

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Program yang yang mudah diterapkan dan menunjang pencapaian standar harus disusun berdasarkan kondisi serta sumber daya rumah sakit. Setiap tahun program dibuat mengacu pada standar akreditasi rumah sakit, perkembangan metode pencegahan dan pengendalian infeksi secara global, sehingga kebijakan dan prosedur akan selalu mengalami perubahan, perbaikan dan pengembangan untuk efektivitas, efisiensi penerapan dan hasil akhir suatu program kerja.

Program yang sudah di jalan di RSUD Kabupaten Buleleng telah mencakup beberapa kegiatan dalam standar akreditasi rumah sakit meskipun masih belum sempurna. Beberapa kekurangan tersebut secara berkesinambungan dilakukan perbaikan dan pengembangan, baik dalam hal kebijakan, prosedur maupun dalam penerapan. Program yang disusun untuk tahun 2018 meliputi kegiatan rutin yang sudah berjalan untuk pengendalian infeksi dan kegiatan yang baru diterapkan atau bersifat pengembangan untuk peningkatan mutu pelayanan yang berkaitan dengan pengendalian infeksi

Komite PPI bertanggung jawab kepada direktur RSUD Kabupaten Buleleng dalam menyampaikan laporan berkala tepat pada waktunya. Laporan berkala merupakan laporan pelaksanaan tugas dan fungsi dari Komite PPI yang memuat perkembangan dan hasil pencapaian kinerja baik kegiatan maupun anggaran dalam kurun waktu satu tahun. Dan untuk laporan berkala tersebut berisi uraian yang lebih menyeluruh mengenai kondisi sumber daya (sumber daya manusia, sarana prasarana dan dana), serta hasil kegiatan program yang telah tercapai.

Komite PPI berkewajiban melaporkan seluruh kegiatan, sebagai pertanggung jawaban pelaksanaan program, sebagai dasar perbaikan dan perencanaan yang akan datang

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk memberikan gambaran pencapaian penerapan program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) Triwulan II di RSUD Kabupaten Buleleng.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya data surveilans HAIs atau Infeksi Rumah Sakit (IRS).
- b. Diketuainya hasil pencapaian edukasi tentang PPI bagi staf, pasien dan pengunjung/keluarga pasien.
- c. Untuk mengevaluasi program peningkatan mutu PPI RSUD Kabupaten Buleleng melalui pemantauan indikator yang telah ditetapkan berdasarkan standar akreditasi .
- d. Untuk mengevaluasi indikator infeksi rumah sakit yang terdiri dari infeksi daerah operasi (IDO), infeksi aliran darah (IAD), infeksi saluran kencing (ISK), dan ventilator associated pneumonia (VAP).
- e. Dasar penentuan kebijakan dan pengarahannya
- f. Bahan penyusunan rencana kegiatan berikutnya
- g. Mengetahui perkembangan dan proses peningkatan kegiatan
- h. Sebagai panduan untuk meningkatkan kegiatan PPI yang sudah berhasil dan upaya-upaya yang harus dilakukan oleh RS untuk meningkatkan mutu pelayanan yang berbasis patient safety.

BAB II
KEGIATAN POKOK, SASARAN, RUANG LINGKUP, WAKTU
PELAKSANAAN, CARA PELAKSANAAN KEGIATAN

A. Kegiatan dalam program kerja tahun 2018 meliputi :

1. Melaksanakan Surveilans
2. Melakukan Asesmen berkala terhadap risiko (ICRA) dan ICRA Kontruksi
3. Melakukan Investigasi wabah (outbreak) penyakit infeksi
4. Menetapkan sasaran penurunan risiko, Mengukur dan me-review risiko infeksi
 1. Monitoring ruang rawat inap
 2. Monitoring Dekontaminasi dan Sterilisasi di Rumah Sakit
 3. Monitoring linen/londri
 4. Monitoring pelayanan makanan (Gizi)
 5. Monitoring kamar mayat/pemulasaraan jenazah
 6. Monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut pelaksanaan penggunaan kembali (*reuse*) bahan medis habis pakai
 7. Monitoring pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius, darah serta komponen darah, dan limbah cair
 8. Monitoring pengelolaan benda tajam dan jarum
 9. Monitoring isolasi
5. Monitoring Kepatuhan Hand Hygiene
6. Monitoring Kepatuhan Penggunaan APD
7. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terkait pelayanan kesehatan dengan bundles HAI's
8. Program Kesehatan Kerja
9. Meningkatkan Pegawasan Terhadap Penggunaan Antimikroba Secara Aman
10. Pendidikan dan Pelatihan

B. Sasaran

1. Pasien
2. Keluarga pasien
3. Pengunjung
4. Petugas rumah sakit

5. Masyarakat rumah sakit
6. Siswa/mahasiswa/PPDS

C. Ruang Lingkup

Seluruh area pelayanan di rumah sakit

D. Waktu Pelaksanaan

Bulan April sampai dengan bulan Juni 2018

E. Cara Pelaksanaan Kegiatan

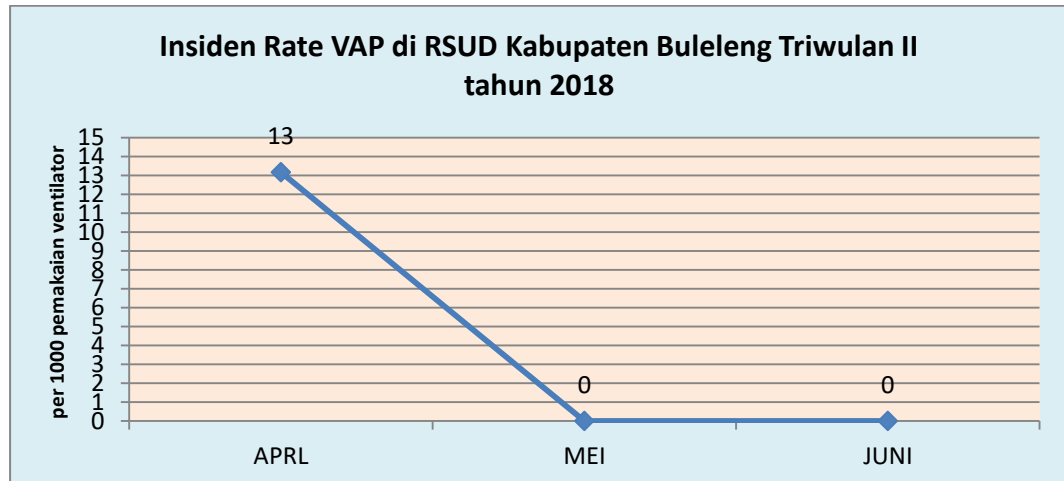
1. Surveilans
2. Audit
3. Monitoring
4. Investigasi
5. ICRA

BAB III

HASIL PELAKSANAAN KEGIATAN DAN ANALISA

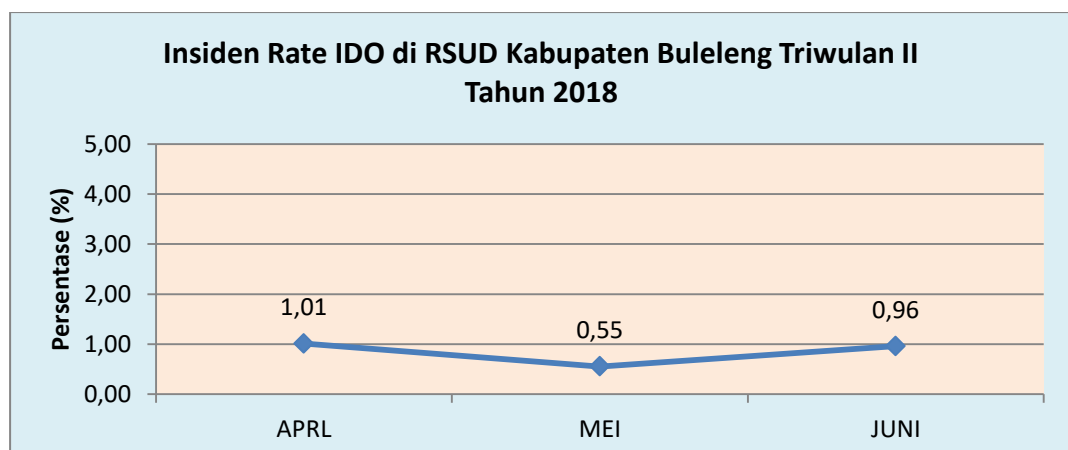
A. Surveilans

1. VAP



Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa insiden rate Ventilator Associated Pneumonia (VAP) untuk Triwulan II tahun 2018 yaitu pada bulan April 13‰, Mei dan bulan Juni adalah 0‰. Insiden rate VAP untuk Triwulan II tahun 2018 secara rerata masih dibawah standar yaitu $\leq 5,8\%$. Pada bulan April tampak peningkatan yang signifikan terjadi insiden VAP pada satu pasien di ICU 2, namun terjadi penurunan pada bulan Mei dan Juni, hal ini disebabkan kondisi pasien yang terjadi VAP pada bulan April sangat kompleks.

