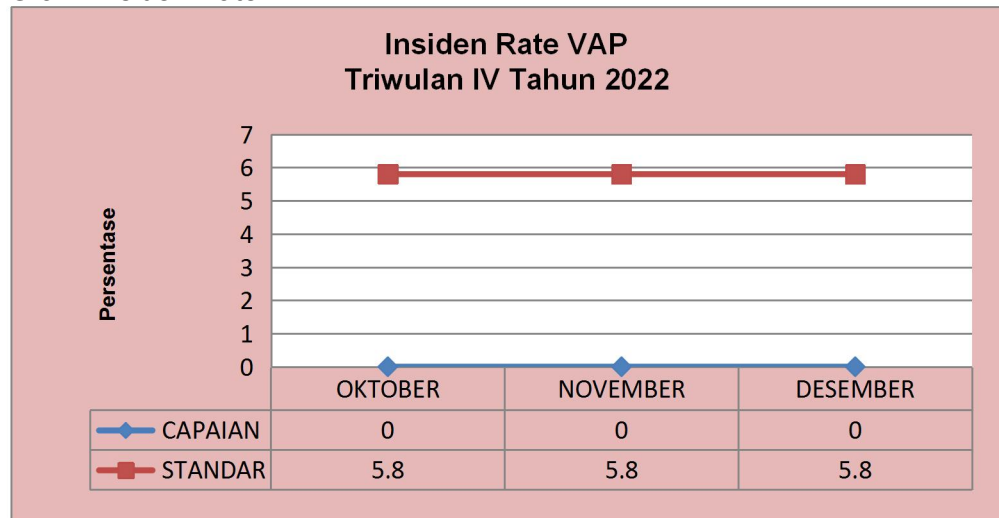
2. Data Insiden Rate VAP

a. Tabel Insiden Rate

NO	SATUAN KERJA TARGET	OKTOBER			NOVEMBER			DESEMBER		
		N	D	‰	N	D	‰	N	D	‰
1	ICU	0	0	0,000	0	0	0,000	0	2	0,000
Rerata (‰)				0,000			0,000			0,000
STANDAR				≤ 5,8			≤ 5,8			≤ 5,8
KETERANGAN				RENDA H			RENDA H			RENDA H

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat Insiden Rate Ventilator Associated Pneumonia (VAP) pada triwulan IV Tahun 2022 adalah 0 (nol)

b. Grafik Insiden Rate VAP



Analisa : Berdasarkan grafik diatas dan tidak ada angka kejadian infeksi VAP.

