****



No : 01/KPPI /RSI-SA/I/2018 Semarang, 5 Januari 2018

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 Tahun 2017

Adapun kegiatan yang telah dilaksanakan adaIah meliputi :

Pencegahan Infeksi Nosokomial yang meliputi : Kebersihan Tangan, Alat Pelindung Diri, Pemrosesan Peralatan Pasien, Penatalaksanaan Linen, Pengelolaan Limbah, Pengendalian Lingkungan, Perlindungan Petugas Kesehatan (Penanganan Pasca Pajanan), Penempatan Pasien, Hygiene Respirasi/Etika Batuk, Praktik Menyuntik yang Aman, Praktik Lumbal Pungsi.

Survaillance yaitu menghitung angka kejadian infeksi

Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)

Ventilator Assosiated Pneumonia (VAP)

Phlebitis

Decubitus

Surveillance MDRO

Surveillance Penyakit Emerging

Pendidikan dan Pelatihan untuk semua anggota KPPI dan Tim PPI, Karyawan, Pasien / keluarga / pengunjung dan masyarakat sekitar tentang pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit.

Orientasi terhadap :

Karyawan Baru (Perawat, Dokter, Pengunjung, Sanitasi dan Petugas lainnya)

Mahasiswa Praktek (Fakultas Kedokteran, S! / D3 Keperawatan dan lainnya

Pengawasan dan Penanganan pada karyawan / mahasiswa pasca pajanan (yang terpapar jarum / benda tajam)

Pengawasan Penggunaan Antibiotika

ICRA

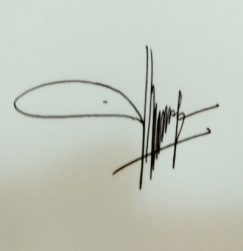
Penelitian

Evaluasi

Pelaporan

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

*Wassalamu’alaikum Wr. Wb*

Semarang, 5 Januari 2018

Tembusan :

1.Unit Terkait

2.Arsip

dr.Rahayu, SpMK

Ketua Komite PPI

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Pendahuluan**

Salah satu fungsi dari bidang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RSI Sultan Agung adalah melaksanakan dan mengendalikan pemanfaatan sumber daya Komite PPI dalam kegiatan rutinitas secara efisien dan efektif, dan melakukan kerjasama secara terpadu dengan Bidang-bidang lainnya seperti penelitian dan pengembangan, pendidikan, keperawatan, pelayanan medik, penunjang medik, pemasaran dan sumberdaya manusia.Dalam rangka evaluasi dengan ini kami laporkan kinerja komite PPI 2015.

1. **Latar Belakang**

Kejadian Infeksi Nosokomial adalah infeksi yang didapat atau timbul pada waktu pasien dirawat di rumah sakit. Bagi pasien di rumah sakit ia merupakan persoalan serius yang dapat menjadi penyebab langsung atau tidak langsung kematian pasien. Beberapa kejadian infeksi nosokomial mungkin tidak menyebabkan kematian pasien akan tetapi ia menjadi penyebab penting pasien dirawat lebih lama di rumah sakit. Ini berarti pasien membayar lebih mahal dan dalam kondisi tidak produktif, di samping pihak rumah sakit juga akan mengeluarkan biaya lebih besar.

Dalam meningkatkan kualitas mutu pelayanan di rumah sakit perlu dilaksanakan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi. Kegiatan program ini sangat komplek dan menyangkut berbagai sasaran antara lain personil, alat/peralatan medis ruang perawatan, kamar bedah dan lingkungan. Kegiatan tersebut harus dilaksanakan secara terpadu oleh semua pihak termasuk semua petugas rumah sakit baik dokter, perawat, petugas kesehatan lainnya, petugas kebersihan, petugas pemeliharaan sarana rumah sakit dan masyarakat lingkungan rumah sakit.

Di samping itu, beberapa hal lain yang perlu dipersiapkan di bidang Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi adalah system pengelolaan keuangan, tarif pelayanan, tata kelola efisiensi, serta system pengelolaan investasi. Diharapkan, dengan adanya program-program tersebut, bidang Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi dapat memberikan kontribusi positif terhadap perkembangan RSI Sultan Agung secara comprehensif.