2. IDO



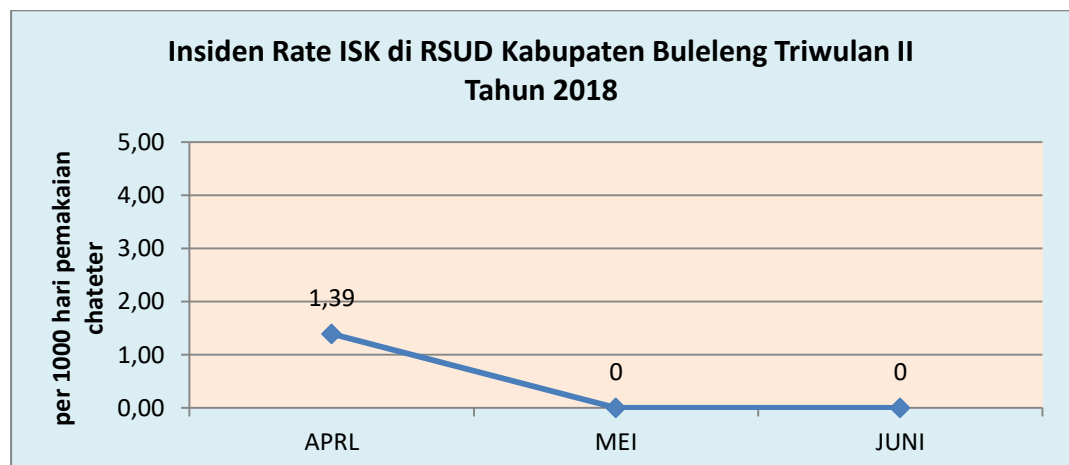
Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa insiden rate Infeksi Daerah Operasi (IDO) untuk Triwulan II tahun 2018 yaitu pada bulan April 1,01 %, Mei

0,55%, dan bulan Juni 0,96%. Insiden rate IDO untuk Triwulan II tahun 2018 masih dibawah target yaitu $\leq 2\%$.

Pada bulan April terjadi 2 insiden IDO, di ruang Kamboja 1 pasien digestif (post reseksi usus) hasil kultur negatif, 1 pasien di ruang ICU 1 dengan past op laparotomy dengan hasil kultur pus positif kuman *raulfella ornithinolytica* (MDRO). Pada bulan Mei terjadi 1 insiden IDO di ruang Lely 2 pasien post SC, hasil kultur pus *staphylococcus koagulase* negatif. Pada bulan Juni terjadi 2 insiden IDO, 1 pasien di ruang Kamboja pasien orthopedi, hasil kultur pus *staphylococcus aureus* (MRSA positif), 1 pasien di ruang Lely 2 dengan post op laparotomi tidak dilakukan kultur.

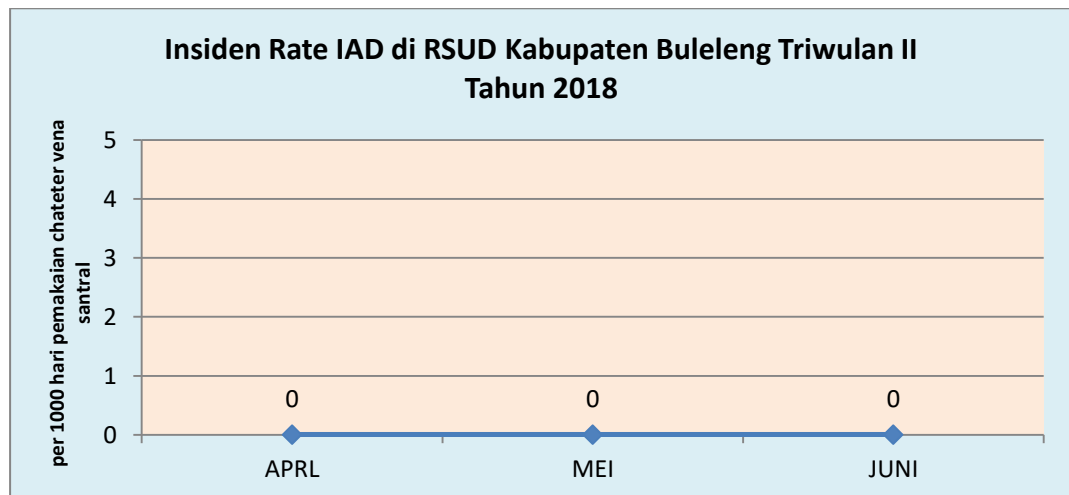
Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya IDO antara lain : pasien kurang menjaga hygiene perorangan, pasien kontrol tidak pada pelayanan kesehatan yang sesuai, peralatan perawatan luka yang kurang memadai, penggunaan APD sarung tangan yang kurang tepat.

3. ISK



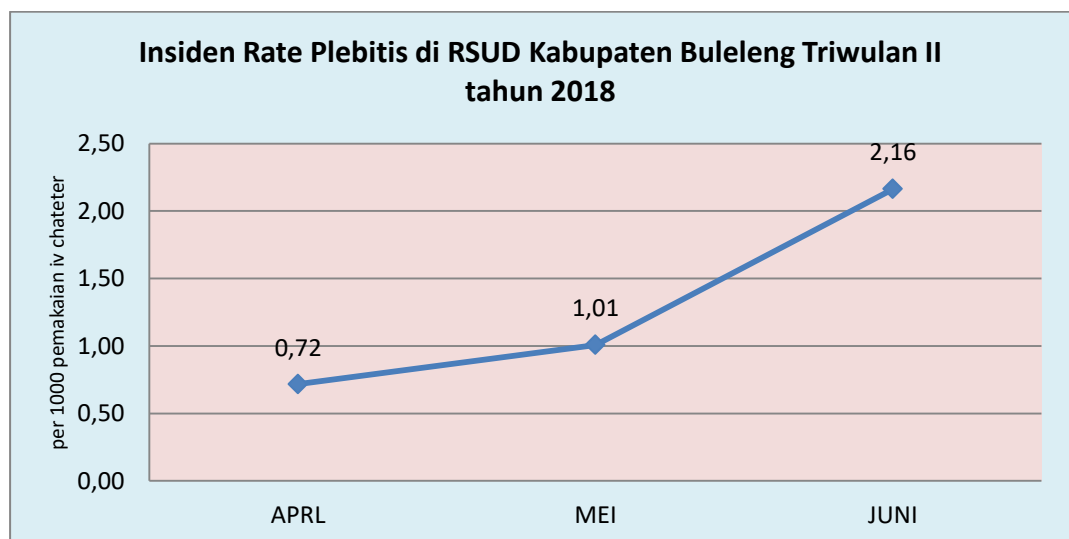
Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa insiden rate Infeksi Saluran Kemih (ISK) untuk Triwulan II tahun 2018 yaitu pada bulan April sebesar 1,39‰, sedangkan bulan Mei dan bulan Juni adalah 0‰. Insiden rate ISK untuk Triwulan II tahun 2018 masih dibawah standar yaitu $\leq 4,7\%$.

4. IAD



Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa insiden rate Infeksi Aliran Darah (IAD) untuk Triwulan II tahun 2018 yaitu pada bulan April, Mei dan bulan Juni adalah 0‰. Insiden rate IAD untuk Triwulan II tahun 2018 masih dibawah standar yaitu $\leq 3\%$.

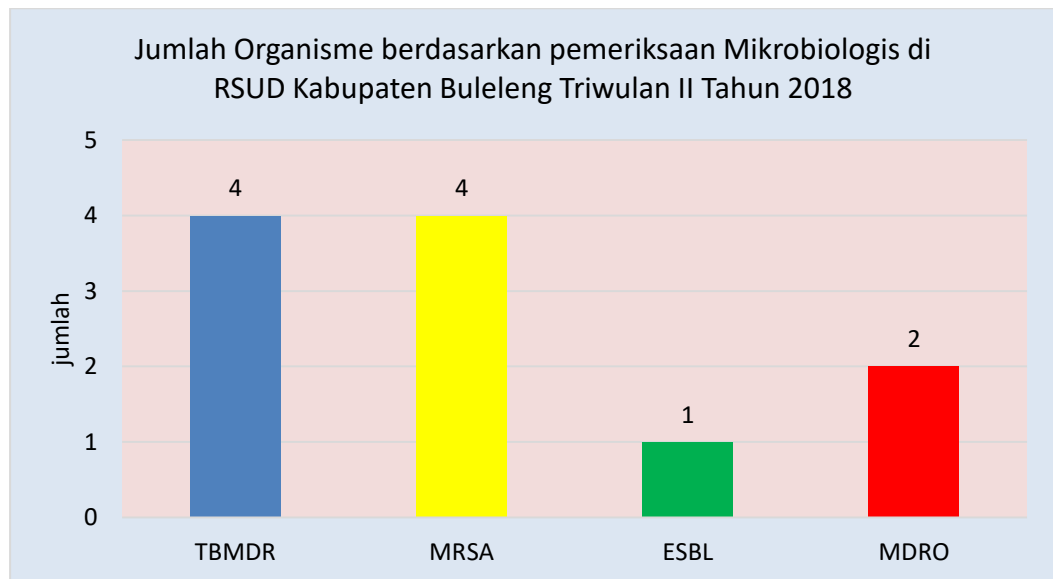
5. Plebitis



Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa insiden rate plebitis untuk Triwulan II tahun 2018 yaitu pada bulan April 0,72‰, bulan Mei 1,01‰ dan bulan Juni 2,16‰. Insiden rate plebitis untuk Triwulan II tahun 2018 untuk bulan Mei dan Juni diatas standar yaitu $\leq 1 \%$.

