

**LAPORAN BULANAN IPCN AREA 3
SEPTEMBER**



**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. LOEKMONO HADI
KABUPATEN KUDUS
2019**

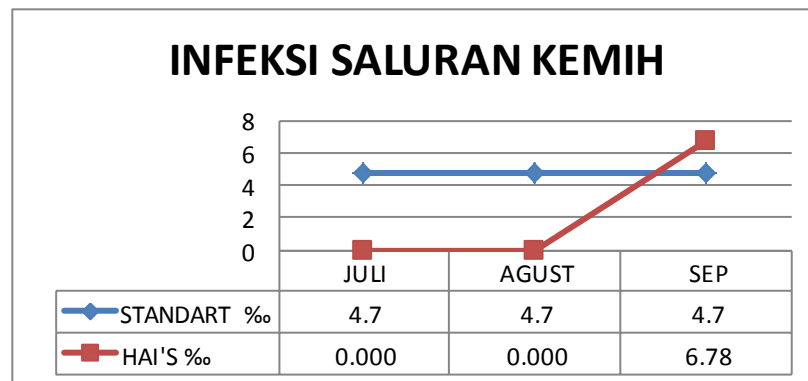
**EVALUASI KEGIATAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI
AREA IPCN 3**

A. KEWASPADAAN STANDAR

1. SURVEILANS HAI'S TAHUN 2019 :

NO	VARIABEL	Bulan			TOTAL	
		JULI	AGUST	SEPT	JUMLAH	STANDAR HAI's
1	Jumlah pemasangan kateter	131	135	149	415	< 4,7MIL
	Jumlah hari terpasang kateter	532	467	475	1474	
	Terjadi ISK	0	0	10	10	
	HAI's	0	0	21.05263	6.784261	
2	Juml. Tindakan operasi	131	120	114	365	2%
	Juml. Hari operasi	365	320	313	998	
	Terjadi IDO	0	0	2	2	
	HAI's	0	0	0.958466	0.20	
3	Juml. Pemasangan ventilator mekanik	36	34	35	105	<5.8/MIL
	Juml hari terpasang ventilator mekanik	121	71	82	274	
	Terjadi VAP	0	0	0	0	
	HAI's	0	0	0	0	
4	Jumlah pemasangan IADP	0	4	4	8	5/MIL
	Juml. Hari terpasang IADP	15	22	21	58	
	Terjadi infeksi IADP	0	0	0	0	
	HAI's	0	0	0	0	
5	TERTUSUK JARUM	0	0	1	0	

a) Angka kejadian ISK



Grafik 1. Angka Kejadian Hal's ISK tahun 2019

Angka kejadian HAI's ISK pada trimester 3 tahun 2019 yaitu 6,78‰. dari jumlah pemasangan kateter baru 415 dengan lama hari perawatan 1474. HAI's ISK pada trimester 3 2019 dapat terdeteksi dengan melaksanakan kultur lab dari pasien yang terpasang cateter urin ddi rumah sakit dengan lama hari perawatan 2x24jam. Angka kejadian ini sudah melebihi standar yang sudah di tetapkan .

Analisa masalah

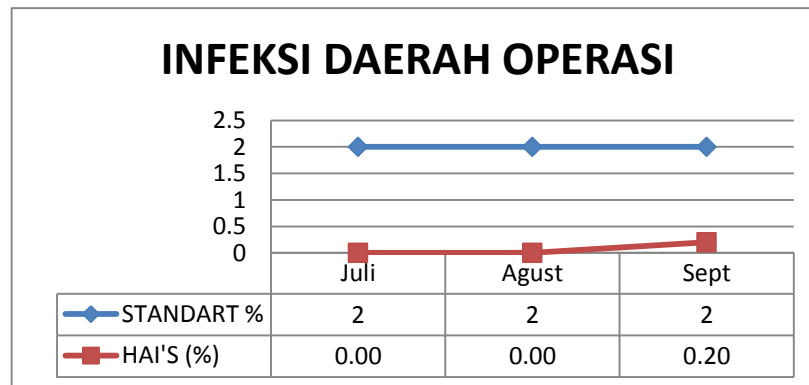
Angka kejadian Hais ISK diengaruhi beberapa hal diantaranya

- Penyediaan fasilitas APD dan Handhygiene yang belum sesuai standar diantaranya penyediaan aproun,Gogles dan perisai wajah
- Prilaku petugas tentang pelaksanaan kepatuhan APD dan Handhygiene
- Prilaku petugas tentang pelaksanaan Bundle

