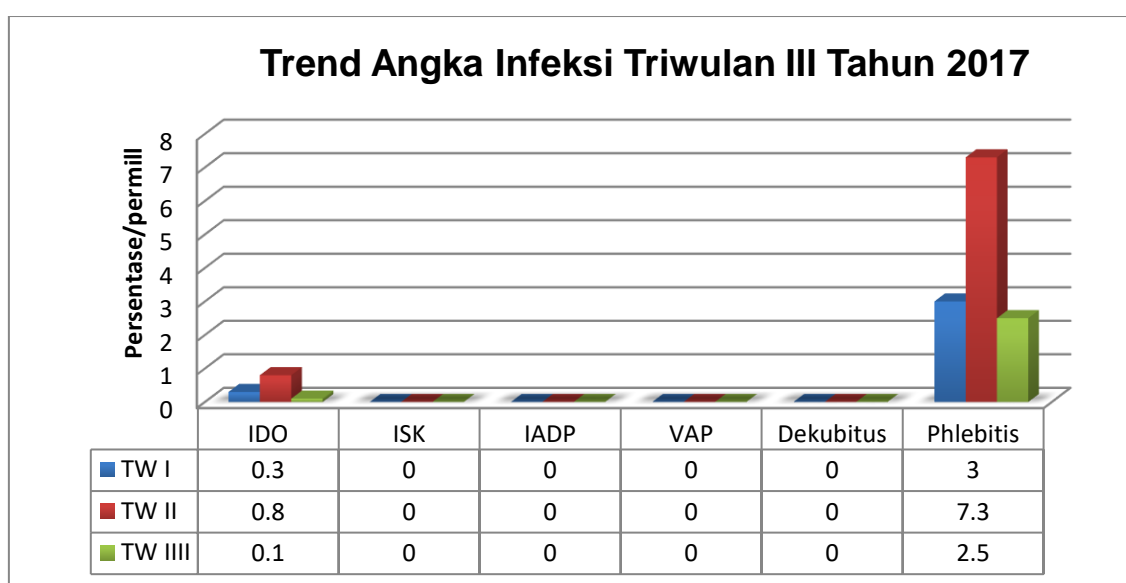


LAPORAN PPI

SURVAILANS TRIWULAN III TAHUN 2017

Trend Angka Infeksi Triwulan I, II, dan III tahun 2017

Bulan	IDO	ISK	IADP	VAP	Dekubitus	Phlebitis
TW I	0,3%	0‰	0‰	0‰	0‰	3,0‰
TW II	0,8%	0‰	0‰	0‰	0‰	7,3‰
TW III	0,1%	0‰	0‰	0‰	0‰	2,5‰

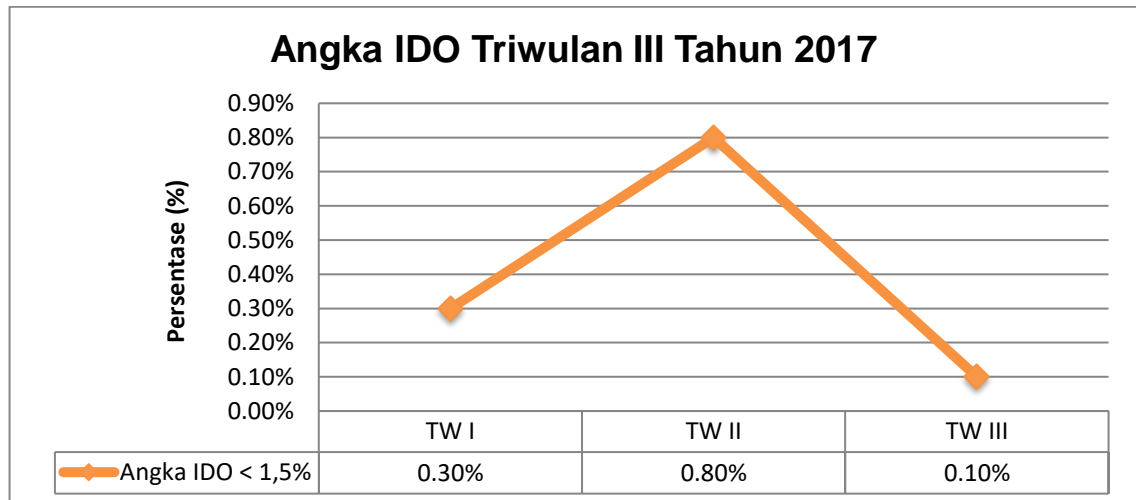


Analisa dari grafik diatas, dapat diketahui bahwa rata-rata angka infeksi pada triwulan III menurun dibandingkan dengan triwulan I dan triwulan II. Angka infeksi tertinggi pada triwulan ke III yaitu angka phlebitis sebesar 2,5‰ menurun dibandingkan dengan triwulan I sebesar 3‰ dan triwulan II 7,3‰. Walaupun angka plebitis menurun tetapi belum mencapai target yang diharapkan yaitu < 1,5‰. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh :

