



**LAPORAN
KERJA IPCN KOMITE PPI
RSU Dr. H. KOESNADI
BONDOWOSO
TAHUN 2020**



TERAKREDITASI PARIPURNA KARS



**AKREDITASI
SNARS 1
RSDKLUAR BIASA**

**LAPORAN KERJA IPCN KOMITE PPI
(PENCEGAHAN & PENGENDALIAN INFEKSI)
RSU Dr.H.KOESNADI BONDOWOSO
TAHUN 2020**

**RUMAH SAKIT UMUM Dr.H.KOESNADI
JL. PIERE TENDEAN No. 3 Telp. (0332) 421874
BONDOWOSO
2020**

KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Panyayang, penulis panjatkan puji syukur atas kehadiran-Nya, yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan inayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan “Laporakerja IPCN komite PPI di RSUD dr.H.Koesnadi Bondowoso tahun 2020”.

Laporan Angka Kejadian Infeksi RSUD dr.H.Koesnadi Bondowosoini dibuat sebagai upaya dalam mendapatkan data infeksi rumah sakit, menurunkan laju infeksi rumah sakit, identifikasi dini KLB infeksi rumah sakit, memenuhi standar mutu pelayanan medis dan keperawatan dan untuk memenuhi akreditasi RSUD dr.H.Koesnadi Bondowoso.

Ucapan terima kasih dan penghargaan yang tulus disampaikan kepada semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang telah membantu dalam pengumpulan data dan informasi sehingga laporan ini bisa diselesaikan tepat pada waktunya.

Terlepas dari semua itu, penulis menyadari sepenuhnya bahwa penulisan laporan ini masih jauh dari kesempurnaan baik dari segi susunan kalimat maupun tata bahasanya. Oleh karena itu dengan tangan terbuka penulis menerima segala saran dan kritik dari pembaca agar laporan ini mencapai kesempurnaan.

Akhir kata penulis berharap semoga laporan ini bermanfaat bagi pelayanan kesehatan di RSUD dr.H.Koesnadi Bondowoso.

Ditetapkan di : Bondowoso

Pada Tanggal : JANUARI 2021

BAB I

PENDAHULUAN

I. PENDAHULUAN

Pencegahan dan Pengendalian infeksi adalah merupakan suatu upaya untuk meminimalkan atau mencegah terjadinya infeksi. Mengingat besarnya kerugian yang harus ditanggung pasien, keluarga dan Rumah Sakit akibat terjadinya infeksi di rumah sakit.

Pelaksanaan di lapangan, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sering menemukan beberapa kendala antara lain : banyaknya pasien yang dirawat di Rumah Sakit sehingga dapat menjadi sumber infeksi bagi lingkungan dan pasien lain, adanya kontak langsung antara pasien satu dengan pasien lainnya, adanya kontak langsung antara pasien dengan petugas Rumah Sakit yang terinfeksi, penggunaan alat-alat yang terkontaminasi, kurangnya perhatian tindakan aseptik dan antiseptik serta kondisi pasien yang lemah. Juga persediaan sarana dan prasarana yang ada masih kurang memadai, sehingga mudah untuk menimbulkan terjadinya infeksi.

Infeksi dirumah sakit merupakan masalah global dan menjangkau paling sedikit sekitar 9 % (variasi 3% - 21 %) lebih dari 1.4 juta pasien rawat inap di rumah sakit di seluruh dunia. Angka ini dilaporkan oleh WHO dari hasil surveynya di 14 negara, meliputi 28.861 pasien di 47 rumah sakit yang berada di 4 wilayah (region) WHO pada tahun 1986. Survey WHO ini juga menghasilkan : 18 % dari pasien yang terkena infeksi di rumah sakit menderita lebih dari satu jenis infeksi, terutama pada pasien penyakit kronis, adanya kemiripan tentang jenis infeksi di rumah sakit dan penyebabnya. Infeksi di rumah sakit merupakan salah satu infeksi yang sering terjadi di negara-negara berkembang maupun di negara-negara industri. Sebagian besar masalah dan kendala yang dihadapi berbagai negara untuk mencegah dan mengendalikan kejadian infeksi di rumah sakit tidak jauh berbeda sehingga strategi dan pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dapat disusun untuk diterapkan pada kondisi masing-masing negara dan rumah sakit. Akibat lain dari kejadian infeksi di rumah sakit adalah : Lama perawatan (LOS) lebih lama.

Upaya yang dilakukan Komite Pencegahan dan Pengendalian infeksi di rumah sakit adalah monitoring yaitu untuk mengamati pelayanan sedini mungkin, untuk dapat menemukan dan selanjutnya memperbaiki masalah dan pelaksanaan program.

II. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit Umum dr. H. Koesnadi Bondowoso berupaya untuk meningkatkan mutu dalam memberikan pelayanan dan dukungan kesehatan bagi masyarakat umum. Demikian juga dalam bidang pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah sakit dimana hal ini merupakan faktor utama yang menggambarkan kualitas pelayanan. Hal ini mengacu pada komitmen bersama dalam mempersiapkan akreditasi.

Infeksi di Rumah Sakit merupakan masalah serius yang berdampak langsung berpengaruh terhadap lama hari perawatan yang berakibat meningkatnya biaya, morbiditas dan mortalitas sehingga mutu pelayanan Rumah sakit menurun, bahkan dapat terjadi tuntutan hukum. Sebagai Rumah sakit yang berorientasi pada keselamatan pasien akan menerapkan metode yang tepat untuk mencegah dan mengendalikan hal tersebut.

Laporan kerja IPCN Komite PPI ini digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan kegiatan yang terencana dalam sembilan bulan kedepan.