1. **Tujuan**
2. Sebagai pertanggungjawaban atas pelaksanaan kegiatan dan program kerja selama satu tahun
3. Sebagai bentuk monitoring dan evaluasi serta untuk menentukan rencana tindaklanjut pada tahun berikutnya.
4. Dengan mengetahui pelaksanaan dan kendala pada pelaksanaan program 2017 dapat sebagai bahan evaluasi program KPPI tahun 2018
5. **Sasaran**
6. Rumah Sakit mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai standar kelasB, Pendidikan
7. Rumah Sakit mampu menyelenggarakan kegiatan-kegiatan ilmiah dan penelitianuntuk pengembangan rumah sakit dan iptek kedokteran, khususnya di bidang Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi
8. Rumah Sakit mampu menyelenggarakan good corporate governance

**BAB II**

**REALISASI PROGRAM SESUAI PROGRAM KERJA DAN RAPB 2016**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **PROGRAM** | **Kegiatan** | **Kebutuhan** | **Anggaran** | **Realisasi** |
| 1 | Pengembangan kualitas PPI | Pelatihan anggota KPPI | PPI Lanjut 12 – 14 Jan 2017  di Hotel Dafam | Rp 6.500.000 | Sulasmi  Ima Kurniasari |
|  |  |  | Update Penatalaksanaan Ruang Isolasi di Yankes 5 Maret 2017di RS Tugurejo | Rp 510. 000 | 1. Sulasmi 2. Ima Kurniasari 3. Sri Anifah (biaya sendiri ) 4. Hasan 5. Nurjanah 6. Nuril Wafa 7. Siti Ekowati 8. Novi Maulidiana (biaya sendiri) |
|  |  |  | PPI Dasar 30 Maret – 1 April 2017 di Hotel GETS | Rp 5.500.000 | 1. dr. R Vito Mahendra, SpB 2. Dewi Madu Sari |
|  |  |  | Pelatihan TOT 26 – 30 April 2017 di Hotel Horison | Rp 4.500.000 | Budi Pertiwi |
|  |  |  | Pelatihan IPCN 24 – 30 Sep 2017 di Hotel Twin Jakarta | Rp 7.000.000 | Sri Anifah |
|  |  |  | Pelatihan IPCN  14 – 19 Oktober 2017 di Hotel Horison | Rp 7.000.000 | Ima Kurniasari |
| 2 | Pengendalian lingkungan rumah sakit | Peniadaan tanaman baik hidup maupun artificial di area pelayanan dan perawatan pasien | Pertemuan,evaluasi dan tindak lanjut | Rp 15.000.000 | Sudah terealisasi |
| 3 | Pengendalian lingkungan rumah sakit | Pembuatan Ruang Distribusi alat bersih di CSSD | Pertemuan,evaluasi dan tindak lanjut | Rp 30.000.000 | Sudah terealisasi |
| 4. | Pengendalian lingkungan rumah sakit | Peniadaan wallpaper di area pelayanan dan perawatan pasien | Pertemuan,evaluasi dan tindak lanjut | Rp 40.000.000 | Sudah terealisasi |
| 5 | Penempatan pasien | Pengadaan ruang isolasi bertekanan positif dan negatif | Sarana dan prasarana ruang isolasi | Rp 1.000.000.000 | Sudah terealisasi |
| 6 | Surveillance MDRO | Pelaporan hasil surveillance MDRO | Pertemuan dan koordinasi | Rp 10.000.000 | Sudah terealisasi |
| 7 | Pengawasan penggunaan antibiotic yang rasional | Pembentukan KPRA | Pertemuan dan koordinasi | Rp 40.000.000 | Sudah terealisasi |
| 8 | Penelitian | Penelitian tentang uji cairan desinfektan yang digunakan oleh rumah sakit | Pertemuan dan koordinasi | Rp 20.000.000 | Sudah terealisasi |

**BAB III**

**KINERJA PELAYANAN**

1. **Pencegahan Infeksi Nosokomial**

**Pengawasan sterilisasi :**

Ada kegiatan sterilisasi dengan suhu tinggi dan kegiatan sterilisasi suhu rendah dengan Mesin EO.

Test bowie dick test dilakukan satu bulan 3 x dikarenakan adanya efisiensi biaya dan factor *human* error dari tenaga CSSD.

Ceklis monitoring dilakukan oleh IPCN belum berjalan

Test indicator kimia (dalam maupun luar) menghasilkan hasil perubahan warna, menjadi hitam merata, hal ini menunjukkan instrument dan linen yang disterilkan hasilnya steril.