- Kurangnya kepatuhan kebersihan tangan yang dibuktikan dengan rata-rata tingkat kepatuhan yang masih rendah.
- Perawatan infus tidak sesuai dengan standar prosedur operasional (SPO)
- Petugas belum memahami bundle pencegahan phlebitis.
- Petugas belum memahami teknik pemasangan infus sesuai prosedur.
- Pada saat pencampuran obat injeksi menggunakan box pencampuran obat belum terlaksana secara optimal.
- Kondisi penyakit pasien

1. Insiden Rate Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Indikator	Standar	TW I	TW II	TW III	JULI	AGUST	SEPT
Angka IDO	< 1,5%	0,3%	0,8%	0,1%	0,3%	0%	0%



a) Analisa Data

Berdasarkan grafik tersebut dapat dilihat bahwa angka kejadian Infeksi Daerah Operasi pada triwulan ke III 0,1% terjadi penurunan dari Triwulan II sebanyak 0,7 % dibandingkan Triwulan II . Angka IDO pada Triwulan III terjadi pada pasien post SC satu orang yaitu terjadi pada bulan Juli 2017.

Kemungkinan penyebab dari angka IDO :

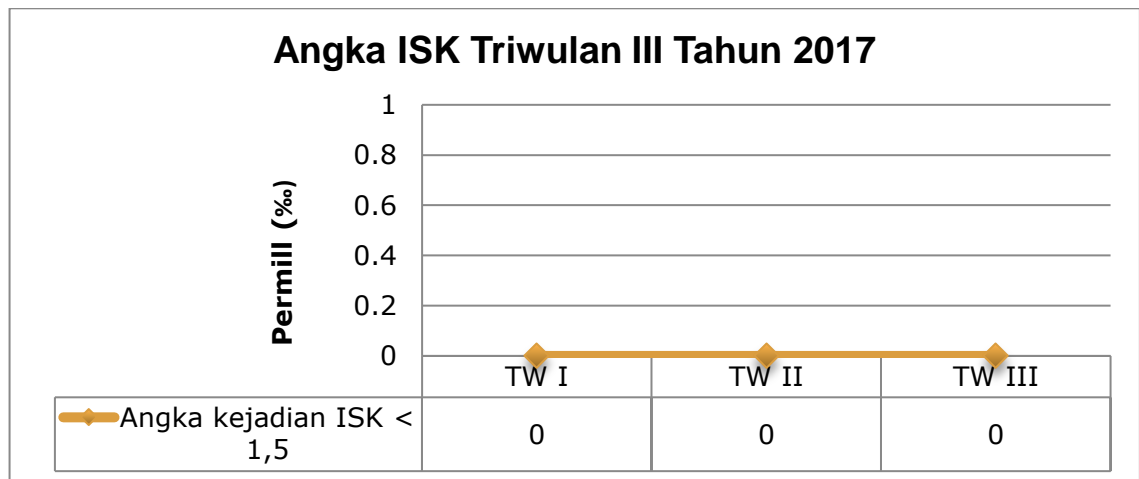
- Kurangnya edukasi pada pasien tentang perawatan luka post operasi dirumah
- Lingkungan kamar operasi belum bertekanan positif dan tidak mempunyai HEPA filter, alur bersih dan kotor masih bergabung
- Petugas belum melakukan perawatan luka dengan cara septik dan aseptik dengan benar.
- Kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan pada 5 moment masih kurang
- Bundle pencegahan IDO belum terlaksana dengan baik seperti pasien dimandikan dengan menggunakan clorhexidine sebelum operasi, pemberian antibiotik profilaksis pada pasien 1 jam sebelum operasi dimulai tidak konsisten.

b) Rencana Tindak Lanjut

1. Membuat rekomendasi untuk pencukuran rambut sebelum operasi dengan menggunakan CLIPPER.
2. Berkoordinasi dengan IPCLN untuk memastikan bahwa pasien dimandikan menggunakan chlorhexidine 4% sebelum operasi.
3. Berkoordinasi dengan IPCLN untuk melakukan Monitoring kepatuhan Kebersihan tangan dan penggunaan APD.
4. Monitoring pelaksanaan bundle pencegahan IDO oleh IPCN.