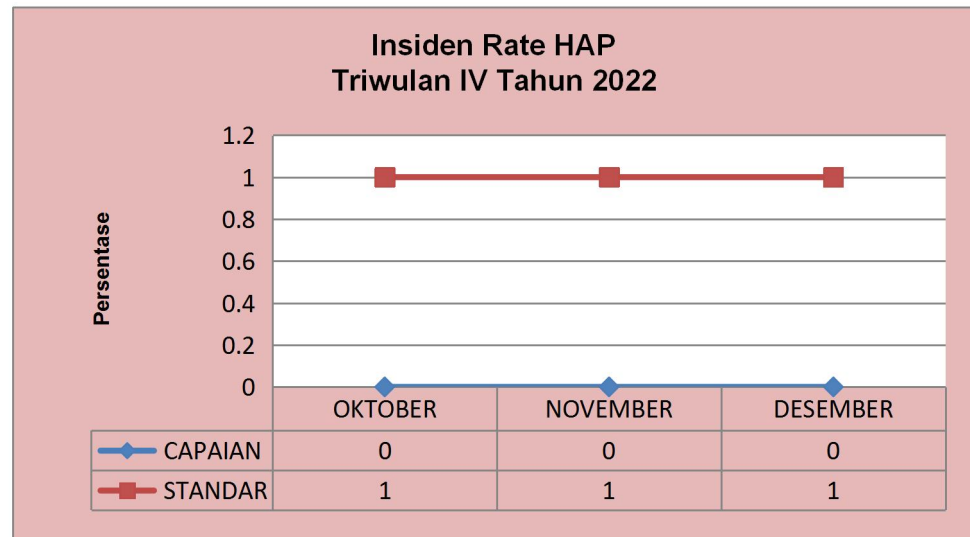
3. Data Insiden Rate HAP

a. Tabel Insiden Rate HAP

NO	SATUAN KERJA TARGET	OKTOBER			NOVEMBER			DESEMBER		
		N	D	‰	N	D	‰	N	D	‰
1	ICU	0	0	0,000	0	12	0,000	0	0	0,000
2	NEUROLOGI	0	93	0,000	0	53	0,000	0	91	0,000
3	INTERNE	0	39	0,000	0	99	0,000	0	99	0,000
4	BEDAH	0	16	0,000	0	34	0,000	0	18	0,000
5	Kls III Terpadu	0	15	0,000	0	11	0,000	0	13	0,000
6	Anak	0	5	0,000	0	4	0,000	0	4	0,000
7	VIP/Kls I,II Terpadu	0	0	0,000	0	2	0,000	0	11	0,000
8	PARU	0	3	0,000	0	3	0,000	0	91	0,000
Rerata (‰)				0,00			0,00			0,00
STANDAR				≤ 1			≤ 1			≤ 1
KETERANGAN				RENDAH			RENDAH			RENDAH

Insiden rate Hospital Acquired Pneumonia (HAP) pada Triwulan IV tahun 2022 tidak ada (0‰)

b. Grafik Insiden Rate HAP



Analisa : Berdasarkan grafik di atas tidak ada angka kejadian pasien tirah baring.

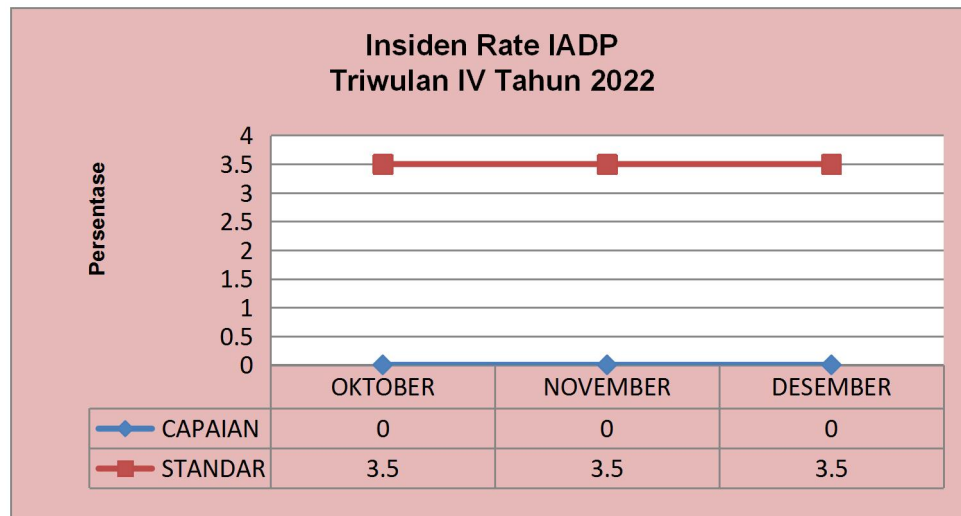
4. Data Insiden Rate IADP

a. Tabel Insiden Rate IADP

NO	SATUAN KERJA TARGET	OKTOBER			NOVEMBER			DESEMBER		
		N	D	‰	N	D	‰	N	D	‰
1	PERINATALOGI	0	0	0,000	0	0	0,000	0	4	0,000
2	ICU	0	0	0,000	0	0	0,000	0	0	0,000
Rerata (‰)				0,00			0,00			0,00
STANDAR				≤ 3,5			≤ 3,5			≤ 3,5
KETERANGAN				RENDAH			RENDAH			RENDAH

Insiden rate Infeksi Aliran Darah (IAD) pada Triwulan IV tahun 2022 tidak terjadi (0‰) dengan lama hari pemasangan intra vena line 4 hari. Kejadian IAD pada Triwulan IV yaitu 0‰.

b. Grafik Insiden Rate IADP



Analisa : Berdasarkan grafik diatas tidak terdapat angka insiden rate IADP.