Insiden plebitis disebabkan oleh faktor-faktor : sebagian besar karena pemberian obat-obat elektrolit pekat dan osmolaritas yang tinggi melalui vena ferifer, perawatan infus yang tidak konsisten, belum digunakan transparan IV dressing.

6. Penyakit dan Organisme yang Penting dari Sudut Epidemiologik



Dari grafik diatas terdapat 4 kasus TBMDR, 4 kasus MRSA, 1 kasus ESBL dan 2 kasus MDRO. Pada 4 kasus MRSA semua dari hasil kultur PUS, untuk kasus ESBL dari hasil kultur PUS, untuk kasus MDRO 1 dari kultur pus dan 1 dari kultur sputum.

B. Melakukan Asesmen berkala terhadap risiko (ICRA) dan ICRA Kontruksi

1. ICRA

ICRA dibuat awal tahun.

2. ICRA kontruksi

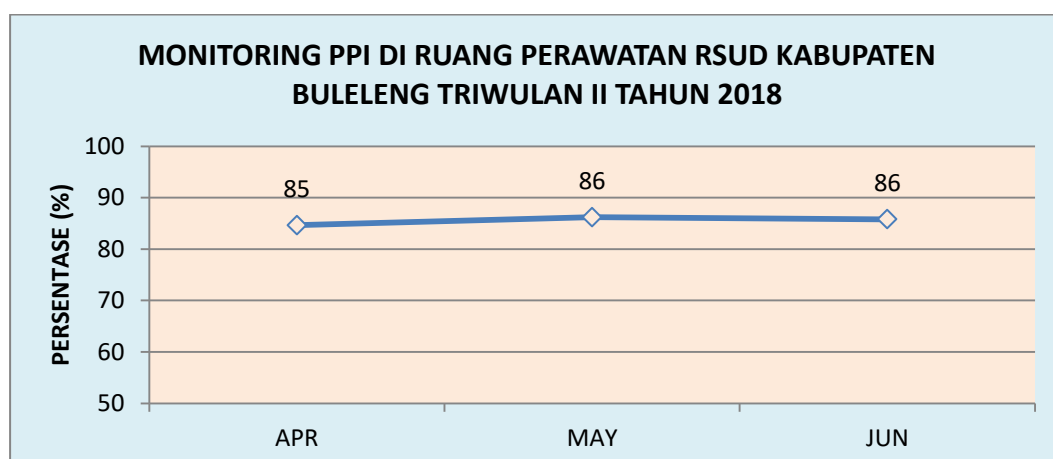
Pada Triwulan II tahun 2018 terdapat renovasi di ruang Isolasi tekanan negative dan ruang Jempiring.

C. Melakukan Investigasi wabah (*outbreak*) penyakit infeksi

Tidak terjadi outbreak dari bulan April, Mei dan bulan Juni 2018.

D. Menetapkan sasaran penurunan risiko, Mengukur dan me-review risiko infeksi

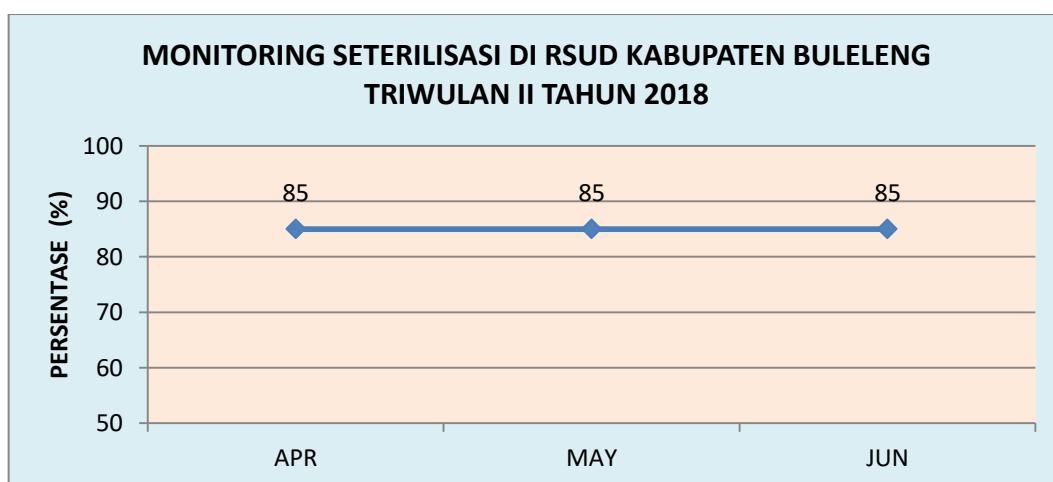
1. Monitoring ruang rawat inap



Hasil monitoring Triwulan II tahun 2018 didapatkan data pada bulan April 85%, Mei 86% dan bulan Juni 86%. Hasil Triwulan II tahun 2018 diatas target yang ditetapkan yaitu $\geq 85\%$.

Hal-hal yang belum terpenuhi pada Triwulan II adalah : tissue pada fasilitas hand hygiene tidak selalu tersedia, ada beberapa ruang rawat inap yang tidak mempunyai ruang bersih.

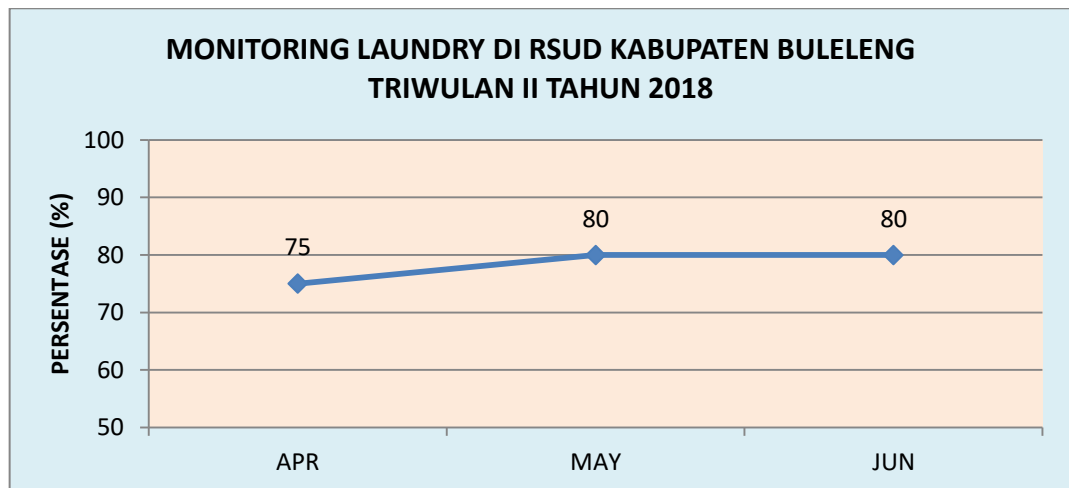
2. Monitoring Dekontaminasi dan Sterilisasi di Rumah Sakit



Hasil monitoring Triwulan II tahun 2018 didapatkan data pada bulan April, Mei dan bulan Juni 85%. Hasil Triwulan II tahun 2018 sama dengan target yang ditetapkan yaitu $\geq 85\%$.

Dari indikator-indikator yang di monitoring hampir semua sudah sesuai standar. Alur ruangan sudah sesuai standar. Ruang dekontaminasi sudah tersendiri. Kimia indikator sudah ada. Pengukur suhu dan kelembaban pada ruang penyimpanan sudah ada. Indikator biologis belum ada.

