**LAPORAN**

**KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI**

**TRIWULAN I**



**RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG**

**S E M A R A N G**

**TAHUN 2017**

# KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI



# RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Jl. Raya Kaligawe Km.4. 50112 Telp.+ 62 24 6580019 Fax. + 62 24 6581928

email: [rs@rsisultanagung.co.id](mailto:rs@rsisultanagung.co.id) www.rsisultanagung.co.id

No : 5 /KPPI /RSI-SA/ I /2017 Semarang, 10 Januari 2017

Hal : Pelaporan Pelaksanaan Kegiatan PPI

Kepada

Yth : **Direktur**

RSI Sultan Agung

Di\_

Tempat

*Assalaamu’alaikum Wr.Wb*

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik, serta hidayah-Nya. Semoga kita semua senantiasa mendapatkan petunjuk, bimbingan, dan perlindungan-Nya. Amin.

Bersama ini kami laporkan pelaksanaan kegiatan dan evaluasi program pencegahan dan pengendalian infeksi pada Triwulan Keempat 2016

Adapun kegiatan yang telah dilaksanakan adalah meliputi :

Pencegahan Infeksi Nosokomial :

Pengawasan sterilisasi

Pengelolaan sampah

Pengelolaan Linen

Kewaspadaan Universal

Pengawasan Pasien Isolasi

Penggunaan Desinfektan

Pemeriksaan Angka Kuman

Survaillance

Pengawasan penggunaan Antibiotik

Pendidikan dan Pelatihan

Orientasi Karyawan Baru / Peserta Didik

Penanganan luka Tusuk Jarum / Benda Tajam

Pemeliharaan Kesehatan Karyawan

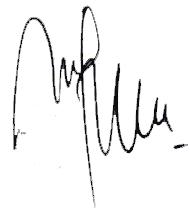
Demikian laporan kegiatan ini kami sampaikan, dan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

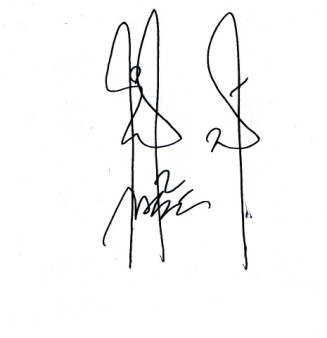
*Wassalamu’alaikum Wr. Wb.*

Tembusan :

1.Unit Terkait

2.Arsip

Semarang, 10 Januari 2017



Dr. Hj. Masfiyah, M.Si.Med, SpMK

BAB I

PENDAHULUAN

1. **Latar Belakang**

Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk dapat memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang sudah ditentukan. Masyarakat yang menerima pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan pengunjung rumah sakit dihadapkan pada risiko terjadinya infeksi di rumah sakit atau Healthcare Associated Infections (HAI’s). Seorang pasien dikatakan mengalami HAI’s apabila pasien menunjukkan tanda-tanda infeksi pada hari ke-3 atau lebih perawatan di RS, dan saat pasien masuk RS tidak terdapat tanda-tanda infeksi tersebut.

Menurut Al Varado, 2000 angka kejadian HAI’s dari waktu ke waktu terus meningkat, mencapai sekitar 9% (berkisar antara 3-21%).

Bidang pencegahan dan pengendalian infeksi adalah salah satu struktural di bawah langsung oleh direktorat utama dimana tugas pokoknya adalah membantu direktur utama merencenakan, melaksanakan pencegahan, pengendalian, mengevaluasi, mengaudit terhadap pelayanan rumah sakit,terutama terhadap penderita infeksi dalam upaya pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit dan pelaksanaan program–program pencegahan dan pengendalian infeksi di RSI Sultan Agung Semarang.

1. **Tujuan**

Tujuan dari laporan kegiatan bidang Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi selama triwulan keempat tahun 2016 adalah :

1. Sebagai pertanggungjawaban atas pelaksanaan kegiatan dan program kerja selama triwulan keempat tahun 2016.
2. Sebagai bentuk monitoring dan evaluasi serta untuk menentukan rencana tindak lanjut pada triwulan berikutnya.

