

LAPORAN PELAKSANAAN SURVEILANS HAI_s
OKTOBER, NOVEMBER, DESEMBER
TAHUN 2017



RSUD AROSUKA
KABUPATEN SOLOK

1. PENDAHULUAN

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 dapat memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang sudah ditentukan.

Masyarakat yang menerima pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan pengunjung di Rumah Sakit dihadapkan pada resiko terjadinya infeksi atau HAIs yaitu infeksi yang diperoleh di Rumah Sakit baik karena perawatan atau datang berkunjung ke Rumah Sakit. Angka HAIs terus meningkat (Alfarado, 2000) mencapai sekitar 9% (3-21%) atau lebih dari 1,4 juta pasien seluruh dunia. Hasil survey prevalensi dari 11 Rumah Sakit di DKI Jakarta yang dilakukan oleh Perdalim Jaya dan Rumah Sakit penyakit infeksi Prof. DR. Sulianti saroso Jakarta pada tahun 2003 didapatkan angka infeksi nosokomial ILO (Infeksi Luka Operasi) 18,9%, ISK (Infeksi Saluran Kemih) 15,1%, serta infeksi lain 32,1%.

Untuk meminimalkan terjadinya infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas kesehatan lainnya perlu diterapkan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) yaitu kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan serta monitoring dan evaluasi.

PPI di Rumah Sakit merupakan suatu upaya kegiatan untuk meminimalkan atau mencegah terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar Rumah sakit. Ditinjau dari asal didapatnya infeksi dapat berasal dari komunitas (Community Acquired Infection) atau berasal dari lingkungan Rumah Sakit (Hospital Acquired Infection) yang sebelumnya lebih dikenal dengan istilah infeksi nosokomial.

Karena seringkali tidak bisa secara pasti ditentukan asal infeksi maka sekarang istilah infeksi nosokomial (hospital acquired infection) diganti dengan istilah baru yaitu Healthcare Associated Infection (HAIs), dengan pengertian yang luas tidak hanya di Rumah Sakit juga infeksi di fasilitas lainnya. Khusus untuk infeksi di Rumah Sakit selanjutnya disebut Infeksi Rumah Sakit (IRS). Kegiatan Surveilans merupakan salah satu program PPI yang penting dan luas dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi. Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi akan dapat terlaksana dengan baik jika kegiatan

surveilans dilakukan dengan baik dan benar, oleh individu yang tepat dan mampu melaksanakan kegiatan yang dilakukan oleh surveilans dapat menurunkan kejadian HAIs.

2. PELAKSANAAN SURVEILANS

Adapun jenis kegiatan pokok yang dilaksanakan oleh IPCN yang dibantu oleh IPCLN adalah sebagai berikut:

- A. Melaksanakan Surveilans HAIs
- B. Monitoring manajemen laundry dan linen
- C. Monitoring pembuangan sampah infeksius cairan tubuh dan darah
- D. Monitoring pembuangan benda tajam dan jarum
- E. Monitoring kegiatan pelayanan makanan dan permesinan
- F. Monitoring hand hygiene
- G. Monitoring kepatuhan penggunaan APD
- H. Monitoring kebersihan lingkungan

3. HASIL SURVEILANS HAIs

A. Melaksanakan Surveilans

Dalam melaksanakan surveilans ini, IPCN melakukan survei HAIs pada IAD, VAP, IDO, ISK, dekubitus, flebitis. Untuk IAD, VAP, IDO tidak terjadi infeksi HAIs. Untuk Dekubitus dan Plebitis di temukan terjadinya HAIs. jenis kasus yakni data numerator berupa jumlah pasien dengan diagnosa Dekubitus dengan data numerator yakni Jumlah Pasien Dengan Tirah Baring Lama sebagai data pembanding, serta data numerator berupa jumlah pasien dengan diagnosa Plebitis serta data denominator berupa jumlah pemakaian IVL dalam bulan Januari.