III. TUJUAN

a. Tujuan Umum

1. Untuk memberikan gambaran kinerja IPCN Komite PPI dalam melaksanakan kegiatan Pencegahan dan Pengendalian infeksi di rumah sakit di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.
2. Sebagai pedoman bagi Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ataupun IPCLN di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso dalam melakukan surveilans kegiatan PPI untuk menurunkan resiko infeksi pada pasien dan karyawan rumah sakit.

b. Tujuan Khusus :

1. Mendapatkan data dasar infeksi RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.
2. Menurunkan laju infeksi RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.
3. Identifikasi dini KLB infeksi RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.
4. Meyakinkan para tenaga kesehatan tentang adanya masalah yang memerlukan penanggulangan.
5. Mengukur dan menilai keberhasilan suatu program PPI di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.
6. Memenuhi standar mutu pelayanan medis dan keperawatan
7. Salah satu unsur pendukung untuk memenuhi akreditasi RSUD dr.H.Koesnadi Bondowoso.

BAB II

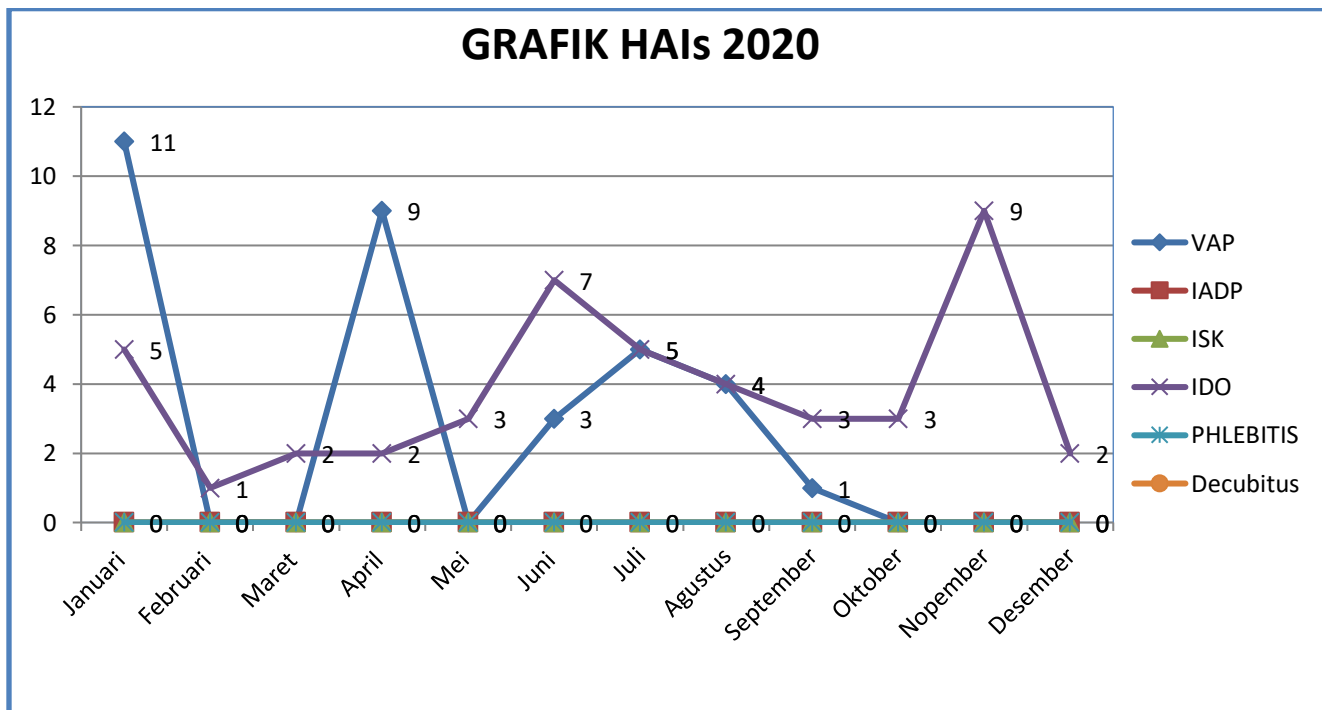
PROSES PELAKSANAAN KEGIATAN PPI

A. PELAKSANAAN KEGIATAN

1. Melakukan survei harian untuk angka kejadian VAP
2. Melakukan survei harian untuk angka kejadian ISK
3. Melakukan survei harian untuk angka kejadian IDO
4. Melakukan survei harian untuk angka kejadian IADP
5. Melakukan survei harian untuk angka kejadian Plebitis
6. Melakukan survei harian untuk kepatuhan HH
7. Melakukan survei harian Pembuangan Benda Tajam
8. Melakukan survei harian Pembuangan Limbah
9. Melakukan pertemuan pembahasan ICRA, setiap kegiatan rehab gedung.
10. Melakukan kunjungan monitoring terkait PPI ke ruangan dan Unit .kerja
11. Audit Insiden VAP, ISK, IADP dan IDO

JUMLAH KASUS HAI_s TAHUN 2020

No	Bulan	HAI _s				Plebitis
		VAP	IADP	ISK	IDO	
1	Januari	11 (100.92‰)	0	8 (9‰)	5 (2.89%)	0
2	Februari	0	0	0	1 (0.64%)	0
3	Maret	0	0	0	2 (1.34%)	0
4	April	9 (230.77‰)	0	0	2 (1.56%)	0
5	Mei	0	0	0	3 (3.06%)	0
6	Juni	3 (50,84 ‰)	0	0	7 (5%)	0
7	Juli	5 (68.49 ‰)	0	0	5 (4%)	0
8	Agustus	4 (81.63‰)	0	0	4 (2.67%)	0
9	September	1 (35.71‰)	0	0	3 (2.13%)	0
10	Oktober	0	0	0	3 (2.40%)	0
11	Nopember	0	0	0	9 (7.26%)	0
12	Desember	0	5 (38,46‰)	0	2 (2.11%)	0
	Total	33 (568,36‰)	5 (38,46‰)	8	46 (35,06%)	0