**C.Sasaran**

1. Rumah Sakit mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai standar kelas B Pendidikan
2. Rumah Sakit mampu menyelenggarakan kegiatan-kegiatan ilmiah dan penelitian untuk pengembangan rumah sakit dan iptek kedokteran
3. Rumah Sakit mampu menyelenggarakan good corporate governance

BAB II

**A. Pola Ketenagaan**

1. SDI

Sumber daya insani merupakan komponen yang paling penting untuk mendukung dan memberikan pelayanan yang berkesinambungan. Pengetahuan dan sikap yang dimiliki akan mempengaruhi keefektifan pelayanan.

Sumber Daya Insani yang ada di bidang PPI adalah sebagai berikut:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Distribusi | Spesifikasi | Jumlah | Keterangan |
| 1. | Ketua | Dokter Spesialis | 1 | Bersertifikasi PPI Dasar |
| 2. | Wakil | Dokter Spesialis | 1 | Bersertifikasi PPI Dasar |
| 3. | IPCO | Dokter Spesialis | 4 | 1 Blm Bersertifikasi PPI Dasar |
| 4. | Anggota | 10 anggota sudah Bersertifikasi PPI Dasar | 11 | 1 Anggota blm Bersertifikasi |
| 5. | IPCN | 2 IPCN Bersertifikasi IPCN/Lanjutan dan PPI Dasar | 4 | 2 IPCN Bersertifikasi PPI Dasar dan blm Bersertifikasi IPCN/Lanjutan |
| 6. | IPCLN | 13 IPCLN Bersertifikasi PPI Dasar | 26 | 8 IPCLN blm Bersertifikasi |
|  |  |  | **Total:47** |  |

**Anggota Komite PPI terdiri dari masing-masing bagian sebagai berikut :**

* Ketua dan Tim PPI (IPCO,IPCN & IPCLN)
* SMF ( Bedah,Dalam,Obsgyn,Anak )
* Farmasi
* Sanitasi
* Gizi
* CSSD
* Laundry
* IPSRS
* Kamar Jenazah
* K3 ( KESEHATAN dan KESELAMATAN KARYAWAN )

**B.Sarana dan Prasarana**

Sarana dan prasarana yang ada dan digunakan untuk mendukung pelaksanaan pekerjaan di bidang PPI antara lain :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Nama Barang | Jmlh | Kondisi | Lokasi | Keterangan |
| 1. | Meja kerja | 4 | Baik |  |  |
| 2. | Kursi kerja | 5 | Baik |  |  |
| 3. | Almari dokumen | 2 | Baik |  | - |
| 4. | Meja komputer | 1 | Baik |  | - |
| 5. | Komputer | 2 | Baik |  | - |
| 6. | Printer | 1 | Baik |  | - |
| 7. | Pesawat Telpon | 1 | Baik |  | - |
| 8. | Papan tulis kaca | 1 | Baik |  | - |
| 9. | Dispenser air minum | 1 | Baik |  | - |

BAB III

KINERJA PELAYANAN

1. **Pencegahan Infeksi Nosokomial :**
2. **Pengawasan sterilisasi**
3. **Pengelolaan sampah**
4. **Pengelolaan Linen**
5. **Kewaspadaan Universal :**

Perlu adanya penyediaan Alat Pelindung Diri (APD) : Apron / gaun, dan Topi untuk unit keperawatan di gedung MCEB

1. **Pengawasan Pasien Isolasi :**

Belum ada ruang dan fasilitas khusus isolasi untuk pasien dewasa yang sesuai standar PPI, sudah ada ruang terpisah di masing – masing ruang keperawatansatu kamar untuk dua pasien , kecuali ruang Baitul Ma’ruf satu kamar untuk satu pasien . Belum ada ruang dan fasilitas khusus isolasi untuk pasien dewasa yang sesuai standar PPI, sudah ada ruang terpisah di masing – masing ruang keperawatan satu kamar untuk dua pasien , kecuali ruang Baitul Ma’ruf satu kamar untuk satu pasien .