* + - 1. **Pengelolaan sampah :**
  1. Pengelolaan sampah sudah dilaksanakan sesuai prosedur
  2. Pemisahan tempat sampah untuk yang infeksius dan non infeksius ( kuning : Infeksius, Hitam : Non infeksius, Ungu : Citostatika Safety box : Benda tajam untuk unit keperawatan dan penunjang
  3. Pembakaran sampah medis dengan incinerator milik sendiri
  4. Pemeriksaan kesehatan lingkungan (udara, air bersih)
  5. Edukasi dan monitoring terhadap petugas pengambilan sampah infeksius.
  6. Pemberian kaporit setiap minggu ke tandon air.
     + 1. **Pengelolaan Linen :**
  7. Pemisahan linen infeksius dan non infeksius dilaksanakan oleh perawat di ruang keperawatan masing – masing
  8. Pengambilan linen kotor dari ruang keperawatan dilaksanakan oleh petugas laundry
  9. Penghitungan linen kotor dilakukan di unit laundry oleh petugas laundry
  10. Pengambilan linen kotor di unit keperawatan di mulai jam 09.00.
  11. Pengambilan linen kotor untuk ruang bedah central di laksanakan dua kali dalam sehari pagi dan sore oleh petugas laundry. Pengambilan sore jam 14.30 untuk ruang : OK,VK dan poli GIGI
  12. Proses pencucian Infeksius dan non Infeksius disendirikan
  13. Proses pengeringan menggunakan mesin pengering , kemudian di jemur di tempat yang disediakan
      + 1. **Kewaspadaan Universal :**

Penyediaan Alat Pelindung Diri (APD) (masker,kacamata/goggle, apron, sarung tangan panjang, topi,sepatu pelindung/ boot) di unit keperawatan, penunjang : laundry, kamar jenazah,Gizi, sanitasi atau cleaning servis dan ruang isolasi sudah sesuai standar

Unit gizi dalam pelaksanaan pengelolaan dan pendistribusian makanan sudah menggunakan Alat Pelindung Diri masker dan celemek, dan sepatu pelindung

* + - 1. **Penempatan Pasien :**

Untuk penempatan pasien infeksi terdapat 1 ruang Isolasi tekanan negative di IGD , 1 ruang tekanan negative di ruang Baitul Izzah 2 dan 1 ruang tekanan positif di ruang Baitul Izzah 1 serta 1 ruang kohorting di ruang ICU

* + - 1. **Penggunaan Desinfektan :**
  1. Ada pedoman dosis / prosedur untuk penggunaan desinfektan di unit CSSD, Laundry, dan di unit lain seperti Kamar Bedah, IGD yang melakukan dekontaminasi dilakukan sesuai prosedur yang ada di CSSD.
  2. Tersedia fasilitas cairan desinfektan kebersihan tangan untuk seluruh unit - unit rawat inap,unit khusus,penunjang, dan rawat jalan
  3. Di unit khusus sudah menggunakan handrub cuci tangan yang mengandung chlorhexidin untuk membunuh kuman sampai ke virus
  4. Pemberian chemical Teralin untuk ALKES dan Surfanios untuk lantai
     + 1. **Pemeriksaan Angka Kuman :**
  5. Pemeriksaan angka kuman Usap Lantai,Dinding,mikro udara, pada ruang : ICU,OK Lasix,HD,Bedah Central,VK,IGD,Peristi,Gizi dilakukan setiap 6 bulan sekali

1. Dilakukan pemeriksaan angka kuman usap Alat Kesehatan pada unit - unit : khusus (OK,VK,IGD, CSSD dan poli GIGI)
   * + 1. **Penggunaan Antimikroba Rasional**

Peta medan kuman sudah ada, KPRA sudah terbentuk , pedoman penggunaan antimikroba rasional sudah ada tetapi belum disosialisasi

* + - 1. **Pengendalian Lingkungan**

Masih banyak pengunjung yang merokok dan tiduran di area perawatan di

lingkungan rumah sakit

1. **Survaillance :**
2. Pelaporan Penyusunan laporan surveillans bulanan dan rencana tindak lanjut sudah berjalan setiap bulan
3. Melakukan penghitungan angka Infeksi Daerah Operasi (IDO),Infeksi Saluran Kemih (ISK), Infeksi Aliran Darah Primer (IADP),Ventilator Associated Pneumonia (VAP), Plebitis dan Dekubitus yang dilakukan dengan mengisi check list monitoring infeksi pasien rawat inap, dihitung dan di rekap setiap bulan.
4. Untuk surveillans VAP (Ventilator Associated Pneumonia), ISK dan IADP belum bisa dilaksanakan terkait dengan pemeriksaan penunjang pada pasien yang terpasang ventilator
5. Belum ada kebijakan yang mengatur tentang dilakukannya pemeriksaan penunjang kultur sputum dan thorax foto pada pasien yang dilakukan pemasangan ventilator sebelum dan setelah dipasang 2x24jam . Untuk penegakan diagnose ISK diperlukan pemeriksaan urine rutin sebelum pemasangan kateter dan jika ada criteria ISK setelah pemasangan 2 x 24 jam. Untuk IADP diperlukan pemeriksaan kultur darah pada pasien yang terpasang CVC dengan criteria IAD setelah pemasangan 2 x 24 jam.
6. 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.
7. **Surveillans MDRO** belum bisa dilaksanakan
8. **Surveilans *emerging dan reemerging* *disease* : tidak ada kasus *emerging dan re* *emerging disease***

