PEMERINTAH KABUPATEN KOTA WARINGIN TIMUR

**RSUD Dr. MURJANI SAMPIT**

Jl.HM.Arsyad No.65 Sampit. Telp (0531) 21010 Fax (0531) 21782

e-mail: rsdmsampit@yahoo.com

Nomor :

Perihal : Laporan Pelaksanaan Kegiatan KPPIRS

Kepada

Yth : Direktur

RSUD dr.Murjani Sampit

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 Kesatu 2018

Adapun kegiatan yang telah dilaksanakan adalah meliputi :

1. Pencegahan HAIs :
   1. Kebersihan tangan
2. Survaillance HAIs
3. IDO
4. ILI
5. ISK
6. Dekubitus

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

Wassalamu’alaikum Wr. Wb.

Tembusan :

1. Unit Terkait
2. Arsip

Sampit, …………………..

dr. Ikhwan Setiabudi, Sp.PK

NIP. 19750119 200604 1 008

**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-2 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 merencenakan, melaksanakan pencegahan, pengendalian, mengevaluasi, mengaudit terhadap pelayanan rumah sakit,terutama terhadap penderita infeksi dalam upaya pengendalian HAIs di rumah sakit dan pelaksanaan program–program pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD dr. Murjani Sampit.

1. Tujuan

Tujuan dari laporan kegiatan Komite Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi selama triwulan pertama tahun 2018 adalah :

1. Sebagai pertanggung-jawaban atas pelaksanaan kegiatan dan program kerja selama triwulan pertama tahun 2018.
2. Sebagai bentuk monitoring dan evaluasi serta untuk menentukan rencana tindak lanjut pada triwulan berikutnya.
3. Sasaran
4. Rumah Sakit mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai standar kelas B.
5. Rumah Sakit mampu menyelenggarakan good corporate governance.

**BAB II**

1. Pola Ketenagaan
2. SDM

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Distribusi | Spesifikasi | Jumlah | Keterangan |
| 1. | Ketua | Dokter Spesialis | 1 | Bersertifikasi PPI Lanjutan |
| 2. | Sekretaris | IPCN | 1 |  |
| 3. | IPCO | Dokter Spesialis | 1 | Bersertifikasi PPI Lanjutan |
| 4. | Anggota | 10 anggota sudah Bersertifikasi PPI Dasar | 15 |  |
| 5. | IPCN | IPCN | 2 | Bersertifikasi PPI Dasar, Lanjutan dan IPCN |
| 6. | IPCLN | IPCLN | 16 | Bersertifikasi PPI |
|  |  |  | Total 34 |  |

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

1. Ketua dan Tim PPI (IPCO,IPCN & IPCLN)
2. Manajemen (Yanmed dan Keperawatan)
3. Farmasi
4. Sanitasi
5. Gizi
6. CSSD
7. Laundry
8. IPSRS
9. Laboratorium
10. Anastesi
11. Kamar Jenazah
12. K3 ( Kesehatan Dan Keselamatan Karyawan )
13. Sarana dan Prasarana

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama Barang** | **Jumlah** | **Kondisi** | **Lokasi** | **Keterangan** |
| 1. | Meja kerja | 3 | Baik |  |  |
| 2. | Kursi kerja | 2 | Baik |  |  |
| 3. | Kursi biru biasa | 1 | Baik |  |  |
| 4. | Kursi biru | 3 | Baik |  |  |
| 5. | Almari dokumen | 2 | Baik |  |  |
| 6. | Laptop | 2 | Baik |  |  |
| 7. | Printer | 1 | Baik |  |  |
| 8. | Camera | 2 | Baik |  |  |
| 9. | Dispenser air minum | 1 | Baik |  |  |
| 11. | AC | 1 | Baik |  |  |
| 12. | Kipas Angin | 1 | Baik |  |  |
| 13. | Lemari Kaca | 2 | Baik |  |  |

**BAB III**

**KINERJA PELAYANAN**

* 1. **Pencegahan HAIs :**

1. **Kebersihan tangan.**

Kebersihan tangan dilakukan secara 6 langkah tapi belum semua petugas melakukan kebersihan tangan 6 moment.