1. **Penggunaan Desinfektan :**
   * + 1. Ada prosedur (SPO) dalam Penggunaan desinfektan untuk unit CSSD, Laundry maupun di unit kamar bedah yang melakukan dekontaminasi
       2. Tersedia fasilitas cairan desinfektan kebersihan tangan untuk seluruh unit - unit rawat inap, dan rawat jalan gedung lama dan gedung MCEB. Pemberian chemical Teralin ( untuk ALKES ) dan Surfanios (untuk lantai ) di unit keperawatan dan unit khusus.
2. **Pemeriksaan Angka Kuman :**

Sudah dilakukan Pemeriksaan angka kuman Usap Lantai,Dinding,mikro udara,alat kesehatan dan makanan pada ruang : ICU,OK Lasix, HD, Bedah Central, VK, IGD, Peristi, dan Gizi setiap 6 bulan sekali .

1. **Survaillance :**

Melakukan penghitungan angka Infeksi Luka Operasi (ILO),Infeksi Saluran Kemih (ISK), Plebitis dan Dekubitus yang dilakukan dengan mengisi check list monitoring infeksi pasien rawat inap, dihitung dan di rekap setiap bulan.

Untuk surveillans VAP ( Ventilator Associated Pneumonia ) dan IADP (Infeksi Aliran Darah Primer ) belum bisa dilaksanakan terkait dengan pemeriksaan penunjang pada pasien yang terpasang ventilator dan IADP

Belum ada kebijakan yang mengatur tentang dilakukannya pemeriksaan penunjang kultur sputum dan thorax foto pada pasien yang dilakukan pemasangan ventilator dan ditemukan tanda-tanda infksi setelah dipasang 2x24jam

Dalam penghitungan angka infeksi yang di hitung hanya infeksi baru yang terjadi setelah 2 x 24 jam di rawat di RSI Sultan Agung, untuk Infeksi lama atau infeksi yang di dapat dari rumah sakit lain tidak di hitung.

**ANGKA KEJADIAN INFEKSI**  **TRIWULAN IV 2016**

**Angka Kejadian IDO 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TAHUN 2016** | **N** | **D** | **H** | **TARGET** |
| OKTOBER | 0 | 603 | 0 | <1,5% |
| NOVEMBER | 1 | 624 | 0.16 |  |
| DESEMBER | 0 | 580 | 0 |  |

**Angka Kejadian PLEBITIS TRIWULAN IV 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TAHUN 2016** | **N** | **D** | **H** | **TARGET** |
| OKTOBER | 7 | 6644 | 1.053 | 10 |
| NOVEMBER | 1 | 6709 | 0.149 |  |
| DESEMBER | 1 | 7079 | 1.141 |  |

**Angka Kejadian Dekubitus Triwulan IV tahun 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TAHUN 2016** | **N** | **D** | **H** | **TARGET** |
| OKTOBER | 2 | 564 | 3.546 | <5 ‰ |
| NOVEMBER | 0 | 472 | 0 |  |
| DESEMBER | 1 | 464 | 2.155 |  |

**ANGKA KEJADIAN ISK TRIWULAN IV TAHUN 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TAHUN 2016** | **N** | **D** | **H** | **TARGET** |
| OKTOBER | 0 | 1445 | 0 | <5‰ |
| NOVEMBER | 0 | 1482 | 0 |  |
| DESEMBER | 0 | 1570 | 0 |  |

**ANGKA KEJADIAN IADP TRIWULAN IV TAHUN 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TAHUN 2016** | **N** | **D** | **H** | **TARGET** |
| OKTOBER | 0 | 21 | 0 | <5‰ |
| NOVEMBER | 0 | 43 | 0 |  |
| DESEMBER | 0 | 17 | 0 |  |

**ANGKA KEJADIAN VAP TRIWULAN IV TAHUN 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TAHUN 2016** | **N** | **D** | **H** | **TARGET** |
| JULI | 0 | 133 | 0 | <5‰ |
| AGUSTUS | 0 | 174 | 0 |  |
| SEPTEMBER | 0 | 157 | 0 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Jenis Tidakan | Jml Kejadian Infeksi | Prosentase/ permil |
| 1. | ILO | 1 | 0.053 |
| 2. | ISK | 0 | 0 |
| 3. | IADP | 0 | 0 |
| 4. | VAP | 0 | 0 |
| 5. | PLEBITIS | 9 | 0.781 |
| 6 | DECUBITUS | 3 | 1.9 |