**Survaillance**

* + - * 1. **Angka Kejadian Plebitis 2017**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BULAN** | **JAN** | **FEB** | **MAR** | **APR** | **MEI** | **JUNI** | **JULI** | **AGST** | **SEP** | **OKT** | **NOV** | DES |
| CAPAIAN | 0.27‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0.13‰ | 0.13‰ | 0.12‰ | 0.12‰ |
| TARGET | < 5‰ | < 5‰ | < 5‰ | 5‰ | 5‰ | 5‰ | 5‰ | 5‰ | 5‰ | 5‰ | 5‰ | 5‰ |

* Hasil permil angka Plebitis dari bulan Jan – Des mencapai tercapai
* Penyebab Plebitis bulan Jan - Des 2017 adalah karena pemberian obat-obatan dengan osmolalitas yang tinggi (Tranfusi)
  + - * 1. **Angka Kejadian Dekubitus 2017**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BULAN** | **JAN** | **FEB** | **MAR** | **APR** | **MEI** | **JUNI** | **JULI** | **AGST** | **SEP** | **OKT** | **NOV** | DES |
| CAPAIAN | 3.46‰ | 5.34‰ | 1.96‰ | 2.07 ‰ | 3.07 ‰ | 0‰ | 1.69‰ | 4.72‰ | 9.1‰ | 0‰ | 4‰ | 3.83‰ |
| TARGET | < 5‰ | < 5‰ | < 5‰ | 5‰ | 5‰ | 5‰ | 5‰ | 5‰ | 5‰ | 5‰ | 5‰ | 5‰ |

Angka kejadian decubitus selama bulan Januari – Desember 2017 sebagian besar memenuhi standard pelayanan minimal, dimana angka kejadian decubitus yang ditargetkan <10 ‰ mengalami naik turun .

* + - * 1. **Angka Kejadian IDO 2017**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BULAN** | **JAN** | **FEB** | **MAR** | **APR** | **MEI** | **JUNI** | **JULI** | **AGST** | **SEP** | **OKT** | **NOV** | DES |
| CAPAIAN | 0% | 0.18% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0.43% | 0% | 0% |
| TARGET | 1.5% | 1.5% | 1.5% | 1.5% | 1.5% | 1.5% | 1.5% | 1.5% | 1.5% | 1.5% | 1.5% | 1.5% |

Hasil prosentase angka infeksi pasca operasi bersih dari bulan Jan – Des 2017 target tercapai

* + - * 1. **Angka Kejadian ISK 2017**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BULAN** | **JAN** | **FEB** | **MAR** | **APR** | **MEI** | **JUNI** | **JULI** | **AGST** | **SEP** | **OKT** | **NOV** | DES |
| CAPAIAN | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ |
| TARGET | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ |

Angka kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK) dari bulan Jan – Des 2017 Hasil : 0‰

Pemeriksaan urine rutin pada semua pasien yang mau di pasang kateter urine belum dilaksanakan

* + - * 1. **Angka Kejadian IADP 2017**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BULAN** | **JAN** | **FEB** | **MAR** | **APR** | **MEI** | **JUNI** | **JULI** | **AGST** | **SEP** | **OKT** | **NOV** | DES |
| CAPAIAN | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ |
| TARGET | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ |

Angka kejadian Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) pada pasien yang dipasang cateter vena central dari bulan Jan – Des 2017 belum bisa dilaksanakan

* + - * 1. **Angka Kejadian VAP 2017**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BULAN** | **JAN** | **FEB** | **MAR** | **APR** | **MEI** | **JUNI** | **JULI** | **AGST** | **SEP** | **OKT** | **NOV** | DES |
| CAPAIAN | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ | 0‰ |
| TARGET | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ | <5‰ |

Angka kejadian VAP pada pasien yang dipasang cateter vena central dari bulan Jan – Des 2017 belum bisa dilaksanakan