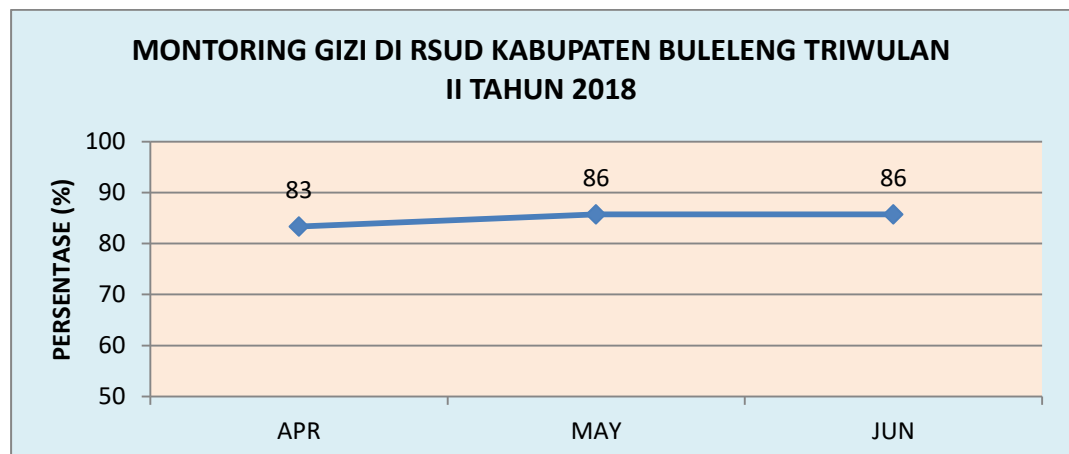
3. Monitoring linen/londri



Hasil monitoring Triwulan II tahun 2018 didapatkan data pada bulan April 75%, Mei 80% dan bulan Juni 80%. Hasil Triwulan II tahun 2018 dibawah target yang ditetapkan yaitu $\geq 85\%$.

Dari indikator-indikator yang dimonitoring hampir semua sudah sesuai standar seperti : alur yang sudah selesai renovasi, kereta angkut linen sudah terpisah antara kereta untuk angkut linen kotor dan bersih, masih ada petugas yang tidak taat menggunakan APD, belum ada pegawai yang mendapatkan vaksinasi HB, sarana cuci tangan yg tidak lengkap (tissue)

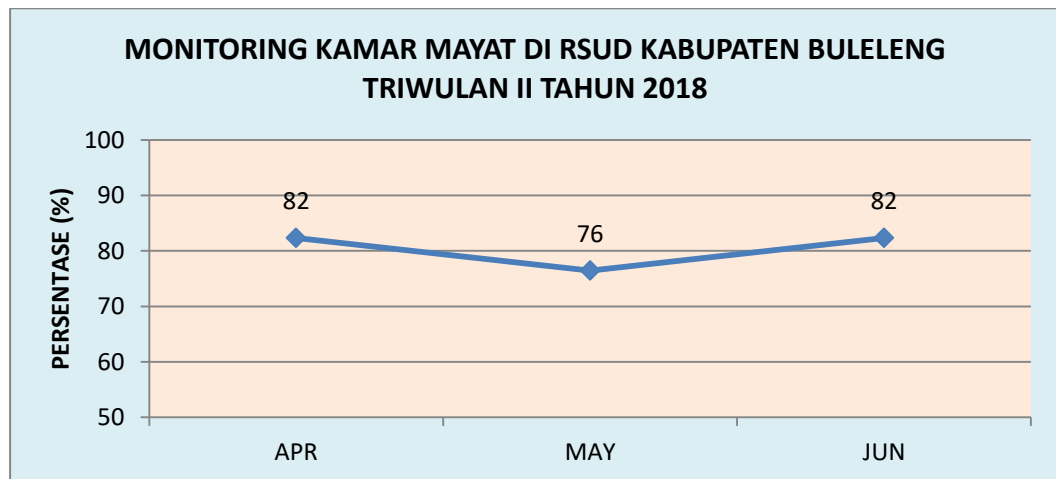
4. Monitoring pelayanan makanan (Gizi)



Hasil monitoring Triwulan II tahun 2018 didapatkan data pada bulan April 83%, Mei 86% dan bulan Juni 86%. Hasil Triwulan II tahun 2018 secara rerata sama dengan target yang ditetapkan yaitu $\geq 85\%$

Hasil monitoring didapatkan hal-hal yang masih tidak sesuai standar seperti : penggunaan APD yang belum lengkap. sarana cuci tangan yg tidak lengkap (tissue), penyimpanan makanan tidak rapi, suhu ruangan yg tidak sesuai.

5. Monitoring kamar mayat/pemulasaraan jenazah

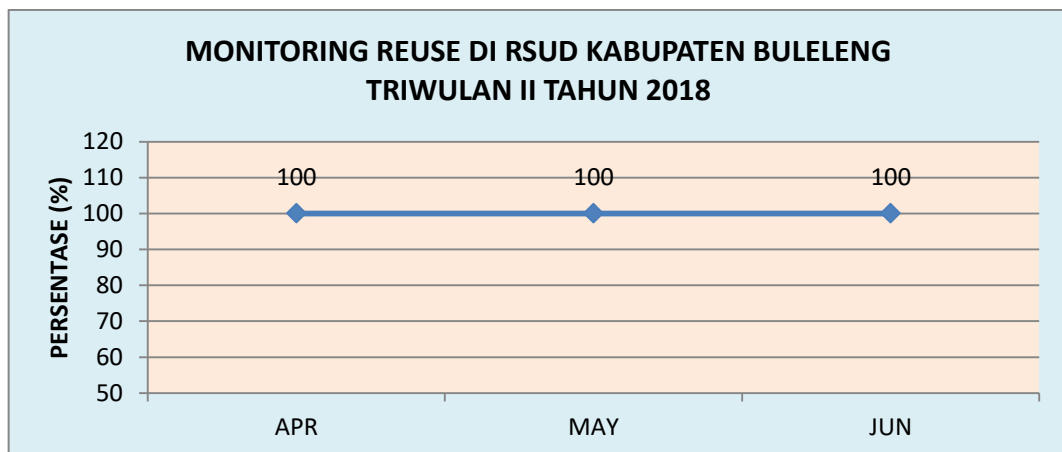


Hasil monitoring Triwulan II tahun 2018 didapatkan data pada bulan April 82%, Mei 76% dan bulan Juni 82%. Hasil Triwulan II tahun 2018 dibawah target yang ditetapkan yaitu $\geq 85\%$.

Dari hasil monitoring masih didapatkan petugas yang tidak taat dalam penggunaan APD, kurang prasarana tempat sampah, kebersihan kurang. sarana cuci tangan yg tidak lengkap (tissue).

6. Monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut pelaksanaan penggunaan kembali (*reuse*) bahan medis habis pakai

Monitoring dilakukan setiap bulan, monitoring meliputi : Dializer, Sircuit ventilator, Scoop endoscopy

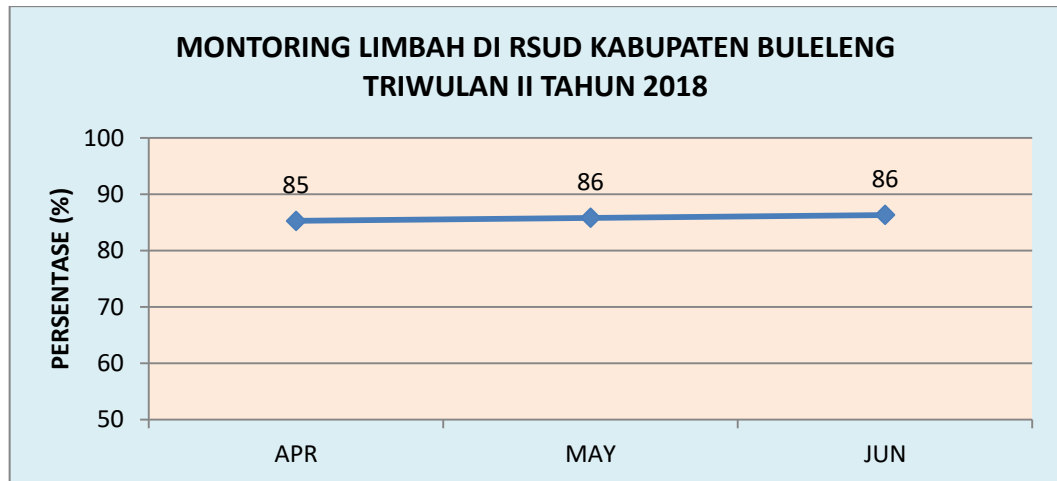


Hasil monitoring Triwulan II tahun 2018 didapatkan data pada bulan April sampai bulan Juni didapatkan hasil 100%. Hasil Triwulan II tahun 2018 diatas target yang ditetapkan yaitu $\geq 85\%$.

Monitoring diruang HD yaitu pemantauan dialyzer yang dipakai sampai 5 kali, dalam monitoring pelaksanaan sudah sesuai dengan cara penulisan tanda

pada tabung dialyzer setiap pemakaian pertama sampai pemakaian kelima. Di ruang ICU yaitu pemakaian sirkuit ventilator sampai alat rusak. Ruang endoscopy yaitu pemakaian scoop endoscopy sampai alat rusak.