2. Insiden Rate Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Indikator	Standar	TW I	TW II	TW III	JULI	AGUST	SEPT
Angka ISK	< 1,5‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰



a) Analisa Data

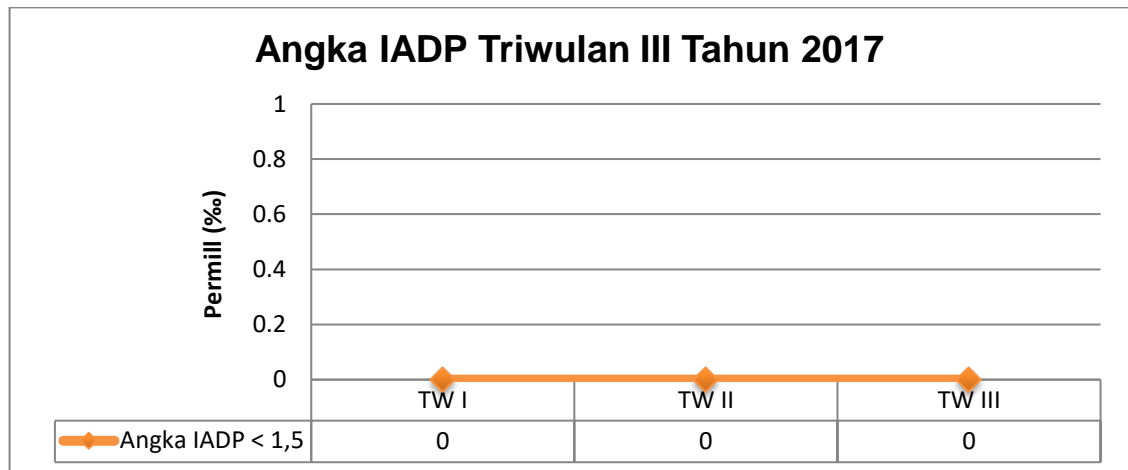
Berdasarkan grafik diatas dapat dilihat bahwa angka Infeksi saluran kemih (ISK) Triwulan III 0‰, masih sama dibandingkan dengan Triwulan I dan Triwulan II. Kemungkinan disebabkan oleh sedikitnya jumlah hari pemasangan kateter urin, sehingga resiko terjadinya ISK sangat kecil. Hal ini hendaknya dapat dipertahankan baik secara SPO maupun penggunaan APD serta kesesuaian indikasi dalam pemakaian alat tersebut agar tidak terjadi Infeksi Saluran Kemih (ISK).

b) Rencana Tindak Lanjut

1. Memastikan bahwa pencatatan kejadian infeksi saluran kemih (ISK) selalu tercatat dengan benar.
2. Melakukan monitoring pelaksanaan bundles Infeksi daerah Operasi (ISK)

3. Insiden Rate Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)

Indikator	Standar	TW I	TW II	TW III	JULI	AGUST	SEPT
Angka IADP	< 1,5	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰



a) Analisa Data

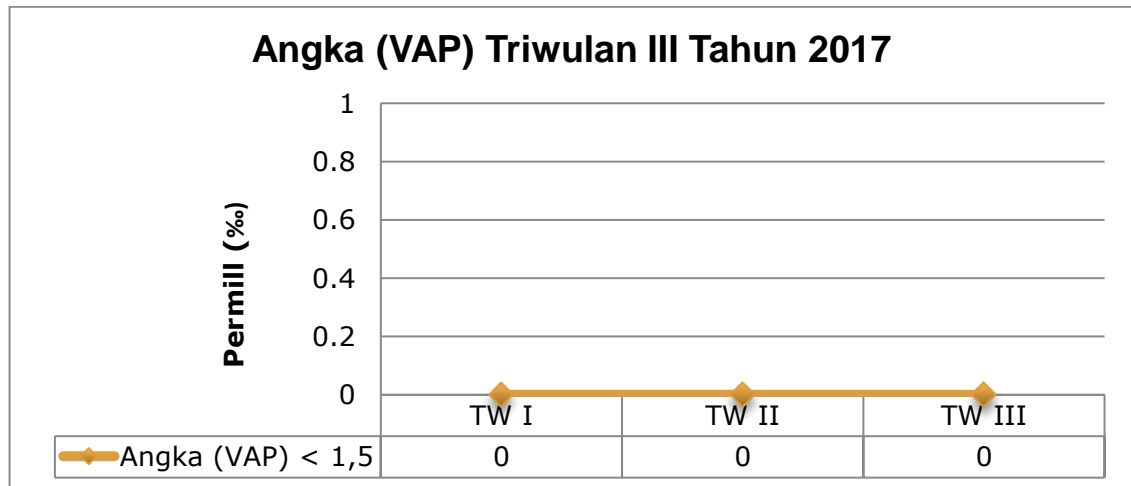
Berdasarkan grafik diatas dapat dilihat bahwa angka Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) Triwulan III 0‰, dimana pasien yang terpasang kateter vena sentral ada satu orang pasien dengan jumlah hari pemakaian alat 5 hari. Sedangkan pada triwulan I dan triwulan 2 tidak ada pasien yang terpasang kateter vena sentral. Hal ini hendaknya dapat dipertahankan baik secara SPO maupun kesesuaian indikasi dalam pemakaian alat serta tserta pelaksanaan bundle pencegahan Infeksi Aliran Darah Primer (IADP).