* + - * 1. **Surveillans MDRO** belum bisa dilaksanakan
        2. **Surveilans *emerging dan reemerging* *disease* : tidak ada kasus *emerging dan re* *emerging disease***

1. **Orientasi terhadap :**

1 . Karyawan baru (Perawat, Dokter,Penunjang,Sanitasidan petugas lainnya)

1. Mahasiswa Praktek (Fakultas Kedokteran,S1/D III Keperawatan dan mahasiswa

lainnya)

1. **Angka Kepatuhan Kebersihan Tangan Selama Tahun 2017**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BULAN** | **JAN** | **FEB** | **MAR** | **APR** | **MEI** | **JUNI** | **JULI** | **AGST** | **SEP** | **OKT** | **NOV** | DES |
| CAPAIAN | 90.37% | 90.39% | 91.05% | 91.95% | 92.17% | 92.28% | 92.21% | 92.26% | 92.22% | 91.24% | 92.38% | 92.91% |
| TARGET | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% |

1. **Pengawasan dan penanganan pada karyawan /mahasiswa pasca pajanan**

**( yangterpaparjarum / benda tajam).**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BULAN** | **JAN** | **FEB** | **MAR** | **APR** | **MEI** | **JUNI** | **JULI** | **AGST** | **SEP** | **OKT** | **NOV** | DES |
| CAPAIAN | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 |
| TARGET | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |

1. **Pendidikan dan Pelatihan**

Pengembangan kualitas PPI untuk Tim PPI (IPCLN) sudah terlaksana sesuai program, IPCN yang pelatihan IPCN sudah 100 % sedangkan IPCLN yang sudah pelatihan PPI dasar mencapai 82.6 %

**BAB IV**

**ANALISIS PENCAPAIAN PROGRAM, KENDALA - KENDALA**

1. **ANALISA :**

**PENCAPAIAN PROGRAM**

1. Penyusunan laporan surveillans bulanan dan rencana tindak lanjut sudah berjalan setiap bulan, namun belum terintegrasi dengan IT
2. Kepatuhan Kebersihan Tangan petugas sudah diatas target
3. Pengembangan kualitas PPI untuk Tim PPI (IPCLN) sudah terlaksana sesuai program, IPCN yang pelatihan IPCN sudah 100 % sedangkan IPCLN yang sudah pelatihan PPI dasar mencapai 82.%
4. Masih banyak pengunjung yang merokok di lingkungan rumah sakit
5. Pengawasan penggunaan antibiotic yang rasional belum tersosialisasi
6. Survelians IADP,ISK dan VAP belum bisa berjalan
7. Surveillans MDRO belum bisa dilaksanakan
8. **KENDALA :**
   * + 1. Belum adanya system IT yang terintegrasi dengan PPI terkait laporan surveilans masing-masing ruangan
       2. Angka kejadian Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) belum terlaksana karena belum dilaksanakan pencegahan IADP berdasarkan Bundle dan pemeriksaan penunjang (kultur darah) untuk menegakkan diagnose
       3. Angka kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP) belum terlaksanan karena belum dilaksanakan koordinasi dengan dokter DPJP untuk melakukan pemeriksaan penunjang (kultur skret) pada pasien yang terpasang ventilator mekanik setelah 2 x 24 jam
       4. Angka kejadian Infeksi saluran kemih (ISK) belum terlaksanan karena belum dilaksanakan prosedur tentang pemeriksaan urine rutin pada pasien yang mau dilakukan pemasangan kateter urine
       5. Kurangnya sign larangan merokok
       6. Belum lengkapnya fasilitas pelayanan laboratorium mikrobiologi
9. **REKOMENDASI :**

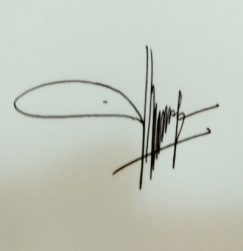
Dari kendala – kendala tersebut di atas kami mengusulkan :

* + - 1. Koordinasi dengan tim IT agar unit bisa mengirim laporan lewat IT Blog
      2. Membuat surat rekomendasi untuk penambahan sign larangan merokok dan pengaktifan kembali tim K3 RS untuk memperingatkan pengunjung
      3. Mengajukan surat untuk pemenuhan fasilitas pelayanan laboratorium mikrobiologi agar surveillans MDRO bisa terlaksana
      4. Koordinasi dengan unit terkait untuk membahas surveilans IADP, ISK dan VAP agar bisa dilaksanakan

BAB V

PENUTUP

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

Semarang, 5 Januari 2018

dr.Rahayu, SpMK

Ketua Komite PPI