Keterangan grafik

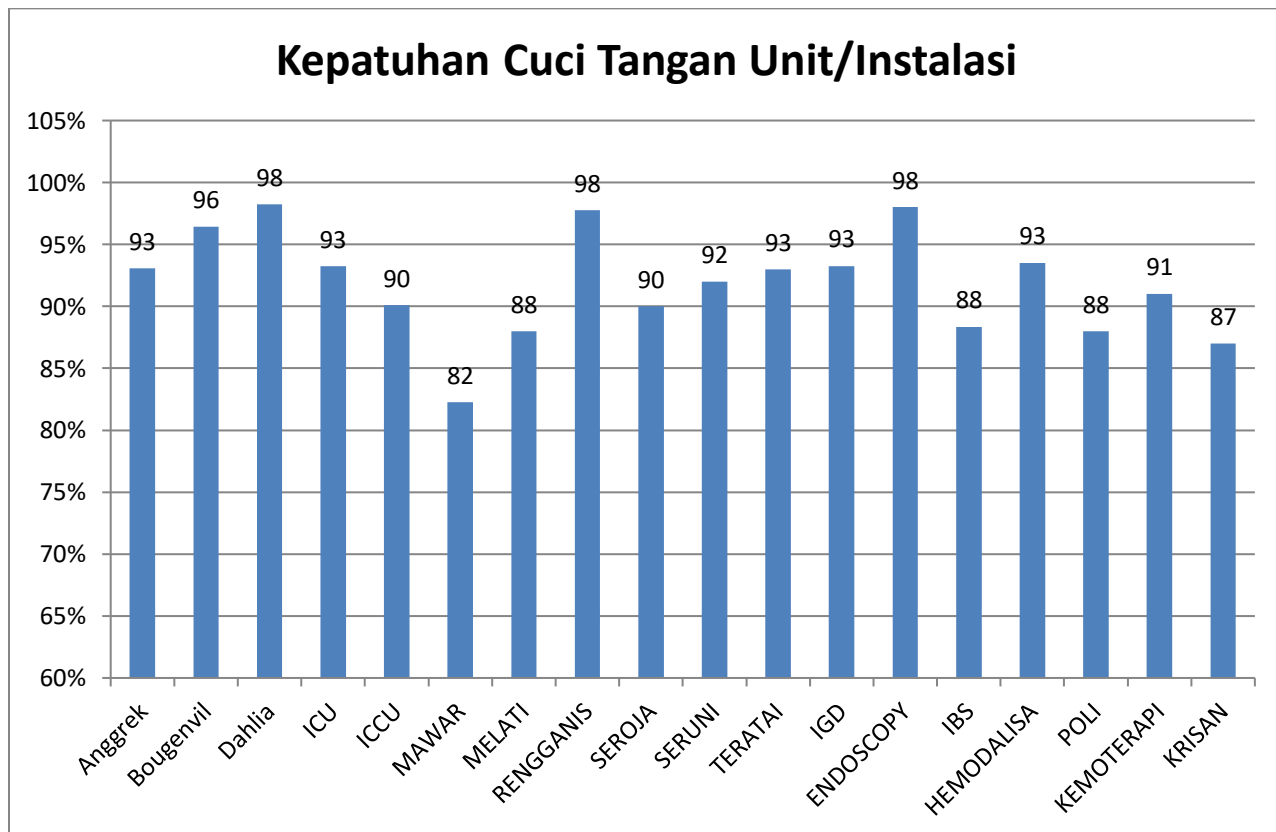
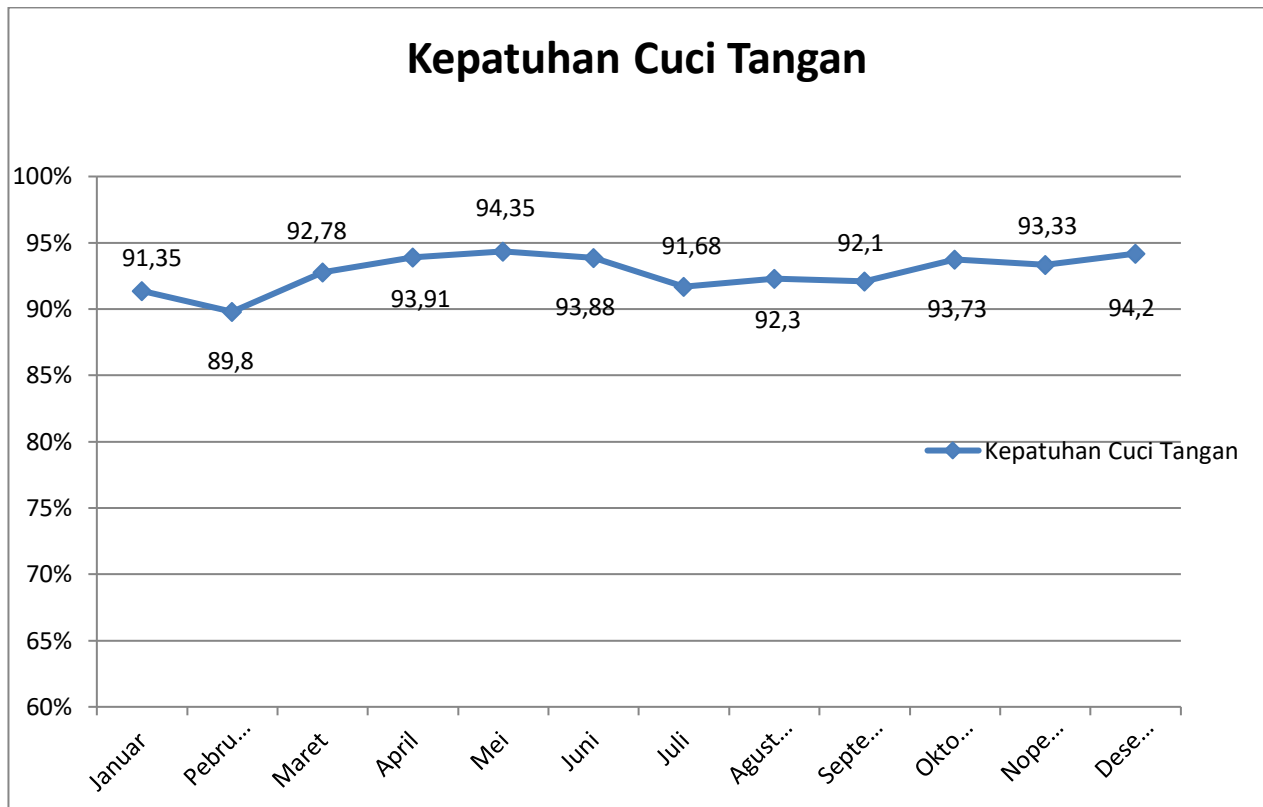
Berdasarkan grafik diatas diketahui bahwa kasus VAP dalam 1tahun terdapat 33 kasus, IDO 46 kasus dan IADP tidak terjadi. Jadi kasus yang perlu ditangani segera adalah kasus VAP dan IDO.