b) Rencana Tindak Lanjut

1. Memastikan bahwa pencatatan kejadian Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) selalu tercatat dengan benar.
2. Melakukan monitoring pelaksanaan bundles Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)

4. Insiden Rate Ventilator Associated Pneumonia (VAP)

Indikator	Standar	TW I	TW II	TW III	JULI	AGUST	SEPT
Angka VAP	< 1,5	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰



a) Analisa Data

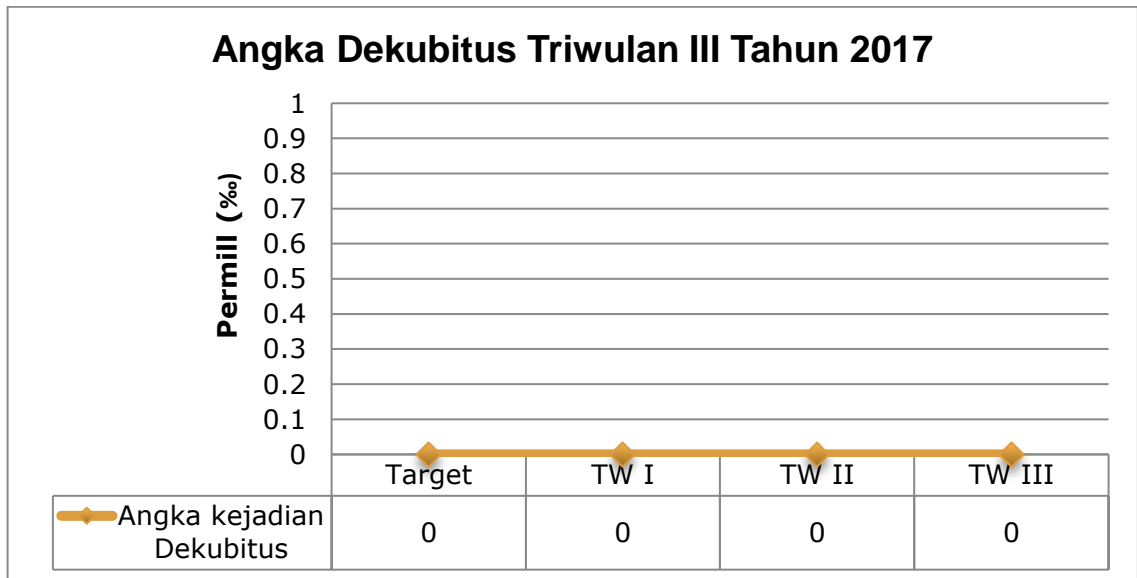
Berdasarkan grafik diatas dapat dilihat bahwa angka Infeksi akibat penggunaan ventilator atau VAP (ventilator associated pneumoni) Triwulan III 0‰, masih sama dengan triwulan I dan triwulan II, dimana pasien yang terpasang Ventilator pada triwulan ke III ada 1 orang pasien dengan jumlah hari pemakaian alat 8 hari. Sedangkan pada triwulan I ada 2 pasien yang terpasang ventilator dengan jumlah hari pemasangan 4 hari dan triwulan II ada 1 orang pasien yang menggunakan ventilator dengan jumlah hari pemasangan 1 hari. Hal ini hendaknya dapat dipertahankan baik secara SPO maupun penggunaan pelaksanaan Bundle pencegahan VAP.