* 1. **Analisa :**
     + 1. Angka kejadian plebitis mengalami kenaikan dibandingkan TW III dari 4 kejadian menjadi 9 kejadian tetapi masih dibawah target
       2. Angka kejadian Infeksi Luka Operasi mengalami kenaikan pada triwulan IV 2016 ada satu kejadian
       3. Angka kejadian Decubitus pada TW IV 2016 mengalami penurunan dari TW III hal ini dikarenakan kurangnya penatalaksanaan alih baring pada pasien dg bedrest
       4. Angka kejadian ISK pada triwulan IV 2016 tetap di banding TW III
       5. Untuk angka kejadian IADP dan VAP hasilnya 0
  2. **Rekomendasi**

1. Dalam pemberian injeksi melalui intra vena harus dilakukan secara pelan-pelan
2. Kerjasama dengan penjab dan IPCLN dalam melakukan monitoring lebih ekstra pada pasien dengan pemberian obat-obatan dengan osmolalitas tinggi
3. Lakukan desinfeksi sebelum pemberian injeksi secara benar dan sesuai prosedur
4. Lakukan alih baring sesuai indikasi pasien dan prosedur alih baring.
5. Lakukan monitoring bed dikubitus selama dipergunakan secara berkala.
6. Lakukan kebersihan diri pasien pada ekstermitas yang tertekan.
   1. **Evaluasi :**
      * 1. Kepatuhan kebersihan tangan petugas kesehatan masih rendah terutama pada saat sebelum melakukan tindakan
        2. Prinsip sterilitas petugas kesehatan masih kurang dalam melakukan tindakan aseptik
   2. **Tindaklanjut :**
      * 1. Edukasi kebersihan tangan, monitoring dan evaluasi terhadap petugas kesehatan
        2. Pelatihan secara internal tentang penurunan resiko infeksi di rumah sakit untuk seluruh staf pelaksana kesehatan bekerjasama dengan pengembangan staf, dan manajer keperawatan
7. **Pengawasan penggunaan Antibiotik :**

Program ini sedang dalam proses pelaksanaan karena belum ada buku pedoman untuk penggunaan antibiotik yang rasional,yang di tetapkan oleh Direktur rumah sakit.Pembuatan buku pedoman dilakukan setelah ada hasil pemetaan pola kuman di RSI Sultan Agung. Dalam pemetaan kuman dibutuhkan alat mikrobiologi untuk pemeriksaan / masih dalam proses, sementara sudah ada 2 (dua) dokter spesialis mikrobiologi di fakultas kedokteran Unissula.

1. **Pendidikan dan Pelatihan**

Dilakukan edukasi Kebersihan Tangan untuk :

* 1. Seluruh karyawan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung
  2. Pasien / keluarga dan pengunjung
  3. Karyawan kopkar termasuk tukang parkir dan pedagang lainnya.

1. **Orientasi Karyawan Baru / Peserta Didik :**

Orientasi merupakan kegiatan pengenalan secara umum, dan khususnya di bidang Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit Islam Sultan Agung.

Telah di lakukan orientasi terhadap :

Peserta didik / mahasiswa praktek Fakultas Kedokteran, D3 Keperawatan, S1 Keperawatan, mahasiswa lainnya, yang melakukan praktek di Rumah Sakit Islam Sultan Agung.