RTL

- Re edukasi tentang PPI
- Penyediaan fasilitas sesuai dengan kebutuhan
- Penetapan pemeriksaan lab sebelum dipasang dan setelah dilakukan pemasangan lebih dari 2x24 jam dengan adanya tanda tanda Hais

b) Angka kejadian IDO



Grafik 2 Angka Kejadian Hal's IDO tahun 2019

Kejadian IDO pada trimester 2 yaitu 2 pasien sebesar 0,20 % dari jumlah pasien operasi baru 365 dan lama hari perawatan 998. Meskipun masih dibawah standar yang telah ditetapkan bundle pencegahan infeksi ($\leq 2\%$)

Analisa masalah

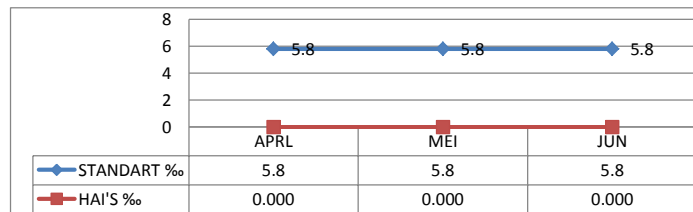
Angka kejadian Hais IDO diengaruhi beberapa hal diantaranya

- Penyediaan fasilitas APD dan Handhygiene yang belum sesuai standar diantaranya penyediaan aproun, Goggles dan perisai wajah
- Prilaku petugas tentang pelaksanaan kepatuhan APD dan Handhygiene
- Prilaku petugas tentang pelaksanaan Bundle

RTL

- Re edukasi tentang PPI
- Penyediaan fasilitas sesuai dengan kebutuhan
- Penetapan pemeriksaan lab sebelum dipasang dan setelah dilakukan pemasangan lebih dari 2x24 jam dengan adanya tanda tanda Hais

c) Angka kejadian VAP



Grafik 3 Angka Kejadian Hal's VAP tahun 2019

Angka kejadian VAP selama trimester 3 sebesar 0 ‰ dari jumlah pemasangan Ventilator mekanik berjumlah 105 dan lama hari perawatan 274. Meskipun angka masih dibawah standar yang telah ditetapkan ($\leq 5,8\%$) tetap perlu dilakukan evaluasi lebih lanjut dengan monitoring langsung ke pasien rawat inap di unit risiko

Analisa masalah

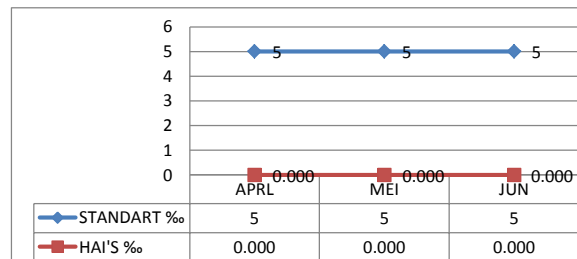
Angka kejadian Hais VAP dipengaruhi beberapa hal diantaranya

- Penyediaan fasilitas APD dan Handhygiene yang belum sesuai standar diantaranya penyediaan aproun, Gogles dan perisai wajah
- Prilaku petugas tentang pelaksanaan kepatuhan APD dan Handhygiene
- Prilaku petugas tentang pelaksanaan Bundle

RTL

- Re edukasi tentang PPI
- Penyediaan fasilitas sesuai dengan kebutuhan
- Penetapan pemeriksaan lab sebelum dipasang dan setelah dilakukan pemasangan lebih dari 2x24 jam dengan adanya tanda tanda Hais
- Pengusulan singgel use pemakaian sirkuit ventilator

d) IADP



Angka kejadian IADP selama trimester 3 sebesar 0 ‰ dari jumlah pemasangan Cateter Vena Sentral berjumlah 8 dan lama hari perawatan 58. Meskipun angka masih dibawah standar yang telah ditetapkan ($\leq 5 \%$) tetap perlu dilakukan evaluasi lebih lanjut dengan monitoring langsung ke pasien rawat inap di unit risiko

Analisa masalah

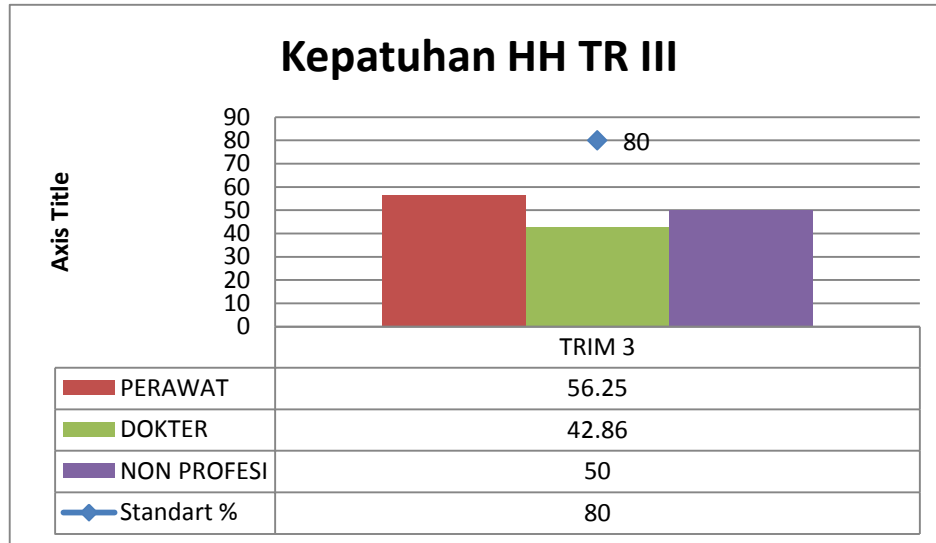
Angka kejadian Hais IADP diengaruhi beberapa hal diantaranya