b) Rencana Tindak Lanjut

1. Memastikan bahwa pencatatan kejadian Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) selalu tercatat dengan benar.
2. Melakukan monitoring pelaksanaan bundles Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)

5. Insiden Rate Dekubitus

Indikator	Standar	TW I	TW II	TW III	JULI	AGUST	SEPT
Angka Dekubitus	< 1,5	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰



a) Analisa Data

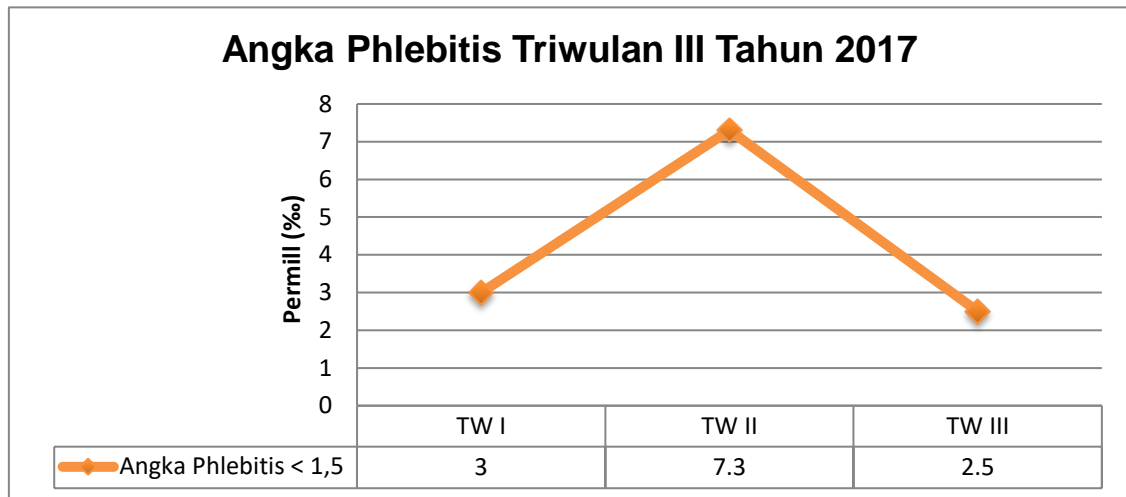
Berdasarkan grafik diatas dapat dilihat bahwa angka dekubitus pada pasien tirah baring pada triwulan III 0%, masih sama dengan triwulan I dan triwulan II dan sesuai dengan target yang diharapkan. Hal ini hendaknya dapat dipertahankan dalam melakukan perawatan atau mobilisasi pasien tirah baring, agar tidak terjadi Infeksi Dekubitus.

b) Rencana Tindak Lanjut

1. Memastikan bahwa pencatatan kejadian Infeksi pada pasien tirah baring lama (dekubitus) selalu tercatat dengan benar.
2. Melakukan monitoring pelaksanaan perawatan pasien tirah baring lama.

6. Insiden Rate Phlebitis

Indikator	Standar	TW I	TW II	TW III	JULI	AGUST	SEPT
Angka Phlebitis	< 1,5	3,0‰	7,3‰	2,5‰	2,4‰	3,16‰	1,9‰



a) Analisa Data

Berdasarkan grafik diatas, insiden rate phlebitis di Rumah Sakit Islam Arafah Jambi pada triwulan III mengalami penurunan dibandingkan dengan triwulan I dan triwulan II. Pada triwulan I angka phlebitis 3‰, triwulan II 7,3‰ dan triwulan III 2,5‰. Akan tetapi angka phlebitis ini belum mencapai target yang diharapkan yaitu > 1,5‰. Kemungkinan penyebab terjadinya Phlebitis :

Kemungkinan penyebab terjadinya Phlebitis :

- Pemasangan infus masih ada yang belum sesuai SPO
- Kepatuhan dan ketepatan kebersihan tangan belum maksimal.
- Pemahaman petugas mengenai bundle pencegahan phlebitis masih kurang.
- Ketepatan penggunaan APD tidak konsisten
- Teknik aseptik pada pemasangan infus tidak maksimal dilakukan.

b) Rencana Tindak Lanjut.

1. Mengadakan pelatihan bagaimana melakukan pemasangan infus yang benar agar tidak terjadi phlebitis.
2. Sosialisasi dan monitoring bundle pencegahan phlebitis
3. Monitoring kepatuhan kebersihan tangan dan penggunaan APD.

Jambi, 10 Oktober 2017

Ketua Komite PPIRS

dr. Mahmudah