Adapun metode yang dilakukan dalam melakukan surveilans ini adalah metode *Hospital Wide*, kegiatan ini dilakukan oleh IPCN yang dibantu oleh IPCLN dengan teknis sensus harian yang dilakukan per 24 jam sekali pada pukul 10:00-14:00 WIB , IPCN melakukan Pengamatan langsung di ruang perawatan, Pengumpulan data secara prospektif serta sumber data berasal dari Sumber: klinis pasien, faktor risiko, memantau prosedur perawatan, diskusi dengan dokter, perawat/ bidan ruangan.

Adapun hasil dari surveilans ini seperti yang dilihat pada Tabel 1. Sebagai berikut:

Tabel 1. Jumlah pemakaian dan kasus bulan Oktober, November, Desember

Pemakaian	Jumlah lama hari pemakaian	Kasus	Jumlah Pasien
Tirah baring	45	Dekubitus	3
IVL	1549	Plebitis	49

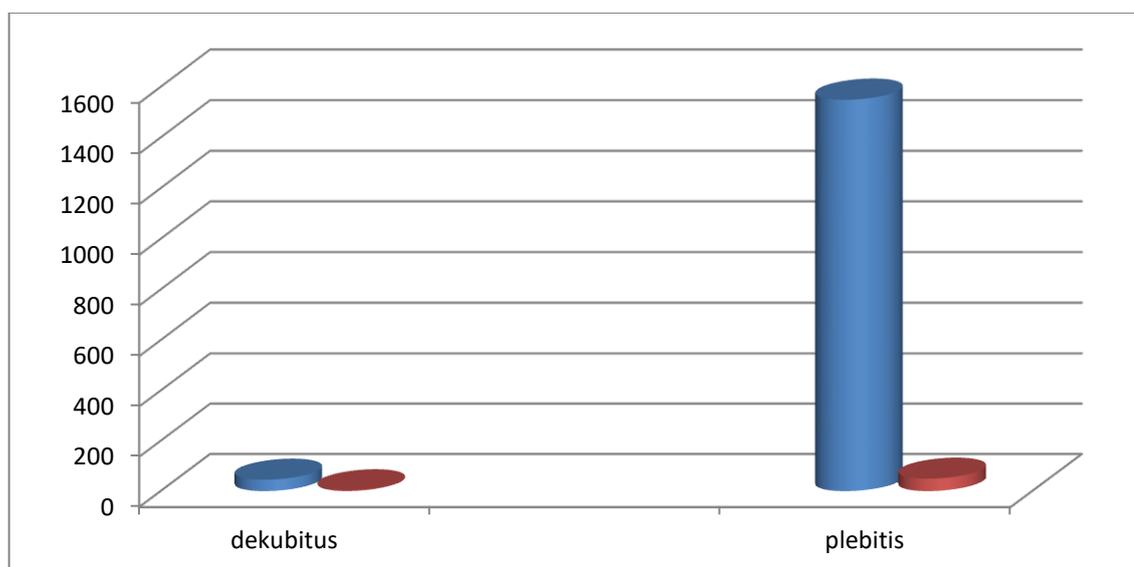
Maka setelah mendapatkan hasil data numerator dan denominator dilakukan penghitungan Insiden Rate dengan cara manual yaitu sebagai berikut:

Insiden Rate Dekubitus dan Plebitis:

Jumlah kasus Dekubitus ----- X 1000 Jumlah hari pemakaian UC = (3:45) X 1000 = 66.66‰	Jumlah kasus Plebitis ----- X 1000 Jumlah hari pemakaian infuse = (49:1549) X 1000 = 31.63‰
---	--

Hasil dari penghitungan Insiden Rate secara manual terlihat pada Grafik 1. sebagai berikut:

Grafik 1. Jumlah pemakaian dan kasus bulan Oktober, November, dan Desember Tahun 2017