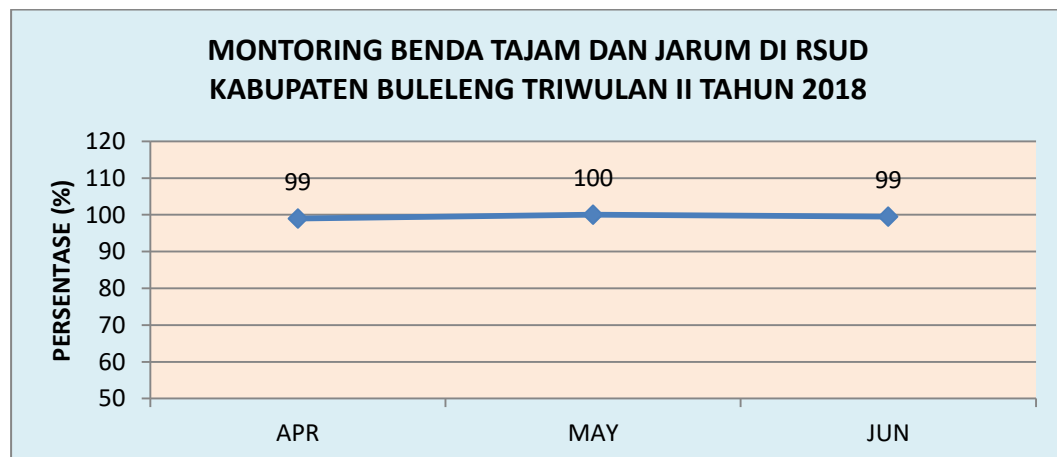
7. Monitoring pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius, darah serta komponen darah, dan limbah cair



Hasil monitoring Triwulan II tahun 2018 didapatkan data pada bulan April 85%, Mei 86% dan bulan Juni didapatkan hasil 86%. Hasil Triwulan II tahun 2018 diatas target yang ditetapkan yaitu $\geq 85\%$.

Dari hasil monitoring tidak ditemukan sampah tercampur antara sampah infeksius dan sampah non infeksius. Pembuangan cairan tubuh, darah dan komponen darah sudah sesuai disalurkan ke saluran IPAL.

8. Monitoring pengelolaan benda tajam dan jarum

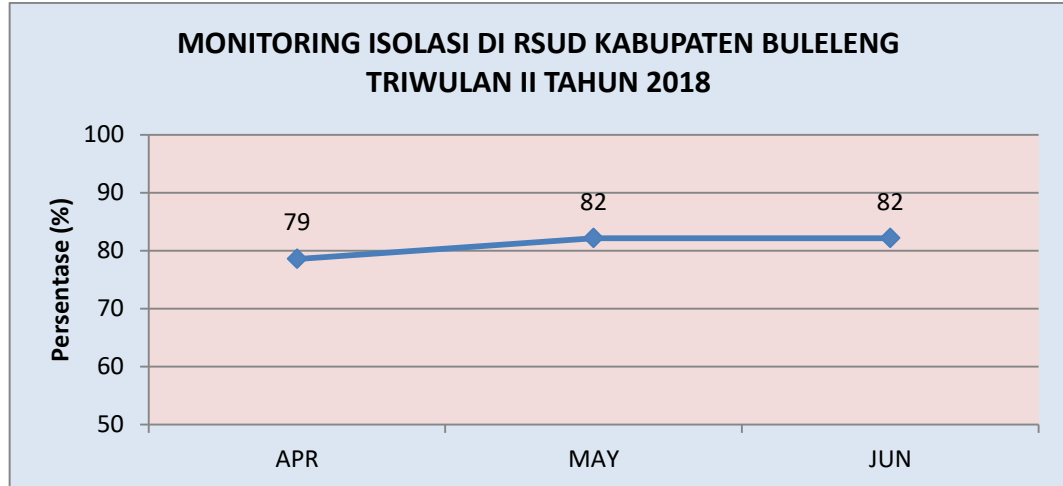


Hasil monitoring Triwulan II tahun 2018 didapatkan data pada bulan April 99%, Mei 100% dan bulan Juni 99%. Hasil Triwulan II tahun 2018 diatas target yang ditetapkan yaitu $\geq 85\%$.

Pembuangan benda tajam dan jarum sebagian besar ruangan sudah sesuai prosedur yaitu di buang di safety box.

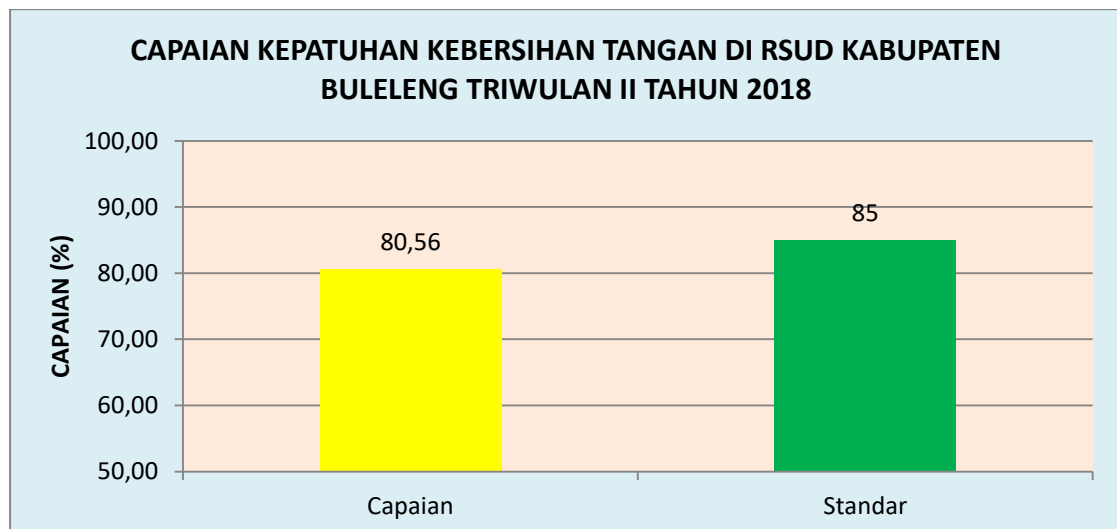
9. Monitoring isolasi

Monitoring dilakukan setiap bulan di ruang isolasi TB/TBMDR



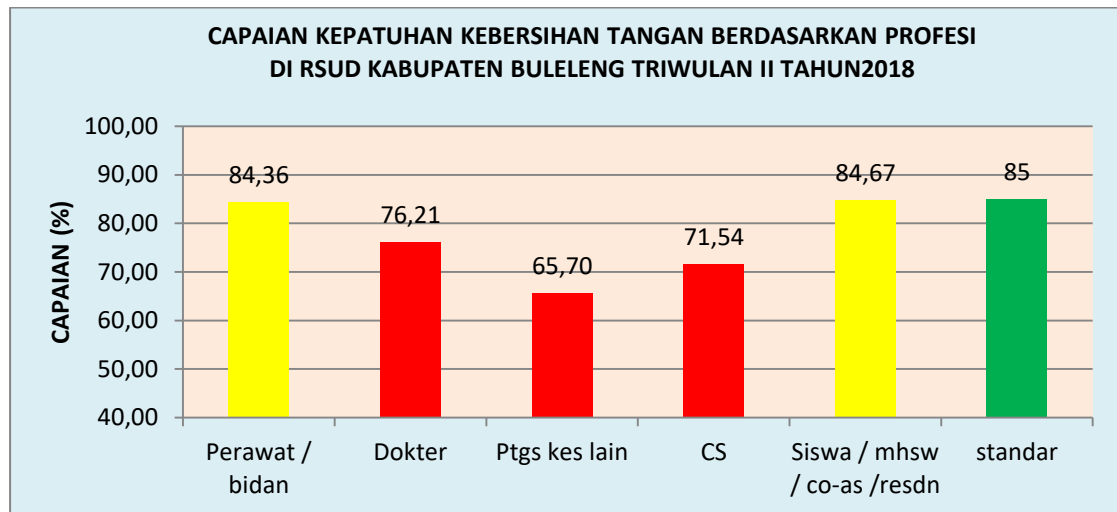
Hasil monitoring Triwulan II tahun 2018 didapatkan data pada bulan April 79%, Mei 82% dan bulan Juni 82%. Hasil Triwulan II tahun 2018 dibawah target yang ditetapkan yaitu $\geq 85\%$. Dari hasil monitoring masih ada petugas yang tidak menggunakan APD yang sesuai, pasien ada yang tidak memakai masker, masih ada banyak penunggu diruangan.