Karyawan kopkar RISA

1. **Penanganan luka Tusuk Jarum / Benda Tajam :**
2. Dalam penanganan luka tusuk jarum / benda tajam sudah ada Prosedur (SPO) dan kebijakan yang di tetapkan oleh Direktur rumah sakit
3. Pelaksanaan penanganan luka tusuk jarum / benda tajam di berlakukan untuk seluruh karyawan yang bekerja di rumah sakit atau unit – unit terkait : dokter, perawat, radiologi, CSSD,sanitasi,cleaning servis, gizi, laundry,kamar jenazah, dan Farmasi
4. Rumah Sakit belum mengatur kebijakan tentang biaya untuk mahasiswa praktek yang terpapar jarum / benda tajam sehingga biaya menjadi tanggungjawab mahasiswa praktek, akan tetapi dalam penanganan terpapar jarum sama sesuai prosedur (SPO) untuk petugas rumah sakit

DATA PAJANAN TUSUK JARUM / BENDA TAJAM

Okt – Des 2016

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | TGL/BL/TH | NAMA | UMUR | BAGIAN | TINDAK LANJUT | KET |
| 1 | 21 Okt 16 | Fevie Granviani | 22 | Mahasiswi Ners | HBsAg pasien (-), mahasiswi sdh pernah vaksin th 2013 | Kena jarum skin test |
| 2 | 8 Nov 16 | Agus Hernadi | 25 | Naim | HBsAg pasien ( + ), anti HBsAg petugas ( - ),HBsAg non reaktif  Petugas sudah pernah dapat imunisasi 5 th yang lalu, prog vaksin Hep B 3 x | Kena jarum bekas GDS |

**DATA KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN   
OKTOBER – DESEMBER 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BULAN** | **OKT** | **NOV** | **DES** |
| **PROSENTASE** | **90.03** | **90.19** | **90.23** |

* + - 1. **Analisa :**
         1. Kepatuhan kebersihan tangan sudah memenuhi target
         2. Komitmen individu masih rendah
      2. **Rekomendasi :**
         1. Budayakan kebersihan tangan untuk seluruh petugas rumah sakit sesuai prosedur (6 langkah ) menurut WHO.
         2. Tingkatkan monitoring kepatuhan kebersihan tangan
      3. **Tindak lanjut :**

Edukasi dan monitoring secara terus menerus baik petugas maupun mahasiswa praktek

Evaluasi dan audit untuk petugas kesehatan, penunjang dan mahasiswa praktek kesehatan

Di adakan lomba kebersihan tangan secara berkala untuk petugas kesehatan dan penunjang.

1. **Pemeliharaan Kesehatan Karyawan :** 
   1. Pemberian imunisasi Hepatitis B untuk petugas kesehatan dan penunjang belum semuanya dilaksanakan
   2. Belum ada kebijakan dan prosedur yang di tetapkan oleh Direktur rumah sakit tentang pengaturan atau prosedur imunisasi Hepatitis B untuk karyawan
   3. Belum ada dokter khusus sebagai penanggungjawab dalam penatalaksanaan pemeliharaan kesehatan untuk karyawan .

BAB IV

PENCAPAIAN PROGRAM KERJA SESUAI RKA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | KD KTGR | KD PROG | NAMA PROGRAM | KEGIATAN | KETERANGAN | BARANG | QTY | HARSAT | JUMLAH | REALISASI |
| 1505 | Mnj0395 | Prog22 |  | Pencegahan dan Pengendalian Infeksi | Pengadaan safety box | Safety | 900 | 12500 | 11.250.000 | Sudah terlaksana setiap bulan |
| 1506 | Mnj0396 | Prog22 |  | Pencegahan dan Pengendalian Infeksi | Penanganan petugas terpapar benda tajam | Safety | 2 | 600000 | 1.200.000 | Sudah terlaksana setiap ada kejadian dan sesuai prosedur |
| 1508 | Mnj0397 | Prog22 |  | Pertemuan Komite PPI tiga bulan sekali | Pertemuan Komite PPI tiga bulan sekali | Pertemuan dan evaluasi | 4 | - | - | sekali |
| 1682 | Opr0012 | Prog04 |  | Pelatihan PPI untuk karyawan Kopkar RISA | Orientasi karyawan baru | Komsumsi pertemuan | 1 | - | - | Terlaksana bulan Oktober |
| 1683 | Opr0013 | Prog04 |  | Pelatihan PPI untuk karyawan RSI Sultan Agung | Orientasi mahasiswa | Komsumsi pertemuan | 5 | - | - | Sudah terlaksana |
| 1899 | Opr00229 | Prog22 |  | Pencegahan dan Pengendalian Infeksi | Antiseptik | BMHP | 90 | - | - | Sudah terlaksana di anggaranlogistik umum |
| 2274 | SDI0367 | Prog22 |  | Workshop Pemetaan Kuman dan Handling specimen | Workshop | Pelatihan | 1 | 2000000 | 2000000 | Sudah terlaksana Nov 2016 |
| 2275 | SDI0368 | Prog22 |  | Pelatihan anggota KPPI | Pelatihan IPCN | Pelatihan | - | - | - | Belum terlaksana |
| 2276 | SDI0369 | Prog22 |  | Pelatihan anggota KPPI | Seminar / Workshop PPI | Seminar / Workshop | - | - | - | Belum terlaksana |
| 2277 | SDI0370 | Prog22 |  | Pendidikan petugas,pasien,keluarga dan pengunjung | Leaflet Souvenir | Pelatihan | 1200 |  |  | Dilaksanakan oleh Humas |
| 2278 | SDI0371 | Prog22 |  | Pertemuan KPPI tiga bulan sekali | Kesejahteraan ketua KPPI | Tunjangan | 12 | 1.000.000 | 12.000.000 | Sudah terlaksana tetapi tidak sesuai anggaran hanya 50 % |