Standar PPI kasus IDO pengumpulan data bulanan $\leq 2\%$. Di RSUD dr. H. Koesnadi berdasarkan data kasus IDO Pada tahun 2020 sebanyak 46 pasien (2,9%) sehingga dapat disimpulkan bahwa kasus IDO melebihi standar, artinya perlu penurunan angka kejadian IDO sampai $< 2\%$

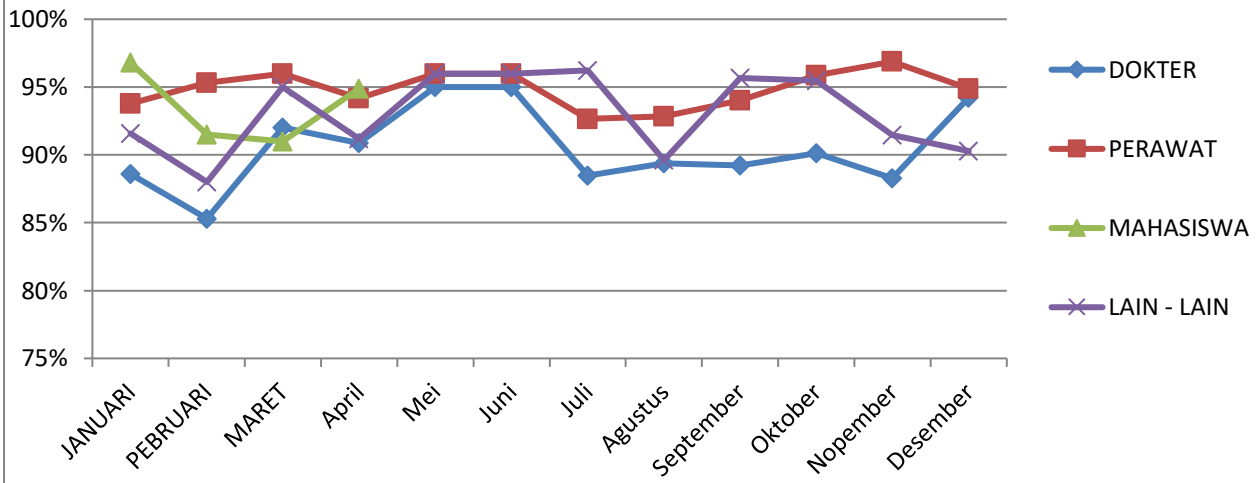
Rekomendasi

Hasil kesimpulan dari analisa diatas, maka kami Komite PPI memberikan laporan dan rekomendasi kepada Direktur, adapun rekomendasi kami terlampir

