**TOR SERVEILANS INFEKSI**

**RSUD DR. MURJANI SAMPIT**

1. **LATAR BELAKANG**

Pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas kesehatan merupakan suatu upaya kegiatan untuk meminimalkan atau mencegah terjadinya infeksi kepada pasien, pengunjung, petugas dan masyarakat sekitar rumah sakit.

Salah satu program dari Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit adalah surveilans. Disamping adanya kegiatan lain, seperti pendidikan, kewaspadaan isolasi serta kebijakan penggunaan antimikroba yang rasional. Kegiatan surveilans infeksi dii fasilitas pelayanan kesehatan merupakan salah satu kegiatan yang paling penting dan luas dalam program PPI, dan juga suatu hal yang harus dilakukan untuk mencapai keberhasilan dari program PPI.

Setiap RS dapat merencanakan dan menetapkan jenis surveilans yang akan dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi masing-masing rumah sakit. Untuk mendapatkan angka infeksi rumah sakit diperlukan suatu kegiatan surveilans infeksi yang dilakukan oleh IPCN sebagai tugas utamanya. Kegiatan surveilan infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan ini merupakan suatu proses yang dinamis, komprehensif dalam mengumpulkan, mengidentifikasi, menganalisa data kejadian yang terjadi dalam suatu populasi yang spesifik dan melaporkannya kepada pihak-pihak yang berkepentingan.

Hasil kegiatan surveilans ini dapat digunakan sebagai data dasar laju infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan untuk menentukan adanya kejadian luar biasa, sebagai tolak ukur akreditasi rumah sakit.

1. **TUJUAN**
2. **Tujuan Umum**

Kegiatan surveilans dalam program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di rumah sakit diharapkan dapat menurunkan laju infeksi di rumah sakit.

1. **Tujuan Khusus**
2. Mendapatkan data dasar infeksi rumah sakit.
3. Menurunkan laju infeksi rumah sakit.
4. Indentifikasi dini Kejadian Luar Biasa (KLB) Infeksi di rumah sakit.
5. Meyakinkan para tenaga kesehatan tentang adanya masalah yang memerlukan penanggulangan.
6. Mengukur dan menilai keberhasilan suatu proses program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di rumah sakit.
7. Memenuhi standard mutu pelayanan medis dan keperawatan.
8. Salah satu unsur pendukung untuk memenuhi akreditasi rumah sakit.
9. Sebagai alat control dalam kesehatan k aryawan di rumah sakit.
10. Sebagai dasar dalam pengambilan keputusan dalam rangka perencanaana kegiatan yang akan datang.
11. **KEGIATAN**
12. **Kegiatan Pokok**

Menyelenggarakan surveilans dengan metode aktif target surveilans yaitu surveilans dilakukan di ruang perawatan yang beresiko terjadi infeksi.

1. **Rincian Kegiatan**
2. **Perencanaan surveilans**, terdiri dari : identifikasi populasi, penilaian hasil pelayanan dan penetapan definisi HAIs.
3. **Pengumpulan data.**
4. **Proses pengumpulan data didapatkan secara pasif atau aktif.**

Proses pengumpulan data secara aktif adalah kegiatan yang secara aktif dilakukan oleh IPCN, IPCLN, IPCO dan atau orang yang terlatih untuk mencari kasus HAIs dari berbagai sumber untuk mengumpulkan informasi dan memutuskan apakah HAIs terjadi atau tidak. Data penunjang bias didapatkan dari hasil pemeriksaan laboratorium.

1. **Teknik pengumpulan data.**

Pengumpuln data denominator dan numerator dilakukan oleh IPCN yang dibantu oleh IPCLN.

1. **Data Denominator :**

Dikumpulkan setiap hari, yaitu jumlah pasien, jumlah pemakaian alat kesehatan ( kateter urin menetap, ventilasi mekanik, kateter vena sentral, kateter vena perifer) dan jumlah kasus operasi.

1. **Data Numerator:**

Dikumpulkan bila ada kasus baru infeksi seperti Infeksi Saluran Kemih (ISK), Infeksi Aliran Darah Perifer (IADP), Pneumonia baik yang terpasang ventilator maupun tidak terpasang ventilator, Infeksi Daerah Operasi (IDO).