**DATA KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN**

**TRIWULAN I TAHUN 2018**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | BULAN | JANUARI | FEBRUARI | MARET |
| 1. | PERAWAT | 23,08 | 35,14 | 0 |
| 2. | DOKTER | 20,29 | 29,41 | 2,14 |
| 3. | PETUGAS LAIN | 32,39 | 28,57 | 19,61 |
| 4. | JUMLAH | 25,25 | 31,04 | 7,25 |

1. **Analisa :**
2. Angka kepatuhan kebersihan tangan masih sangat rendah dan jauh dari target.
3. Komitmen individu masih rendah.
4. Fasilitas berupa handrud dan pengering tangan belum memadai.
5. **Rekomendasi**
6. Budayakan kebersihan tangan untuk seluruh petugas sesuai prosedur 6 langkah dan 5 moment.
7. Tingkatkan monitoring kepatuhan kebersihan tangan.
8. Lengkapi fasilitas kebersihan tangan.
9. **Evaluasi** :
10. Tidak ada petunjuk cara kebersihan tangan di washtafel.
11. SPO kebersihan tangan tersedia di setiap ruang perawatan tapi disimpan saja.
12. Petugas mampu memperagakan 6 langkah dengan benar.
13. Tindak lanjut :
14. Sosialisasi pentingnya kebersihan tangan 6 langkah dan 5 moment.
15. Evaluasi dan audit untuk petugas yang menangani pasien.
16. Berkoordinasi dengan bagian penunjang medis untuk pengadaan handrub dan bracket serta hand towel yang sesuai dengan jumlah yang memadai.
17. Reward dan funishment bagi petugas terkait hand hygiene.
    1. **Survillance :**
18. Melakukan penghitungan angka Infeksi Daerah Operasi (IDO), Infeksi Saluran Kemih (ISK), Plebitis dan Dekubitus yang dilakukan dengan mengisi check list monitoring infeksi pasien rawat inap, dihitung dan di rekap setiap bulan.
19. 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.
20. Dalam penghitungan angka infeksi yang di hitung hanya infeksi baru yang terjadi setelah 2 x 24 jam di rawat di RSUD dr.Murjani Sampit, untuk Infeksi lama atau infeksi yang di dapat dari rumah sakit lain tidak di hitung.

**ANGKA KEJADIAN INFEKSI TRIWULAN I TAHUN 2018**

**Angka Kejadian IDO Triwulan I Tahun 2018**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TAHUN 2018** | **N** | **D** | **H** | **TARGET** |
| Januari | 7 | 312 | 2,24 | <0,5% |
| Februari | 0 | 341 | 0 |  |
| Maret | 5 | 142 | 3,52 |  |

**Angka Kejadian ILI Triwulan I Tahun 2018**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TAHUN 2018** | **N** | **D** | **H** | **TARGET** |
| Januari | 31 | 3560 | 8,71 | < 15 ‰ |
| Februari | 29 | 3592 | 8,07 |  |
| Maret | 44 | 2900 | 15,17 |  |

**Angka Kejadian ISK Triwulan I Tahun 2018**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TAHUN 2018** | **N** | **D** | **H** | **TARGET** |
| Januari | 0 | 324 | 0 | < 5 ‰ |
| Februari | 2 | 325 | 6,15 |  |
| Maret | 0 | 142 | 0 |  |

**Angka Kejadian Dekubitus Triwulan I Tahun 2018**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TAHUN 2018** | **N** | **D** | **H** | **TARGET** |
| Januari | 21 | 27 | 777,78 | < 15 ‰ |
| Februari | 0 | 1 | 0 |  |
| Maret | 0 | 1 | 0 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Jenis Tidakan | Jumlah  Tidakan | Jml Kejadian Infeksi | Prosentase / Permil |
| 1. | ILI | 10052 | 104 | 10,35 |
| 2. | ISK | 933 | 2 | 2,14 |
| 3. | IDO | 795 | 12 | 1,51 |
| 4. | DECUBITUS | 31 | 21 | 677,42 |