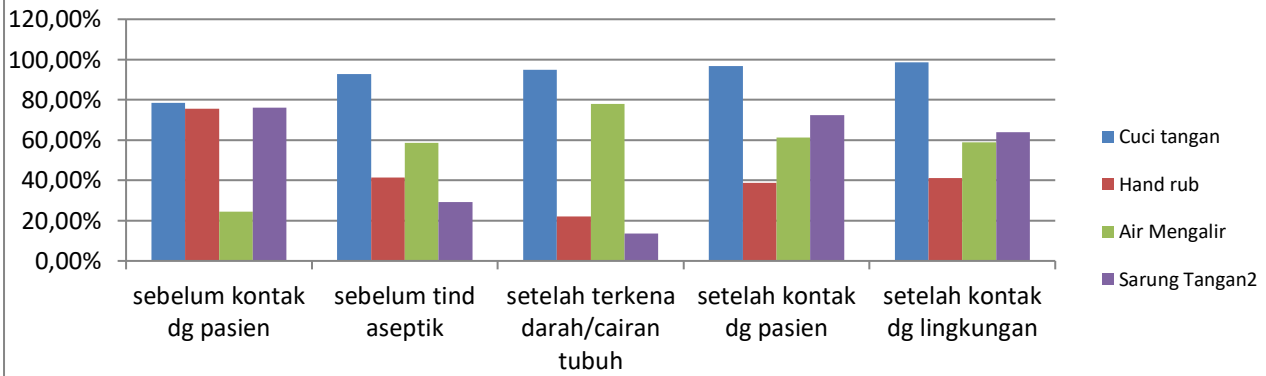
AUDIT KEPATUHAN CUCI TANGAN 2020



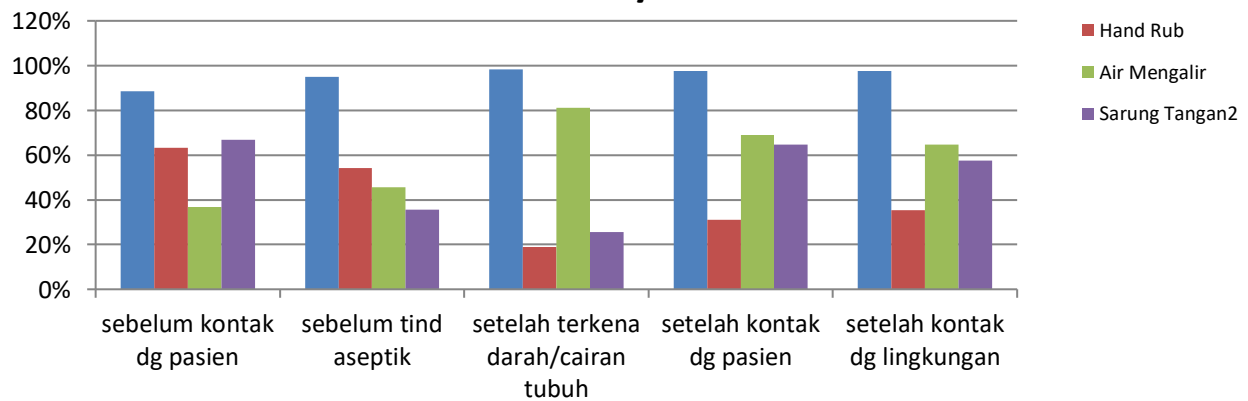
Kepatuhan Cuci Tangan Profesi

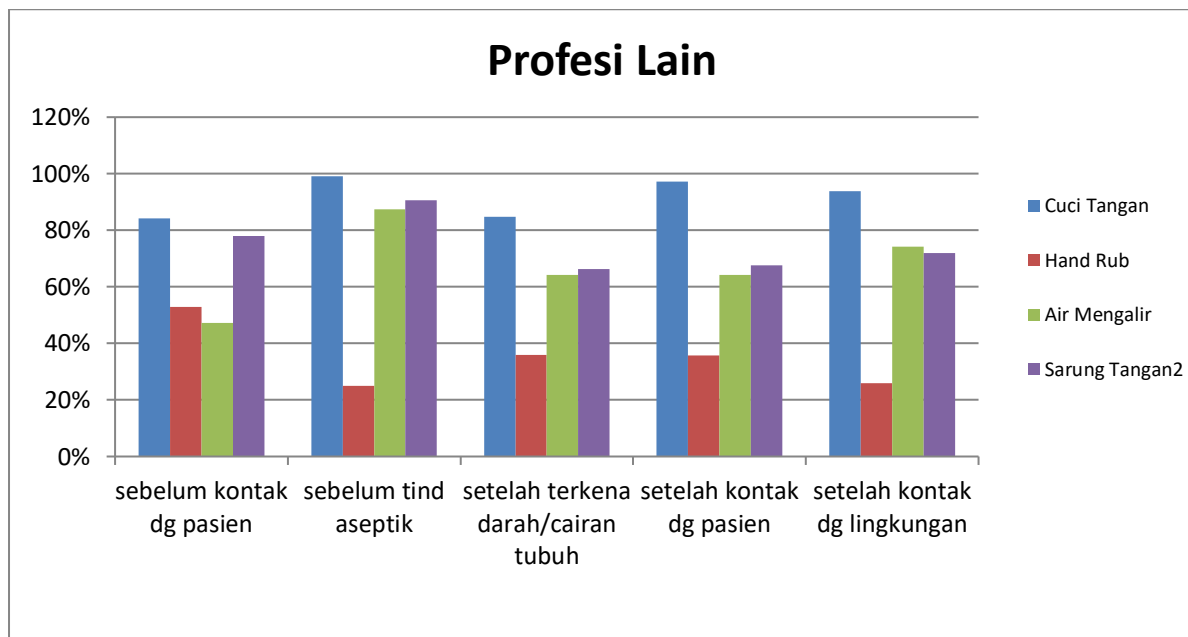
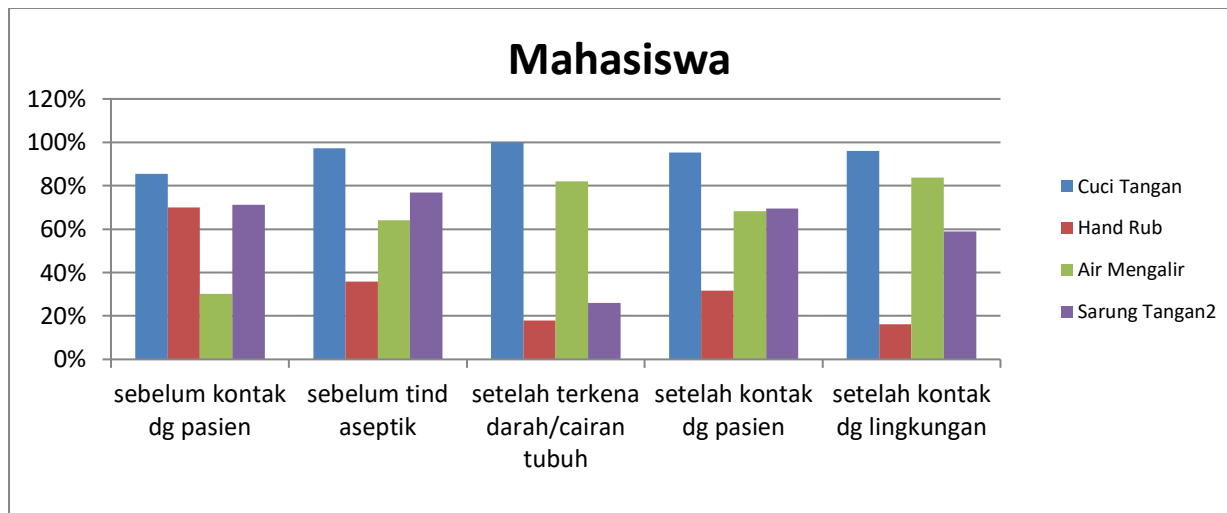


Dokter



Perawat/Bidan





Kepatuhan 5 momen cuci tangan di tiap-tiap ruang rawat inap dan tiap profesi masih belum 100%. Kepatuhan mahasiswa dan profesi lain dalam cuci tangan masih ada yang di bawah 80% karena kemungkinan masih hal baru dan belum terbiasa serta kurang patuh dalam hal 5 momen cuci tangan.

Masih tingginya cuci tangan dengan air mengalir menunjukkan banyaknya 5 momen cuci tangan yang terlewat, karena cuci tangan dengan air mengalir kebanyakan di kerjakan di waktu terakhir tindakan.

Tingginya pemakaian sarung tangan, kadang mengakibatkan petugas enggan untuk cuci tangan sesuai 5 momen.