Terlihat dari grafik diatas angka Insiden Rate untuk kasus Dekubitus mencapai angka 66.66‰ dan Insiden Rate untuk kasus Plebitis mencapai angka 31.63‰

B. Monitoring manajemen laundry dan linen

Kegiatan Monitoring management laundry dan linen dilakukan dengan metode Hospital wide, dimana dalam melakukan monitoring ini dilakukan oleh IPCN yang dibantu oleh IPCLN dengan teknis sensus harian yang dilakukan per 24 jam sekali pada pukul 10:00- 14:00 WIB. IPCN melakukan Pengamatan langsung di ruang laundry dan perawatan. Adapun hasil dari monitoring yang dilakukan terlihat dalam tabel 3. Sebagai berikut:

Tabel 3. Monitoring management laundry dan linen

NO	KEGIATAN	% ANGKA KEPATUHAN
1	Pemisahan linen infeksius dan non infeksius di ruangan keperawatan	= (Jumlah yang dilakukan : Jumlah hari dalam) sebulan X 100% = 20,3%
2	Pengangkutan linen kotor dan bersih dengan troli yang berbeda	
3	Pengangkutan linen kotor dan bersih dalam keadaan tertutup	
4	Pencuci linen infeksius dan non infeksius dengan mesin yang berbeda	
5	Pengeringan linen infeksius ditempat pengeringan yang berbeda	
6	Pendistribusian linen bersih kelemari yang tersedia	

Dalam tabel terlihat bahwa Angka kepatuhan, Petugas laundry dalam melakukan kegiatan harian pada bulan oktober, November dan desember mencapai 20,3%.

C. Monitoring pembuangan sampah infeksius cairan tubuh dan darah

Kegiatan Monitoring pembuangan sampah infeksius cairan tubuh dan darah dilakukan dengan metode Hospital wide, dimana dalam melakukan monitoring ini dilakukan oleh IPCN yang dibantu oleh IPCLN dengan teknis sensus harian yang dilakukan per 24 jam sekali pada pukul 10:00- 14:00 WIB. IPCN melakukan

Pengamatan langsung di ruang Laboratorium. Adapun hasil dari monitoring yang dilakukan terlihat dalam Tabel 5. Sebagai berikut:

Tabel 5. Monitoring pembuangan sampah infeksius cairan tubuh

NO	MONITORING KEGIATAN	% ANGKA KEPATUHAN
1	Pembuangan dan pemusnahan darah yang hasil uji saring positif dilakukan setiap hari	= Jumlah yang dilakukan : Jumlah hari X 100% =40,7 %
2	Pembuangan dan pemusnahan darah yang kadaluarsa maksimal 30 hari dilakukan sekali	
3	Pembuangan darah lisis dilakukan satu bulan sekali	
4	Pembuangan darah sisa hasil pemeriksaan dilakukan setiap hari	
5	Selalu membuat berita acara pemusnahan darah	
6	Pembuangan dan pemusnahan dilakukan petugas UTD saja	

Dalam tabel terlihat bahwa Angka kepatuhan dalam hasil monitoring pembuangan sampah infeksius cairan tubuh petugas laboratorium dalam melakukan kegiatan harian pada bulan Januari mencapai 40,7 %.

D. Monitoring pembuangan benda tajam dan jarum

Kegiatan Monitoring pembuangan benda tajam dan jarum dilakukan dengan metode Hospital wide, dimana dalam melakukan monitoring ini dilakukan oleh IPCN yang dibantu oleh IPCLN dengan teknis sensus harian yang dilakukan per 24 jam sekali pada pukul 10:00- 14:00 WIB . IPCN melakukan Pengamatan langsung di ruang Keperawatan dan Poli . Adapun hasil dari monitoring yang dilakukan terlihat dalam Tabel 6. Sebagai berikut:

Tabel 6. Monitoring pembuangan benda tajam

NO	MONITORING KEGIATAN	% ANGKA KEPATUHAN
1	Tidak menutup kembali jarum suntik bekas pakai	= Jumlah kegiatan yang dilakukan : Jumlah hari X 100% =35,2%
2	Tidak memberikan benda tajam habis pakai keorang lain	
3	Jika harus memberikan benda tajam keorang lain gunakan kontainer	
4	Limbah benda tajam dimasukkan kedalam kotak khusus (tahan tusuk tahan air)	
5	Kotak limbah benda tajam jika $\frac{3}{4}$ penuh di tutup rapat atau disegel dan dibuang ditempat penyimpanan sampah	

Dalam tabel terlihat bahwa Angka kepatuhan dalam hasil monitoring pembuangan benda tajam dan jarum petugas kesehatan dalam melakukan kegiatan harian pada bulan oktober, November dan desember mencapai 35,2 %.

E. Monitoring kegiatan pelayanan makanan (Gizi)

Kegiatan Monitoring kegiatan pelayanan makanan dilakukan dengan metode Hospital wide, dimana dalam melakukan monitoring ini dilakukan oleh IPCN yang dibantu oleh IPCLN dengan teknis sensus harian yang dilakukan per 24 jam sekali pada pukul 10:00- 14:00 WIB . IPCN melakukan Pengamatan langsung di ruang Gizi. Adapun hasil dari monitoring yang dilakukan terlihat dalam Tabel 7. Sebagai berikut:

Tabel 7. Monitoring pelayanan makanan (Gizi)

NO	MONITORING KEGIATAN	% ANGKA KEPATUHAN
1	Hand Hygiens petugas diruangan	= (Jumlah kegiatan yang dilakukan : Jumlah hari) X 100% =27,2%
2	APD petugas saat memasak	
3	Kebersihan alat masak	
4	Kebersihan alat makan	
5	Ketepatan distribusi	
6	Keamanan makanan	

Dalam tabel terlihat bahwa Angka kepatuhan dalam hasil monitoring kegiatan pelayanan makanan (Gizi) oleh petugas gizi dalam melakukan kegiatan harian pada bulan oktober, November dan desember mencapai 27,2%

F. Monitoring hand hygiens

Kegiatan Monitoring kegiatan hand hygiens dilakukan dengan metode Hospital wide, dimana dalam melakukan monitoring ini dilakukan oleh IPCN yang dibantu oleh IPCLN dengan teknis sensus harian yang dilakukan per 24 jam sekali pada pukul 10:00- 14:00 WIB . IPCN melakukan Pengamatan langsung di semua instalasi RSUD. Adapun hasil dari monitoring yang dilakukan terlihat dalam Tabel 8. Sebagai berikut:

Tabel 8. Monitoring 5 Moment Hand Hygiens

NO	5 MOMENT	% ANGKA KEPATUHAN Januari
1	Sebelum kontak dengan pasien	= (Jumlah kegiatan yang dilakukan : Jumlah hari) X 100% = 35 %
2	Sebelum melakukan tindakan aseptik	
3	Setelah terkena cairan tubuh pasien beresiko	
4	Setelah kontak dengan pasien	
5	Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien	

Dalam tabel terlihat bahwa Angka kepatuhan dalam hasil Hand Hygiens oleh petugas kesehatan dalam melakukan kegiatan harian pada bulan oktober, November dan desember mencapai 35%.