E. Monitoring Kepatuhan Hand Hygiene

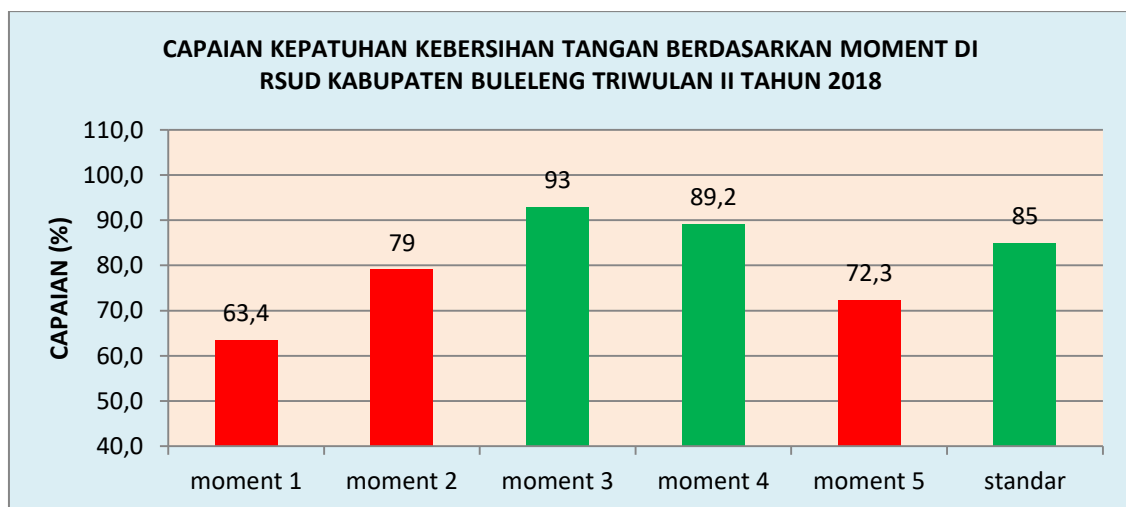


Dari data diatas dapat diketahui bahwa pencapaian kepatuhan melakukan kebersihan tangan petugas kesehatan Triwulan II tahun 2018 adalah 80,56%.

Pencapaian kepatuhan melakukan kebersihan tangan petugas kesehatan Triwulan II tahun 2018 lebih rendah dari standar yaitu $\geq 85\%$.



Dari data diatas dapat diketahui bahwa pencapaian kepatuhan melakukan kebersihan tangan petugas kesehatan sesuai profesi Triwulan II tahun 2018 adalah profesi dokter, perawat/bidan, petugas kesehatan lain, CS, siswa/mahasiswa/co-as/residen dibawah standar yang ditetapkan yaitu $\geq 85\%$.

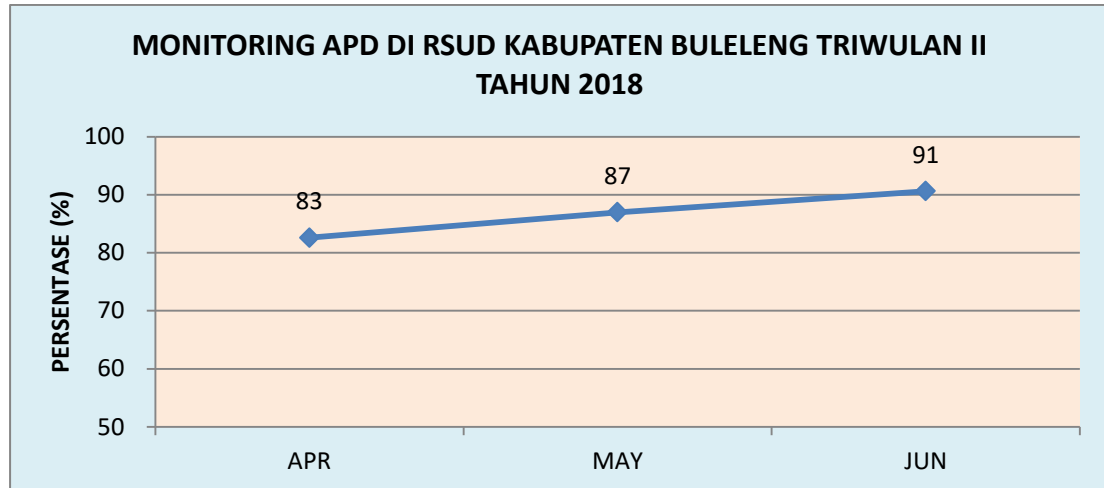


Dari data diatas dapat diketahui bahwa persentase moment kebersihan tangan Triwulan II tahun 2018 adalah untuk moment 1, 2 dan 5 masih dibawah standar yaitu $\geq 85\%$, untuk moment 3 dan 4 diatas standar yaitu $\geq 85\%$.

Faktor-faktor yang mempengaruhi belum tercapainya target kebersihan tangan $\geq 85\%$ adalah : belum terpasang handrub disetiap bed/di dalam ruangan rawat inap sehingga petugas kesehatan malas untuk melakukan kebersihan tangan keluar

dari ruangan, kurangnya kesadaran petugas untuk melakukan kebersihan tangan karena merasa tangannya sudah bersih terutama untuk moment 1 dan moment 2.

F. Monitoring Kepatuhan Penggunaan APD

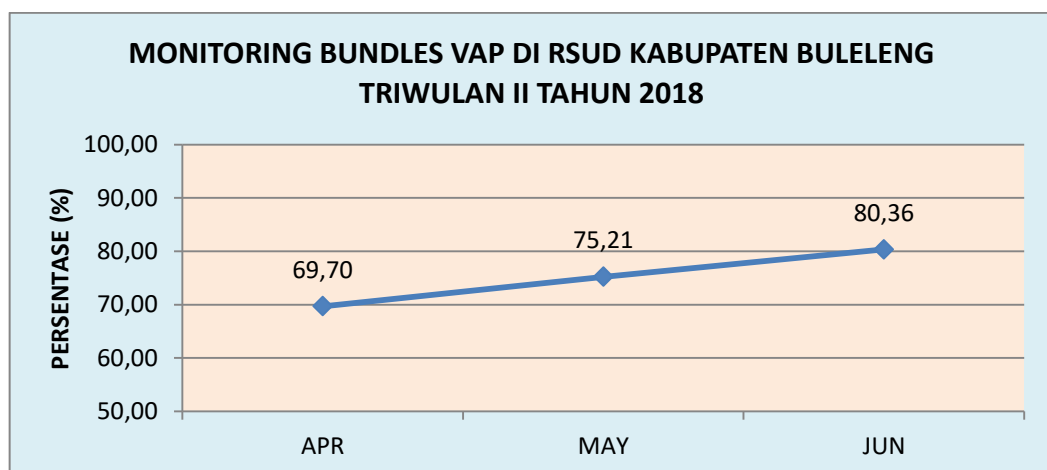


Hasil monitoring Triwulan II tahun 2018 didapatkan data pada bulan April 83%, Mei 87% dan bulan Juni didapatkan hasil 91%. Hasil Triwulan II tahun 2018 secara rerata diatas target yang ditetapkan yaitu $\geq 85\%$.

Dari hasil monitoring masih ada petugas menggunakan APD tidak tepat.

G. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terkait pelayanan kesehatan dengan bundles HAI's

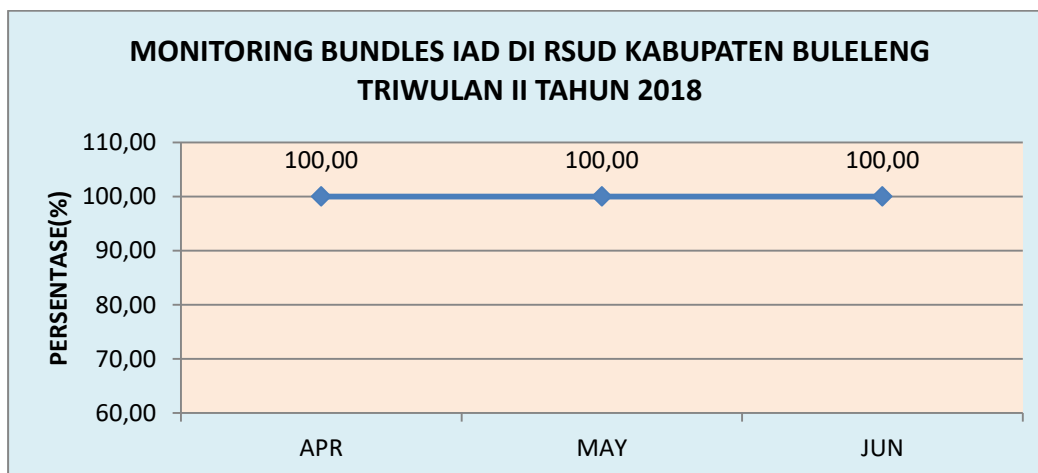
1. Bundles VAP



Hasil monitoring Triwulan II tahun 2018 didapatkan data pada bulan April 69,7%, Mei 75,21% dan bulan Juni didapatkan hasil 80,36%. Hasil Triwulan II tahun 2018 dibawah target yang ditetapkan yaitu $\geq 85\%$.