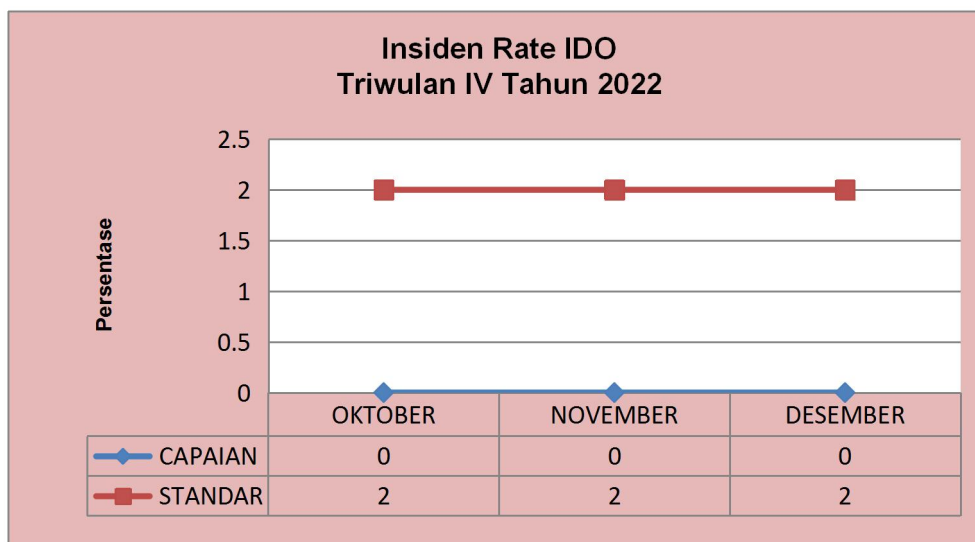
5. Data Insiden Rate IDO

a. Table Insiden Rate IDO

NO	SATUAN KERJA TARGET	OKTOBER			NOVEMBER			DESEMBER		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	KEBIDANAN	0	57	0,000	0	44	0,000	0	56	0,000
2	BEDAH	0	70	0,000	0	68	0,000	0	65	0,000
3	VIP/Kls I,II Terpadu	0	6	0,000	0	12	0,000	0	17	0,000
4	Kls III Terpadu	0	20	0,000	0	22	0,000	0	18	0,000
Rerata (%)				0,00			0,00			0,00
STANDAR				2			2			2
KETERANGAN				RENDAH			RENDAH			RENDAH

Berdasarkan tabel insiden rate (IDO), tidak ada angka kejadian Infeksi daerah operasi 0% pada triwulan IV tahun 2022.

b. Grafik Insiden Rate IDO



Analisa : Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa tidak ada angka kejadian infeksi daerah operasi (IDO).

6. Data Insiden Rate ISK

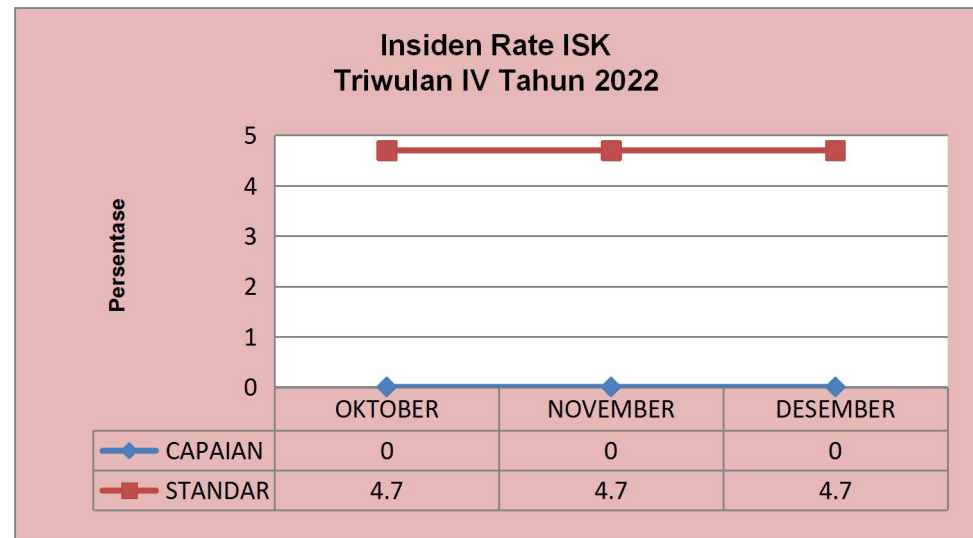
a. Tabel Insiden Rate ISK

NO	SATUAN KERJA TARGET	OKTOBER			NOVEMBER			DESEMBER		
		N	D	‰	N	D	‰	N	D	‰
1	KEBIDANAN	0	165	0,000	0	163	0,000	0	159	0,000
2	PERINATALOGI	0	0	0,000	0	0	0,000	0	0	0,000
3	BEDAH	0	15	0,000	0	39	0,000	0	41	0,000
4	ICU	0	82	0,000	0	81	0,000	0	103	0,000
5	VIP/KLS I,II TERPADU	0	16	0,000	0	39	0,000	0	27	0,000
6	INTERNE	0	221	0,000	0	236	0,000	0	285	0,000
7	ANAK	0	0	0,000	0	5	0,000	0	0	0,000
9	PARU	0	22	0,000	0	25	0,000	0	38	0,000
10	NEURO	0	91	0,000	0	53	0,000	0	83	0,000
11	KLS III TERPADU	0	37	0,000	0	51	0,000	0	28	16,3
Rerata (‰)				0,000			0,000			1,95
STANDAR				≤ 4,7			≤ 4,7			≤ 4,7

KETERANGAN			RENDAH			RENDAH			RENDAH
------------	--	--	--------	--	--	--------	--	--	--------

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat Insiden Rate Infeksi Saluran Kemih (ISK) pada triwulan IV Tahun 2022 adalah 0‰.

b. Grafik Insiden Rate ISK



Analisa : Berdasarkan grafik diatas dapat dilihat bahwa tidak ada angka kejadian ISK (0‰).