Plain : Meningkatkan kepatuhan 5 momen cuci tangan sampai 100% pada tri mester IV

Do : Sosialisasi kepatuhan cuci tangan secara terus menerus

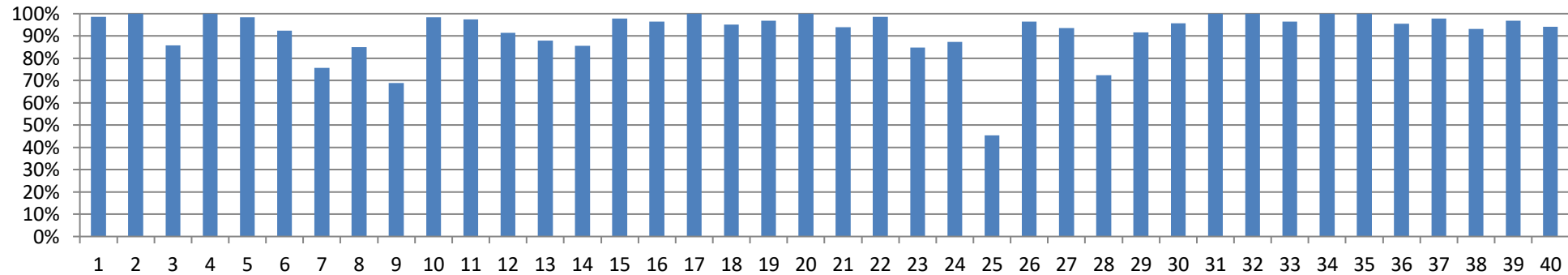
Cek : Cek kepatuhan cuci tangan setiap petugas di rawat inap dan semua instalasi.

Do : Mengecek kepatuhan cuci tangan setiap profesi di ruangan

Mensosialisasikan 5 momen cuci tangan dan 6 langkah cuci tangan

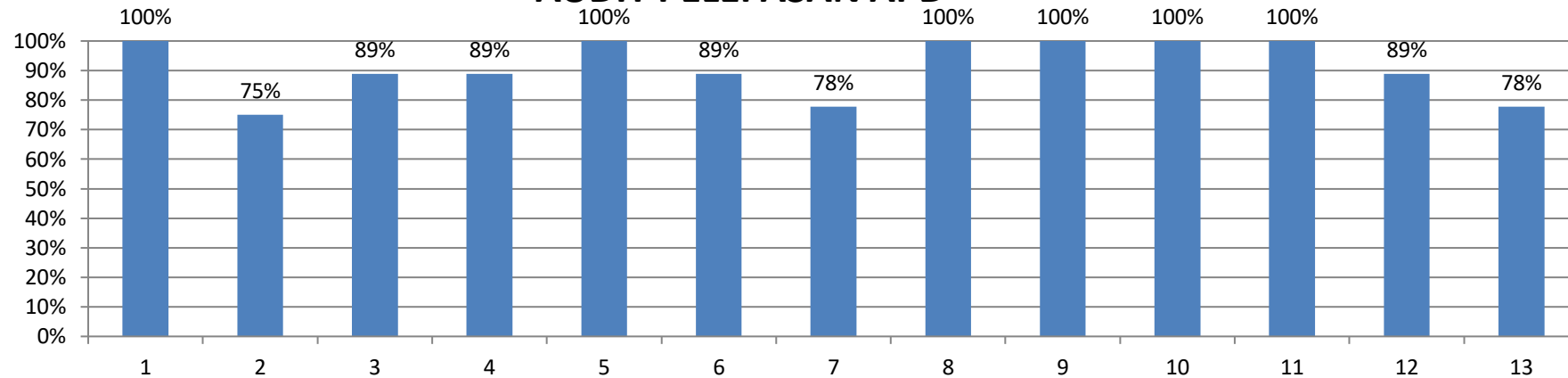
Mensosialisasikan dukungan SIM RS dalam audit kepatuhan cuci tangan