BAB V

KENDALA DAN REKOMENDASI

1. KENDALA

Kendala – kendala yang timbul pada triwulan pertama adalah sebagai berikut:

* + - 1. Budaya kebersihan tangan belum berjalan dengan baik termasuk kebersihan kuku, masih banyak petugas kesehatan yang berkuku panjang, dan memakai asesoris : cincin dan gelang pada saat melakukan kebersihan tangan dan tindakan
      2. Komitmen individu untuk kepatuhan kebersihan tangan masih kurang
      3. Belum ada fasilitas dan ruang untuk ketua Komite PPI atau TIM PPI yang presentatif.
      4. Untuk surveillans IADP dan VAP belum bisa dilaksanakan berkaitan dengan data penunjang yang belum bisa dilakukan dikarenakan biaya kultur yang mahal
      5. Kesehatan karyawan yang belum terlaksana semua

1. REKOMENDASI :

Dari kendala – kendala tersebut di atas kami mengusulkan :

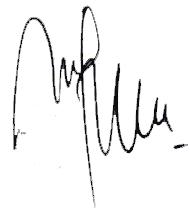
* + - 1. Dukungan penuh dari manajemen rumah sakit berupa Anggaran untuk kegiatan :
         1. Pendidikan dan Pelatihan untuk bersertifikasi IPCN
         2. Fasilitas pelayanan penunjang laborat mikrobiologi segera di realisasi
         3. Tunjangan untuk Ketua Komite PPIRS yang standar (sesuai anggaran 2014 yang sudah di realisasi oleh rumah sakit)
      2. Ada kebijakan direktur rumah sakit tentang tidak memakai perhiasan pada jam kerja,termasuk pemeliharaan kuku (kuku harus pendek) untuk seluruh petugas kesehatan dan penunjang, dan mahasiswa praktek kesehatan di rumah sakit .
      3. Ada ruang / kantor / fasilitas sarana dan prasarana untuk ketua Komite dan Tim PPI yang standar, sesuai dengan **buku pedoman manajerial pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya tahun 2007.**
      4. Ada TIM / dokter khusus untuk penatalaksanaan pemeliharaan kesehatan karyawan yang sudah terlatih
      5. Program pemberian imunisasi untuk petugas kesehatan dan penunjang bisa dilaksanakan minimal di berikan imunisasi dasar Hepatitis B

BAB VI

PENUTUP

Demikian laporan bagian Komite Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi dibuat sebagai evaluasi kinerja triwulan keempat tahun 2016, semoga dapat diambil manfaat dan menjadikan perbaikan kegiatan – kegiatan triwulan berikutnya.

Semarang, 10 Januari 2017

 Komite PPI

dr. Hj. Masfiyah, M.Si.Med, SpMK

Ketua