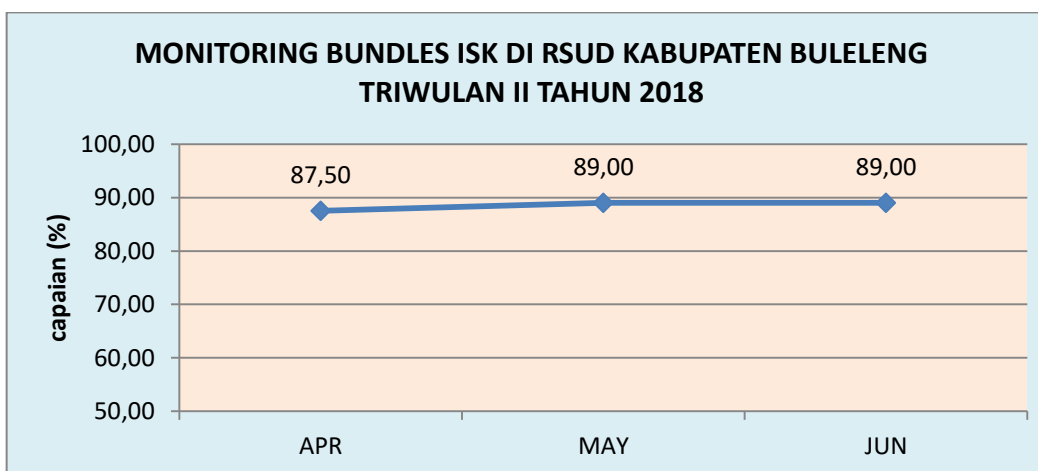
Hal ini disebabkan karena kurang pemahaman petugas dalam penerapan bundles VAP dan sarana untuk oral hygiene yang kurang memadai.

2. Bundles IAD



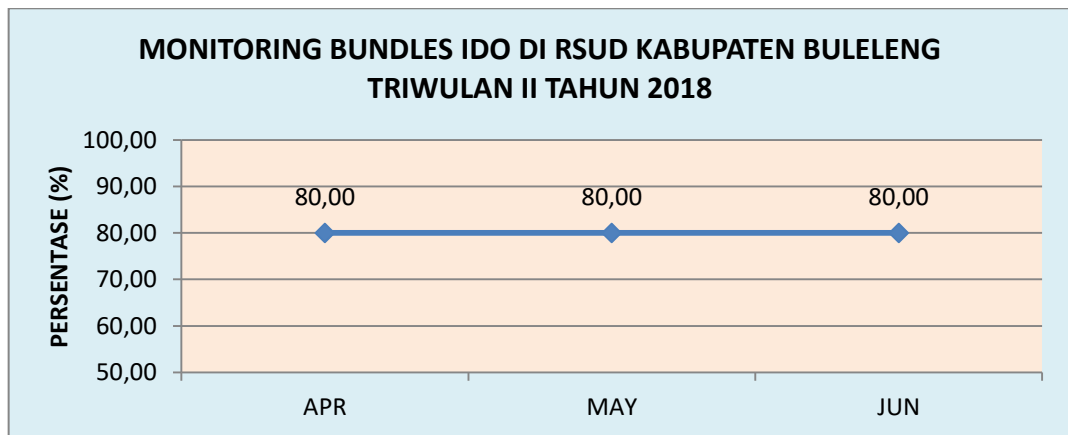
Hasil monitoring Triwulan II tahun 2018 didapatkan data pada bulan April sampai dengan bulan Juni didapatkan hasil 100%. Hasil Triwulan II tahun 2018 dibawah target yang ditetapkan yaitu $\geq 85\%$.

3. Bundles ISK



Hasil monitoring Triwulan II tahun 2018 didapatkan data pada bulan April 87,5%, Mei 89% dan bulan Juni didapatkan hasil 89%. Hasil Triwulan II tahun 2018 diatas target yang ditetapkan yaitu $\geq 85\%$.

4. Bundles IDO



Hasil monitoring Triwulan II tahun 2018 didapatkan data pada bulan April sampai dengan bulan Juni didapatkan hasil 80%. Hasil Triwulan II tahun 2018 dibawah target yang ditetapkan yaitu $\geq 85\%$.

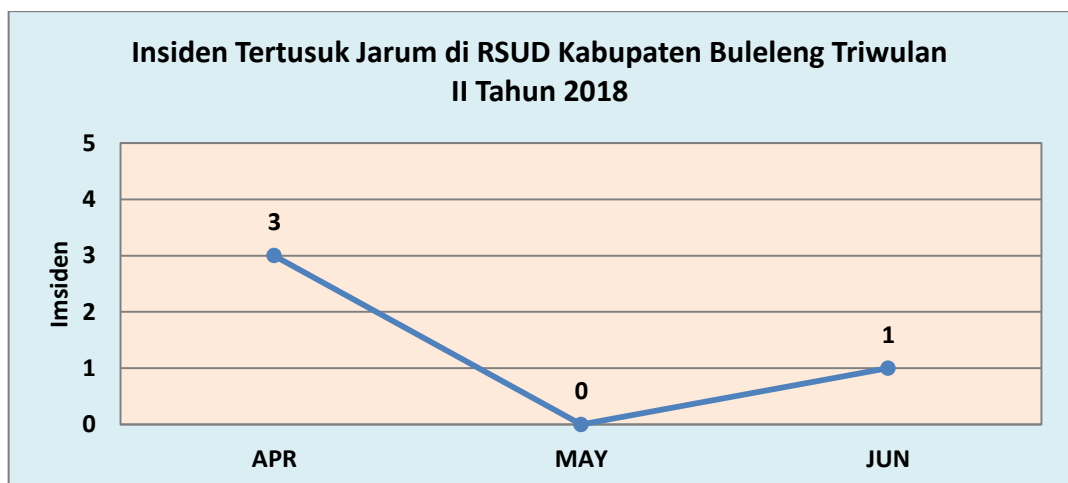
Hal ini disebabkan karena belum tersedianya clipper untuk pencukuran rambut pada area operasi.

H. Program Kesehatan Kerja

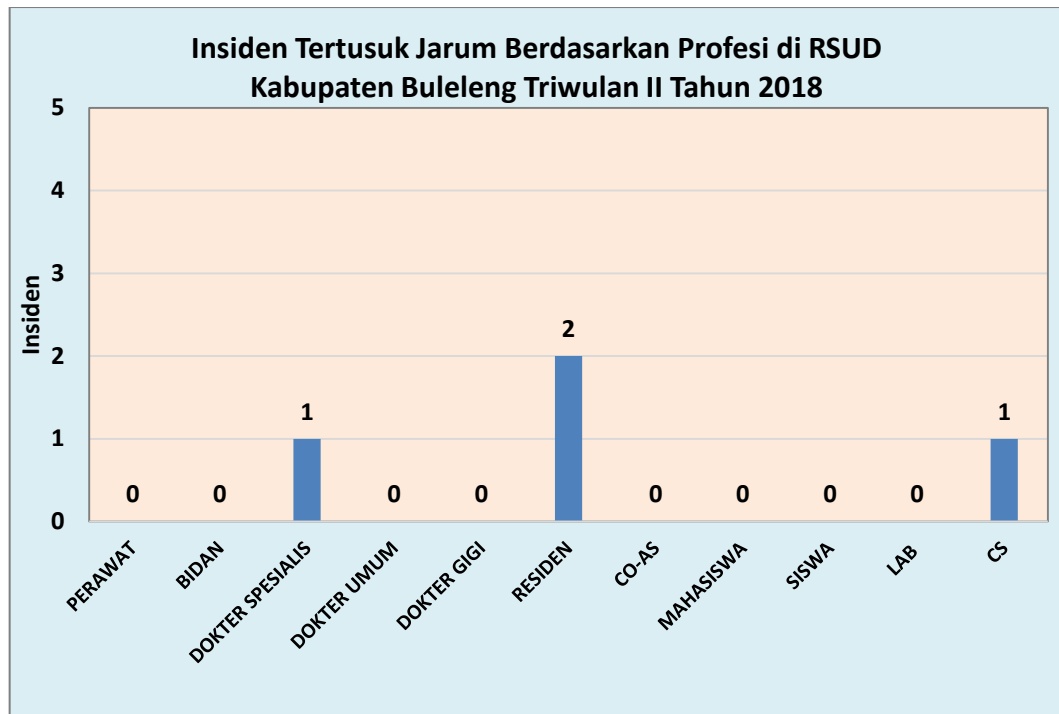
1. Pemeriksaan berkala

Pemeriksaan kesehatan berkala dilakukan pada bulan Juni 2018 dengan jumlah karyawan yang diperiksa sebanyak 300 orang diutamakan yang berisiko tinggi.

2. Laporan pajanan limbah infeksius/tertusukjarum



Pada bulan April terdapat 3 insiden tertusuk jarum. Pada bulan Mei tidak terdapat insiden tertusuk jarum, pada bulan Juni terdapat 1 insiden tertusuk jarum.