AUDIT KEPATUHAN PPI 2020



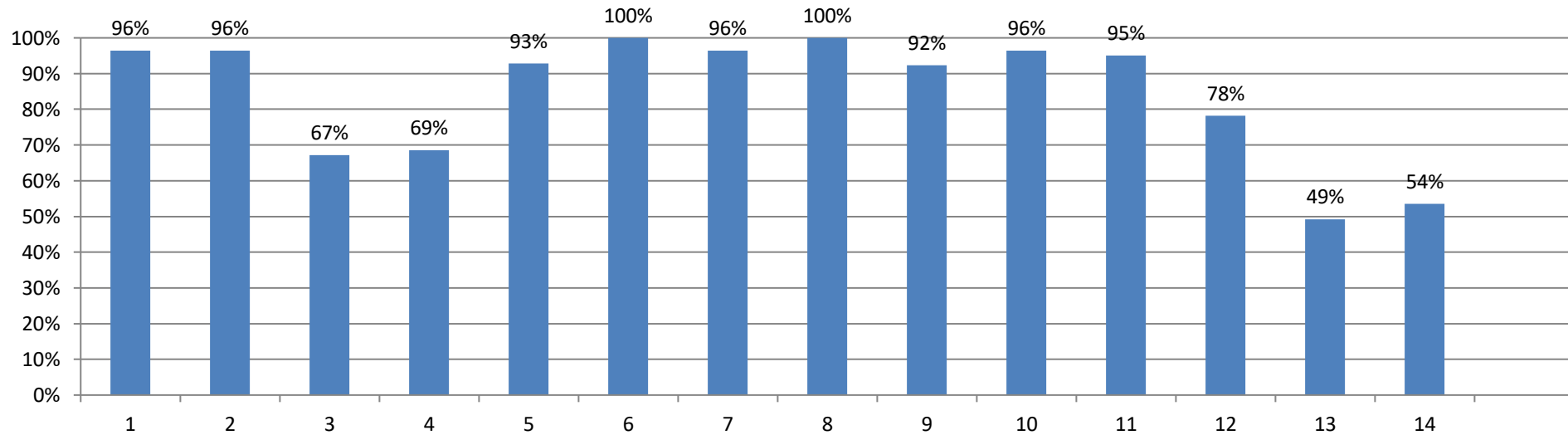
- | | | |
|--|---|---|
| 1. Personal hygiene petugas baik | 2. Pakaian, kerudung / rambut rapi dan bersih | 3. Tidak menggunakan perhiasan tangan |
| 4. Kuku pendek dan bersih | 5. Penggunaan APD sesuai tindakan | 6. Melakukan cuci tangan sesuai 5 momen |
| 7. Sudah pernah imunisasi hepatitis | 8. Sudah pernah tes swab covid - 19 | 9. Handrub tersedia di kamar pasien |
| 10. Tersedia sabun cair di wastafel | 11. Wastafel cuci tangan dalam keadaan bersih | 12. Ada tempat sampah di bawah wastafel |
| 13. Ada poster cuci tangan | 14. Ada kertas tisu pengesat | 15. Ruang tampak bersih |
| 16. Kasur menggunakan sarung kedap air / Perlak | 17. Bed bersih tidak berdebu | 18. Linen bersih tidak sobek dan tidak ada noda |
| 19. Alat lain di bed bersih, restrain, bantal. | 20. Alat - alat kedokteran bersih dan terawat | 21. Kondisi lemari bersih dan tertutup |
| 22. Ada tempat penyimpanan linen bersih | 23. Ada tempat penyimpanan alat-alat medis | 24. Tersedia lengkap |
| 25. Tersedia lemari tempat piring kotor (bersih dan tertutup) | | 26. Shower / bak mandi bersih dan berfungsi |
| 27. Tempat duduk / jongkok toilet bersih dan tidak ada kerusakan | | 28. Tersedia tempat sampah pempers dan sejenisnya |
| 29. Lantai kamar mandi tidak licin | 30. Kamar mandi tampak bersih | |
| 31. Tersedia tempat pembuangan sampah infeksius, non infeksius dan benda tajam | | 32. Tempat sampah infeksius kantong kuning |
| 33. Ada label di tempat sampah | 34. Tempat sampah non infeksius kantong hitam | |
| 35. Tempat limbah benda tajam menggunakan kontainer yang tahan air dan tahan tusukan | | 36. Limbah dibuang setelah terisi 3/4 |
| 37. Tempat sampah dalam keadaan bersih | 38. Pedal tempat sampah berfungsi baik | 39. Pembuangan sampah sesuai tempatnya |
| 40. Pembuangan jarum/benda tajam dalam sefty box | | 40. Sudah pernah rapid test covid-19 |

AUDIT PELEPASAN APD



1. Tersedia tempat sampah infeksius
2. Tersedia tempat barang yang dapat digunakan kembali (re-use)
3. Menerapkan kebersihan tangan pada tangan yang bersarung
4. Melepaskan apron dengan tubuh condong ke depan dan hati-hati untuk menghindari kontaminasi dari tangan
5. Melepaskan sarung tangan luar dan buang dengan aman
6. Melepaskan penutup kepala dan leher, dimulai dari bawah pelindung kepala dibelakang dan gulung dari belakang ke depan dan dari bagian dalam ke bagian luar lalu buang secara aman
7. Melepaskan gown dengan melepaskan ikatan lebih dahulu, kemudian menarik dari belakang ke depan mengulungnya dari dalam keluar dan membuangnya dengan aman
8. Melepaskan pelindung mata dengan menarik tali dari belakang kepala dan buang dengan aman
9. Melepaskan masker dari belakang kepala lebih dahulu, melepaskan tali bagian bawah ke atas kepala dan biarkan menggantung didepan, berikut lepas tali bagian atas dari bagian belakang kepala dan buang dengan aman
10. Melepaskan sepatu bot karet tanpa menyentuhnya, bila sepatu bot yang sama akan digunakan diluar pada area resiko tinggi, tetap gunakan tetapi bersihkan dan dekontaminasi secara benar sebelum meninggalkan area pelepasan
11. Melepaskan sarung tangan secara hati-hati dengan tehnik yang tepat dan buang dengan aman
12. Setiap melepas 1 (satu) APD, menerapkan kebersihan tangan
13. Saat bekerja pada ruang perawatan pasien, sarung tangan luar harus diganti antar pasien dan sebelum keluar (ganti setelah merawat pasien terakhir)