G. Monitoring kepatuhan penggunaan APD

Kegiatan Monitoring kepatuhan penggunaan APD dilakukan dengan metode Hospital wide, dimana dalam melakukan monitoring ini dilakukan oleh IPCN yang dibantu oleh IPCLN dengan teknis sensus harian yang dilakukan per 24 jam sekali pada pukul 10:00- 14:00 WIB. IPCN melakukan Pengamatan langsung di semua instalasi RSUD. Adapun hasil dari monitoring yang dilakukan terlihat dalam Tabel 9. Sebagai berikut:

Tabel 9. Monitoring Kepatuhan penggunaan APD

NO	KEGIATAN	% ANGKA KEPATUHAN
1	Tersedia masker diruang perawatan, insentif, tindakan sesuai dengan kebutuhan	= (Jumlah kegiatan yang dilakukan : Jumlah hari) X 100% = 30,7%
2	Tersedia sarung tangan on steril dan steril di ruangan, insentif dan ruangan tindakan sesuai dengan kebutuhan	
3	Tersedia topi diruangan perawatan, insentif dan ruang tindakan sesuai dengan kebutuhan	
4	Tersedia gaun diruang tindakan sesuai dengan kebutuhan	
5	Tersedia sandal yang tertutup bagian depan di ruangan tindakan	
6	APD mudah didapat	
7	Masker dipakai dengan baik dan benar	
8	Sarung tangan dipakai sesuai panduan	
9	Topi diruangan perawatan, insentif dan ruang tindakan dipakai dengan baik dan benar	
10	Gaun dipakai sesuai kebutuhan	
11	Sandal dipakai dalam ruangan khusus	
12	APD dipakai sesuai jenis pajanan	

Dalam tabel terlihat bahwa Angka kepatuhan dalam hasil Monitoring Kepatuhan penggunaan APD oleh petugas kesehatan dalam melakukan kegiatan harian pada bulan oktober, November dan desember mencapai 30,7 %.

4. KESIMPULAN

- a. Surveilans RSUD Arosuka meliputi IAD, VAP, IDO, ISK, Dekubitus, Plebitis. Untuk kasus IAD, VAP, IDO, ISK Tidak ditemukan kejadian HAIs. Angka Insiden Rate kasus Dekubitus di bulan Oktober, November, Desember tahun 2017 mencapai 66.66% serta Angka Insiden Rate kasus Plebitis mencapai angka 31.63%
- b. Monitoring CSSD belum dilaksanakan karena belum ada sterilisasi sentral.

- c. Persentase monitoring londri dan linen bulan Oktober, November, Desember tahun 2017 mencapai Angka 20.3%
- d. Persentase monitoring pembuangan benda tajam dan jarum pada bulan Oktober, November, Desember tahun 2017 mencapai Angka 35.2%
- e. Angka Kepatuhan Hand hygiene di RSUD Arosuka pada bulan Oktober, November, Desember tahun 2017 mencapai angka 35%
- f. Monitoring kepatuhan penggunaan APD di RSUD Arosuka pada bulan Oktober, November, Desember tahun 2017 mencapai angka 30,7%
- g. Monitoring kegiatan pelayanan makanan dan gizi di RSUD Arosuka pada bulan Oktober, November, Desember tahun 2017 mencapai angka 27,2%

5. REKOMENDASI

- a. Memberikan pelatihan PPI bagi seluruh karyawan RSUD Arosuka, agar pegawai memahami prinsip-prinsip PPI
- b. Melengkapi sarana dan prasarana RS sesuai permenkes RI. (sterilisasi sentral, bangunan gizi, londri, kamar jenazah,)
- c. Safety box harus tersedia sesuai kebutuhan, monitoring kepatuhan berlanjut kepada petugas
- d. Handrub harus tersedia sesuai kebutuhan, ada wastafel yang berfungsi baik di setiap ruangan sesuai standar PPI.
- e. APD harus tersedia sesuai kebutuhan, audit kepatuhan berlanjut kepada seluruh petugas.
- f. Segera melengkapi kebutuhan diruang Isolasi
- g. Pelatihan pada petugas londri dan CSSD.

Mengetahui,
Direktur RSUD Arosuka,

Arosuka, Januari 2018
Ketua Komite PPI

dr.MARYETIMARWAZI, MARS
NIP. 19671017 200212 2 001

Dr. Elda Desvita Harsa, Sp.P
Nip. 19731229 200501 2 002