Insiden tertusuk jarum berdasarkan profesi pada Triwulan II tahun 2018 yang terbanyak adalah residen 2 insiden, kemudian dokter spesialis dan CS 1 insiden.

Dari 4 insiden tertusuk jarum 3 insiden yang terjadi pada dr spesialis dan residen disebabkan karena kurang hati-hati/kecelakaan kerja dan 1 insiden yang terjadi pada CS disebabkan karena tidak patuh dalam SPO pembuangan limbah benda tajam.

3. Imunisasi

Belum dilakukan pada Triwulan II tahun 2018 karena menunggu hasil pemeriksaan kesehatan karyawan.

4. Pengobatan dan konseling pegawai

Dilakukan konseling oleh dokter VCT pada CS yang terkena insiden tertusuk jarum pada bulan Juni.

I. Meningkatkan Pengawasan Terhadap Penggunaan Antimikroba Secara Aman

Program belum bisa dilakukan karena Tim PPRA belum melakukan pengawasan.

J. Pendidikan dan Pelatihan

1. Orientasi/sosialisasi

- a. Pada tanggal 2 April 2018 dilakukan orientasi PPI pada mahasiswa residen ortopedi fakultas kedokteran UNUD berjumlah 2 orang dan mahasiswa FK UNUD berjumlah 9 orang.
- b. Pada tanggal 9 April 2018 dilakukan orientasi PPI pada mahasiswa Fakultas Kedokteran UNUD berjumlah 6 orang.
- c. Pada tanggal 23 April 2018 dilakukan orientasi PPI pada mahasiswa Fakultas Kedokteran UNUD berjumlah 15 orang.
- d. Pada tanggal 30 April 2018 dilakukan orientasi PPI pada mahasiswa Fakultas Kedokteran UNUD berjumlah 3 orang.
- e. Pada tanggal 2 Mei 2018 dilakukan orientasi PPI pada siswa SMK Kesehatan Vidya Usadha berjumlah 24 orang.
- f. Pada tanggal 2 Mei 2018 dilakukan orientasi PPI pada mahasiswa residen bedah umum fakultas kedokteran UNUD berjumlah 1 orang.
- g. Pada tanggal 7 Mei 2018 dilakukan orientasi PPI pada mahasiswa Fakultas Kedokteran UNUD berjumlah 6 orang.
- h. Pada tanggal 14 Mei 2018 dilakukan orientasi PPI pada mahasiswa Fakultas Kedokteran UNUD berjumlah 16 orang.
- i. Pada tanggal 21 Mei 2018 dilakukan orientasi PPI pada mahasiswa Fakultas Kedokteran UNUD berjumlah 6 orang.
- j. Pada tanggal 4 Juni 2018 dilakukan orientasi PPI pada mahasiswa Fakultas Kedokteran UNUD berjumlah 18 orang.
- k. Pada tanggal 4 Juni 2018 dilakukan orientasi PPI pada mahasiswa S1 Keperawatan STIKES Buleleng berjumlah 53 orang.
- l. Pada tanggal 12 Juni 2018 dilakukan orientasi PPI pada mahasiswa Fakultas Kedokteran UNUD berjumlah 15 orang.
- m. Pada tanggal 18 Juni 2018 dilakukan orientasi PPI pada mahasiswa Fakultas Kedokteran UNUD berjumlah 10 orang.
- n. Pada tanggal 25 Juni 2018 dilakukan orientasi PPI pada mahasiswa Fakultas Kedokteran UNUD berjumlah 2 orang.

2. Pelatihan

Pada tanggal 1-7 Mei 2018 dilakukan pelatihan IPCN untuk anggota IPCN berjumlah 1 orang di Denpasar.

3. Edukasi pada Pengunjung dilakukan bekerjasama dengan bagian PKRS
 - a. Pada tanggal 6 April 2018 dilakukan edukasi pada pengunjung di Ruang Mawar dengan materi cuci tangan dan etika batuk audien berjumlah 16 orang
 - b. Pada tanggal 13 April 2018 dilakukan edukasi pada pengunjung di Ruang Poliklinik A dengan materi cuci tangan dan etika batuk audien berjumlah 21 orang
 - c. Pada tanggal 20 April 2018 dilakukan edukasi pada pengunjung di Ruang Poliklinik B dengan materi cuci tangan dan etika batuk audien berjumlah 24 orang
 - d. Pada tanggal 27 April 2018 dilakukan edukasi pada pengunjung di Ruang Lely 2 dengan materi cuci tangan dan etika batuk audien berjumlah 11 orang
 - e. Pada tanggal 4 Mei 2018 dilakukan edukasi pada pengunjung di Ruang Lely 1 dengan materi cuci tangan dan etika batuk audien berjumlah 13 orang
 - f. Pada tanggal 11 Mei 2018 dilakukan edukasi pada pengunjung di Ruang Jempiring dengan materi cuci tangan dan etika batuk audien berjumlah 9 orang
 - g. Pada tanggal 18 Mei 2018 dilakukan edukasi pada pengunjung di Ruang Flamboyan dengan materi cuci tangan dan etika batuk audien berjumlah 16 orang
 - h. Pada tanggal 25 Mei 2018 dilakukan edukasi pada pengunjung di Ruang Melati II dengan materi cuci tangan dan etika batuk audien berjumlah 10 orang
 - i. Pada tanggal 31 Mei 2018 dilakukan edukasi pada pengunjung di Ruang NICU I dengan materi cuci tangan dan etika batuk audien berjumlah 12 orang
 - j. Pada tanggal 8 Juni 2018 dilakukan edukasi pada pengunjung di Ruang Kamboja dengan materi cuci tangan dan etika batuk audien berjumlah 11 orang
 - k. Pada tanggal 14 Juni 2018 dilakukan edukasi pada pengunjung di Ruang Mawar dengan materi cuci tangan dan etika batuk audien berjumlah 9 orang
 - l. Pada tanggal 20 Juni 2018 dilakukan edukasi pada pengunjung di Ruang Sakura dengan materi cuci tangan dan etika batuk audien berjumlah 13 orang

BAB IV
REKOMENDASI DAN RENCANA TINDAK LANJUT

NO	REKOMENDASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	SARANA	
1	Pengadaan ruang isolasi di IGD	Pengadaan ruang solasi di IGD diajukan ke gaslak
2	Untuk dekontaminasi peralatan perawatan pasien perlu bak khusus untuk melakukan dekontaminasi.	Bak dekontaminasi diajukan ke gaslak
3	Pengadaan set alat merawat luka	Pengadaan diajukan ke gaslak
4	Pengadaan sarana untuk oral hygiene	Pengadaan diajukan ke gaslak
5	Pengadaan Indikator biologis	Pengadaan diajukan ke gaslak
	BHP	
6	Untuk melindungi petugas kebersihan dari tertular penyakit, maka perlu diberikan APD yang cukup terutama sarung tangan rumah tangga (panjang)	Pengadaan APD BHP diajukan kepada gaslak
7	Pemakaian “Dressing Film Transparan” pada setiap pemasangan IV chateter (pemasangan infus).	Semua pemasangan IV chateter menggunakan ”Dressing Film Transparan”, BHP diajukan kepada gaslak.
8	Penyediaan chlorhexidine 0,02% untuk oral hygiene.	BHP diajukan kepada gaslak
9	Pemakaian desinfeksi permukaan (meliseptol) untuk desinfeksi inkubator	BHP diajukan kepada gaslak
	LAIN-LAIN	
10	Imunisasi HB untuk petugas kesehatan	Imunisasi HB untuk petugas kesehatan. Diajukan ke gaslak bekerja sama dengan K3RS

BAB V
PENUTUP

Laporan Capaian Triwulan II PPI ini agar dapat digunakan sebagai acuan dalam membuat kebijakan dan meningkatkan kualitas pelayanan di lingkungan RSUD Kabupaten Buleleng.

Singaraja, 20 Juli 2018

Ketua Komite PPI




Dr. I Ketut Andriyasa, Sp.PD

REKOMENDASI DIREKTUR
LAPORAN TRIWULAN II TAHUN 2018
KOMITE PPI-RS

Kegiatan PPI sudah berjalan dengan baik, sebagian besar sudah mencapai target dan sebagian lagi belum sesuai harapan.

Terhadap yg sudah berjalan baik agar dipertahankan baiklah ditingkatkan kinerjanya sedangkan yg belum mencapai target agar dibuktikan langkah-langkah perbaikan (PDSA) sehingga lama-kelamaan kinerja PPI semuanya mencapai target sesuai harapan dan pada akhirnya akan dapat meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di RSUD Kabupaten Buleleng.

Terimakasih atas kerjasama tim Komite PPI RSUD Kab. Buleleng atas segala upaya dan kerja kerasnya selama ini.


5/9/2018.
(Dr. Gede Wiantana, M. Kes)