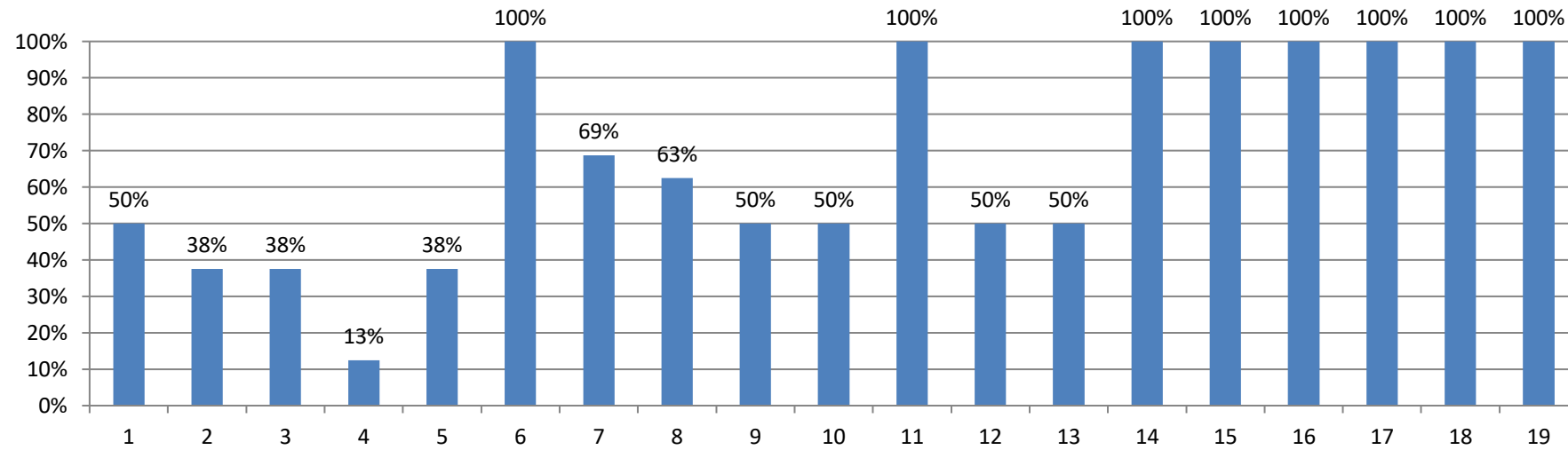
AUDIT PEMAKAIAN APD



1. Melepas semua barang-barang pribadi (perhiasan, jam tangan, Hp)
3. Memakai sepatu bot/sepatu tertutup
5. Memastikan semua ukuran APD benar dan sesuai
7. Memakai sarung tangan bersih
9. Memakai masker wajah
11. Memakai penutup kepala dan leher, topi bedah yang menutup leher dan sisi kepala
12. Memakai apron kedap air
14. Memakai APD berurutan seperti diatas

2. Memakai baju kerja
4. Menuju tempat ganti ruang isolasi
6. Menerapkan kebersihan tangan
8. Memakai coverall atau Gown/Jubah
10. Memakai pelindung wajah atau kaca mata pelindung
13. Memakai sarung tangan ke dua

AUDIT RUANG ISOLASI



- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| 1. Tekanan Negatif | 2. Pertukaran Udara >12 kali / jam | 3. Suhu 22 'C - 25' C |
| 4. Kelembaban 40% - 60% | 5. Kondisi (seal pintu) selalu tertutup | 6. Tersedia Sabun Cuci Tangan |
| 7. Tersedia Peper Towel | 8. Tersedia Topi | 9. Tersedia Kaca |
| 10. Tersedia Masker N 95. | 11. Tersedia Sarung Tangan | 12. Tersedia Gaun |
| 13. Tersedia Sepatu / boot jika di perlukan | 14. Melakukan kebersihan Tangan 5 Momen | 16. Membuang sampah sesuai standart |
| 15. Menggunakan APD saat melakukan kegiatan di ruang isolasi | 18. Memberikan edukasi pada pasien | 19. Memberikan edukasi pada keluarga |
| 17. Menempatkan linen kotor pada tempatnya | | |

Analisa data Monetering dan Evaluasi Hasil Audit Tahun 2020

Dari data di atas tersebut masih banyak di dapatkan data yang masih di bawah standart dan masih banyak kekurangan dari sarana dan prasarana pencegahan infeksi baik dari segi fisik atau peralatan medis

Rekomendasi /Tindak lanjut

Berdasarkan nilai yang di dapat maka perlu perbaikan sarana dan prasarana di kamar perawatan pasien seperti melengkapi sarana prasarana cuci tangan, kelenkapan alat dan kebersihan alat personal hygiene serta peningkatan kepatuhan staff dalam standart pre caution.

Untuk nilai kepatuhan yang sudah baiksupaya dipertahankan sehingga tetap tercapai hasil sesuai yang di harapkan / sesuai standart.

LAPORAN PASKA PAJANAN TAHUN 2020

No	Nama	Status	Tanggal	SumberPajanan	Lab danTindaklanjut
1.	Bpk H.	Tidak diperiksa	Juli 2020	HIV(-), HBsAg(-)	Perawatan luka

LAPORAN RE EMEGING DAN EMEGING TAHUN 2020

Jumlah pasien TB (Hasil TCM TB detektif dan non detektif) yang mendapat pengobatan OAT sebanyak 110 penderita.

Sedangkan penderita TB dengan MDR TB sebanyak 4 penderita, penatalaksanaannya dirujuk ke RS Paru Jember.

Penderita TB dengan Status HIV (+) / reaktif sebanyak 14 penderita.

Penderita HIV baru sebanyak 132 penderita.

DAFTAR PUSTAKA

- DepKes RI. 2008, *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan Fasilitas Kesehatan Lainnya*, Jakarta, Depkes RI.
- DepKes RI, 2004, *Pedoman Manajemen Linen di Rumah Sakit*, Jakarta Depkes RI.
- DepKes RI, *Pedoman Penata Laksanaan Pengelolaan Limbah Padat dan Cair di Rumah Sakit*, Jakarta Depkes RI.
- Keputusan MenKes 1204/MENKES/SK/X/2004, 2015, *Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit*, Jakarta Kepmenkes RI.
- DepKes RI, 1994, *Buku Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit (Konsep dasar dan Prinsip)*, Jakarta Depkes RI.
- DepKes RI, 2008, *Panduan Nasional Keselamatan Pasien RumahSakit (Patient Safety)*, Jakarta Depkes RI.
- Permenkes RI No. 1691 / MENKES / PER / VIII/ 2011, *Keselamatan Pasien RumahSakit*, Jakarta, Kemenkes RI.
- Kepmenkes 875/MENKES/SK/VIII/2001, 2015, *Penyusunan Upaya Pengelolaan Lingkungan dan Upaya Pemantauan Lingkungan (UKL-UPL) Kegiatan Bidang Kesehatan*, Jakarta Kemenkes RI.
- Kepmenkes 876/ MENKES/SK/VIII/2001, 2015, *PedomanTeknis Analisis Dampak Kesehatan Lingkungan*, JakartaKepmenkes RI.
- DepKes RI, 2010, *Pedoman Pelaksanaan Universal di Pelayanan Kesehatan*, Jakarta Depkes RI.
- DepKes RI, *Pedoman Pengendalian infeksi di rumah sakitdiRumahSakit*, Jakarta Depkes RI.
- Depkes RI, 2011, *Pedoman Manajerial PPI di RumahSakit dan Fasilitas Pelayan kesehatan Lainnya*, Jakarta, Depkes RI.
- DepKes RI, 2002, *Pedoman Sanitasi Rumah Sakit di Indonesia*, Jakarta, Depkes RI.
- DepKes RI, 2012, *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Tuberculosis di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*, Jakarta Depkes RI.
- DepKes RI, 2004, *Pedoman Manajemen Linen di Rumah Sakit*, Jakarta Depkes RI.