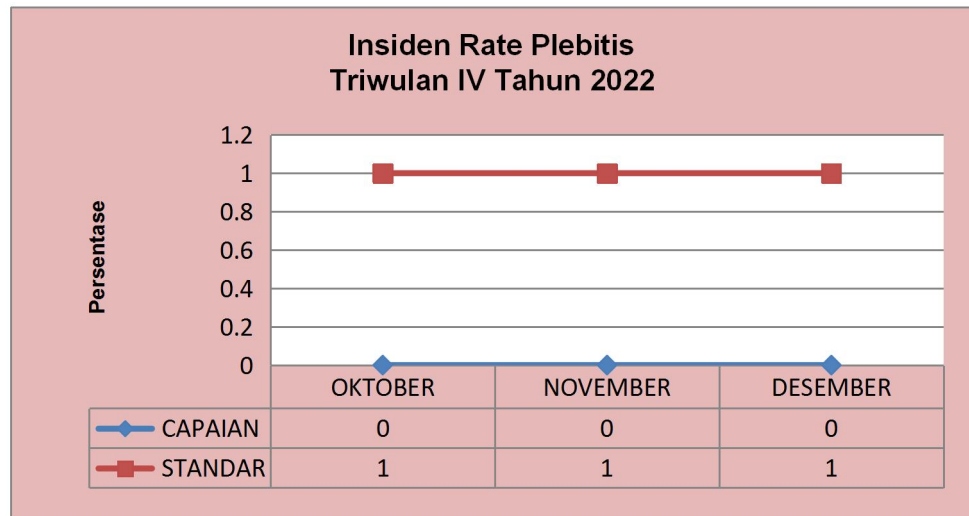
7. Data Insiden Rate Plebitis

a. Tabel Insiden Rate Plebitis

NO	SATUAN KERJA TARGET	OKTOBER			NOVEMBER			DESEMBER		
		N	D	‰	N	D	‰	N	D	‰
1	KEBIDANAN	0	356	0,000	0	329	0,000	0	350	0,000
2	PERINATALOGI	0	93	0,000	0	160	0,000	0	133	0,000
3	BEDAH	0	454	0,000	0	450	0,000	0	459	0,000
4	ICU	0	84	0,000	0	83	0,000	0	111	0,000
5	VIP/KLS I,II TERPADU	0	378	0,000	0	585	0,000	0		0,000
6	INTERNE	0	673	0,000	0	656	0,000	0		0,000
7	ANAK	0	504	0,000	0	478	0,000	0		0,000
8	KLS III TERPADU	0	391	0,000	0	405	0,000	0		0,000
9	PARU	0	443	0,000	0	297	0,000	0		0,000
10	NEURO	0	194	0,000	0	108	0,000	0		0,000

Rerata (‰)			0,00			0,4			0,73
STANDAR			≤ 1			≤ 1			≤ 1
KETERANGAN			RENDAH			RENDAH			RENDAH

b. Grafik Insiden Rate Plebitis



Analisa : Berdasarkan grafik diatas bahwa tidak ada angka kejadian infeksi plebitis.

BAB IV PENUTUP

3. Kesimpulan

Dari grafik diatas tidak terdapat insiden rate infeksi HAIs pada Triwulan IV tahun 2022 VAP, HAP, IADP, IDO, ISK dan Plebitis.

4. Rekomendasi

- a. Meningkatkan kembali supervisi dan validasi surveilans HAIs agar pelaporan infeksi dapat terlaksana dengan baik dan benar.
- b. Sosialisasi kembali tentang pemakaian APD sesuai indikasi

5. Penutup

Jaminan mutu dan keselamatan Pasien selama dirawat serta keselamatan kerja karyawan dalam bekerja adalah hal utama dalam tujuan rumah sakit saat memberikan pelayanan. Komite PPI berharap kiranya semua unit kerja saling bekerjasama dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi serta besar harapan kami bila ada angka kejadian infeksi untuk dapat ditindak lanjuti.

Painan, 12 Januari 2023
Ketua Komite PPIRS,



dr.Evi Sovianty, Sp.PK
NIP. 19621027 199001 2 001