1. **Analisa :**
2. Angka kejadian plebitis atau ILI masih banyak terjadi, yaitu 104 kasus atau 10,35 ‰ tetapi masih dibawah target yaitu 15 ‰. Hal ini terjadi karena belum adanya perawatan tempat pemasangan infus yang sama ruang perawatan pasien.
3. Angka kejadian ISK masih jarang terjadi, yaitu 2 kasus atau 2,14‰ dan masih dibawah target yaitu 15 ‰. Namun penegakan diagnose ISK pada pasien yang terpasan urine chateter tanpa adanya uji kultur urine hanya melalui gejala yang dikeluhkan pasien dan tanda-tanda ISK tang muncul.
4. Angka kejadian IDO masih banyak terjadi, yaitu 12 kasus atau 1,51% hal ini tidak sesuai target yang diinginkan yaitu 0,5%. Hal ini berkaitan dengan perawatan luka post operasi yang tidak terjamin kesterilannya. Rawat luka dengan instrument yang sangat minim.
5. Angka kejadian dekubitus masih banyak terjadi, yaitu 21 kasus atau 677,78 ‰ jauh dari target yaitu 15 ‰. Hal ini disebabkan karena terjadi kesalahan persepsi dengan IPCLN di lapangan dimana pasien dengan decubitus dari rumah juga ikut dihitung.
6. **Rekomendasi**
7. Sosialisasi SPO pasang infus dan perawatan tempat pemasangan infus kepada semua petugas yang menangani pasien dari Keperawatan.
8. Monitoring penyuntikan yang aman oleh Tim PPI.
9. Sosialisasi SPO pasang urine chateter dan perawatan urine chateter kepada semua petugas yang menangani pasien dari Keperawatan.
10. Sosialisasi SPO perawatan luka kepada semua petugas yang menangani pasien post operasi dari Keperawatan.
11. Penggunaan peralatan rawat luka (instruments rawat luka termasuk kasa steril) tersedia dalam kemasan poches sesuai kebutuhan masing-masing ruangan yang memberikan pelayanan rawat luka.
12. **Evaluasi** :
13. Penggunaan APD tidak sesuai kebutuhan.
14. SPO tindakan rawat luka, SPO pasang infus dan perawatannya, SPO pasang UC dan perawatannya serta perawatan pasien tirah baring lama belum tersedia di ruang perawatan pasien.
15. Prinsip sterilitas pada tindakan aseptic di ruang perawatan masih kurang.
16. Tindak lanjut :
17. Edukasi kebersihan tangan, monitoring dan evaluasi terhadap petugas kesehatan.
18. Pelatihan secara internal tentang penurunan resiko infeksi di rumah sakit untuk seluruh staf pelaksana kesehatan bekerjasama dengan Kepegawaian dan Keperawatan.
19. Berkoordinasi dengan penunjang medic untuk penyediaan instrument rawat luka yang mencukupi.
20. Berkoordinasi dengan keperawatan untuk penyediaan dan sosialisasi SPO yang diperlukan untuk menurunkan angka HAIs.

**BAB IV**

**PENCAPAIAN PROGRAM KERJA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Kegiatan | Keterangan | Barang | Qty | Harga | Jumlah | Realisasi |
| 1. | PPI | Penyediaan pengering tangan di wastafel | Hand tissue towel |  |  |  | Sudah terlaksanan dibeberapa ruangan |
| 2. | PPI | Penyediaan SPO: rawat luka, pasang infus dan perawatannya, pemasangan urine chateter dan perawatannya serta perawatan pasien tirah baring lama. | SPO |  |  |  | Sedeng dipersiapkan oleh Keperawatan. |
| 3. | PPI | Penyediaan instrument rawat luka steril dalam poches yang memadai. | Paket instrument rawat luka. |  |  |  | Belum terlaksana. |
| 4. | PPI | Penyediaan handrub yang memadai | Bracket handrub |  |  |  | Sudah terlaksanan sebagian |
| 5. | PPI | Pertemuan Komite PPI tiap tiga bulan | Pertemuan Komite PPI tiap tiga bulan sekali |  |  |  | Belum terlaksana. |
| 6. | PPI | Edukasi petugas dan pengunjung untung cuci tangan | Leaflet dan hadiah |  |  |  | Belum terlaksana |

**BAB V**

**KENDALA DAN REKOMENDASI**

1. **KENDALA**

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

1. Budaya kebersihan tangan belum berjalan dengan masih dan banyak petugas kesehatan yang memakai asesoris : cincin dan gelang pada saat melakukan kebersihan tangan dan tindakan.
2. Komitmen individu untuk kepatuhan kebersihan tangan masih kurang.
3. Tidak ada reward dan funishman untuk kepatuhan kebersihan tangan.
4. Untuk surveillans IADP dan VAP belum bisa dilaksanakan berkaitan dengan data penunjang yang belum bisa dilakukan.
5. Belum ada anggaran khusus dari Rumah Sakit untuk Program PPI.
6. Tidak ada TOT PPI yang bisa memberikan pelatihan sesuai standar kepada petugas kesehatan di rumah sakit.

1. **REKOMENDASI** :

Dari kendala – kendala tersebut di atas kami mengusulkan :

1. Dukungan penuh dari manajemen rumah sakit berupa Anggaran untuk kegiatan :
2. Pendidikan dan Pelatihan untuk TOT PPI.
3. Fasilitas pelayanan penunjang laborat mikrobiologi untuk uji kultur.
4. Tunjangan untuk Ketua, Sekretaris dan Tim dari Komite PPIRS yang standar.
5. 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 .

**BAB VI**

**PENUTUP**

Demikian laporan bagian Komite Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi dibuat sebagai evaluasi kinerja triwulan pertama tahun 2018, semoga dapat diambil manfaat dan menjadikan perbaikan kegiatan – kegiatan triwulan berikutnya.

Sampit, 10 April 2018

dr. Ikhwan Setiabudi, Sp.PK

NIP. 19750119 200604 1 008