1. **Analisa Data.**

Analisa data dimulai dari penghitungan data dan stratifikasi data. Data harus dianalisa dengan cepat dan tepat untuk mendapatkan informasi apakah ada masalah infeksi yang memerlukan penanggulangan atau investigasi lebih lanjut. Interpretasi yang dibuat harus menunjukan informasi tentang penyimpangan yang terjadi. Bandingkan angka infeksi apakah ada penyimpangan, dimana terjadi kenaikan atau penurunan yang cukup tajam, perhatikan dan bandingkan kecenderungan menurut jenis infeksi, ruang perawatan dan pathogen penyebab bila. Perlu dijelaskan sebab-sebab peningkatan atau penurunan angka infeksi, jika ada data yang mendukung relevan dengan masalah yang dimaksud.

**Cara perhitungan**

Catat data secara manual atau komputerisasi sebagai data base.

Tentukan numerator dan denominator.

1. Angka infeksi VAP adalah Jumlah VAP dibagi dengan jumlah hari pemakaian alat ventilasi mekanik.

VAP = Jumlah kasus VAP x 1000

Jumlah hari pakai alat

1. Angka infeksi HAP adalah Jumlah HAP dibagi dengan jumlah hari rawat pasien yang masuk pada periode tersebut.

Angka infeksi HAP = Jumlah kasus HAP per bulan x 1000

Jumlah rawat pasien per bulan

1. Angka infeksi VAP.

Angka infeksi VAP = Jumlah pasien VAP per bulan x 1000

Jumlah hari pemasangan alat ventilasi per bulan

Data insiden rate dianalisa, apakah ada perubahan yang signifikan seperti penurunan maupun peningkatan infeksi rumah sakit yang cukup tajam atau signifikan, kemudian dibandingkan dengan jumlah kasus dalam kurun waktu bulan yang sama pada tahun yang lalu. Jika terjadi perubahan yang signifikan dicari factor-faktor prnyebabnya mengapa hal tersebut terjadi. Bial diketemukan penyebab dilanjutkan dengan alternative pemecahannya. Dan diantara pemecahannya dipilih yang baik laksana bagi rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan setempat. Hasil analisa data disajikan dalam bentuk tabel, diagram dan grafik.

1. **Pelaporan.**
2. Laporan dibuat secar aperiodic tergantung institusi, bias tiap bulan, triwulan, semester atau tahunan.
3. Laporan dilengkapi dengan rekomendasi tindak lanjut bagi pihak terkait dengan peningkatan infeksi.
4. Laporan sebaiknya dibuat sistematik, tepat waktu dan informative.
5. Data dapat disajikan dalam berbagai bentuk yang penting mudah dianalisa dan diinterpretasi.
6. Penyajian data harus jelas, sederhana dan dapat dijelaskan dengan narasi singkat.
7. **Desiminasi**.

Surveilans belumlah sempurna dilaksanakan apabila datanya belum didesiminasikan kepada yang berkepentingan untuk melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi. Oleh sebab itu hasil surveilans angka infeksi harus disampaikan keseluruh anggota komite, Direktur RS, ruangan atau unit terkait secara berkesinambungan. Disamping itu juga perlu didesiminasikan kepada kepala unit terkait dan penanggung jawab ruangan beserta staffnya berikut rekomendasinya.

1. **PELAKSANAAN.**

Pelaksanaan surveilans adalah setiap hari oleh IPCN dengan melakukan observasi, pencatatan dan pendokumentasian.

1. **TEMPAT**

Tempat pelaksanaan surveilans yaitu ruangan yang beresiko tinggi terjadi infeksi sesuai dengan metode aktif target surveilans, yaitu: ruang bedah, ruang medic, ICU dewasa, bagian anak dan perinatologi.

1. **SASARAN**

Seluruh pasien yang dilakukan tindakan, yaitu; tindakan operasi dan pemasangan alat yang dilakukan di RSUD dr. Murjani Sampit.

1. **JADWAL PELAKSANAAN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Kegiatan | Bulan | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1. | Perencanaan | v |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Pengumpulan data | v | v | v | v | v | v | v | v | v | v | v | v |
| 3. | Analisa dan penghitungan | v | v | v | v | v | v | v | v | v | v | v | v |
| 4. | Pembuatan laporan |  |  | v |  |  | v |  |  | v |  |  | v |
| 5. | Desiminasi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | v |

1. **EVALUASI.**
2. Evaluasi pelaksanaan kegiatan adalah evaluasi dari jadwal kegiatan, misalnya; tiap triwulan, sehingga bila ada ergeseran jadwal dapat segera diperbaiki, tidak mengganggu program keseluruhan.
3. Pelaporan Galahad bagaimana membuat laporan evaluasi pelaksanaan kegiatan tersebut dan kapan laporan itu harus dibuat serta kepada siapa ditujukannya.

Sampit, ……………………..

Ketua Komite PPI

dr. Ikhwan Setiabudi, M.Kes, Sp.PK

NIP19750119 200604 1 008