- Penyediaan fasilitas APD dan Handhygiene yang belum sesuai standar diantaranya penyediaan aproun, Gogles dan perisai wajah
- Prilaku petugas tentang pelaksanaan kepatuhan APD dan Handhygiene
- Prilaku petugas tentang pelaksanaan Bundle

RTL

- Re edukasi tentang PPI
- Penyediaan fasilitas sesuai dengan kebutuhan
- Penetapan pemeriksaan lab sebelum dipasang dan setelah dilakukan pemasangan lebih dari 2x24 jam dengan adanya tanda tanda Hais

2. AUDIT KEPATUHAN HAND HYGIENE



Kepatuhan *hand hygiene* perawat dan bidan secara keseluruhan di area 3 ini 56.25%, Dokter 42.56% non profesi diwakili oleh petugas IPAL incinerator 50%

Analisa masalah

Kepatuhan pemakaian Handhygiene dipengaruhi beberapa hal diantaranya

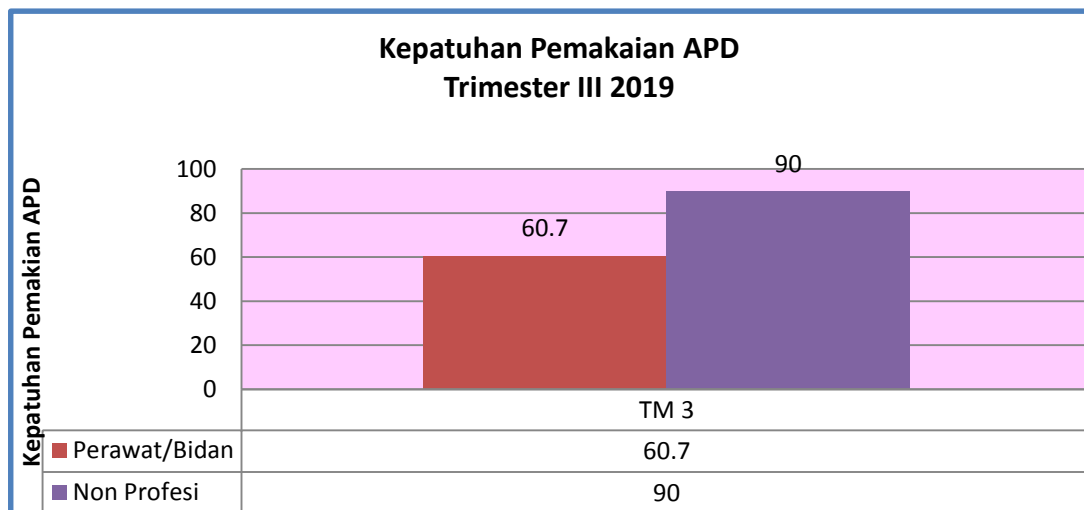
- Ketersediaan handrub baik dan Handwash masih minim dan tidak sesuai dengan standart yang ditentukan
- Ketersediaan Fasilitas penunjang tissue masih minim
- Ketersediaan fasilitas washtafel ada satu titik yang perlu pembenahan di unit incinerator. Penempatan washtafel ada di dalam TPS

RTL

- Re edukasi tentang Hand Hygiene
- Penyediaan fasilitas sesuai dengan kebutuhan

3. KEPATUHAN PEMAKAIAN APD

Audit, monitoring dan evaluasi kepatuhan pemakaian APD dilaksanakan setiap tiga bulan sekali. Bulan september audit pemakaian APD dilaksanakan pada semua egawai di lingkungan Rumah Sakit .Standar indikator kepatuhan pemakaian APD tahun 2019 yang telah ditetapkan adalah 80 %.



Kepatuhan pemakaian APD perawat dan bidan secara keseluruhan diarea 3 ini 60,7%, Dokter saat dilakukan audit tidak ditemukan pemakaian APD sesuai dengan indikasi, non profesi diwakili oleh petugas IPAL incinerator 90% telah menggunakan APD sesuai dengan indikasi.

Analisa masalah

Kepatuhan pemakaian APd dipengaruhi beberapa hal diantaranya

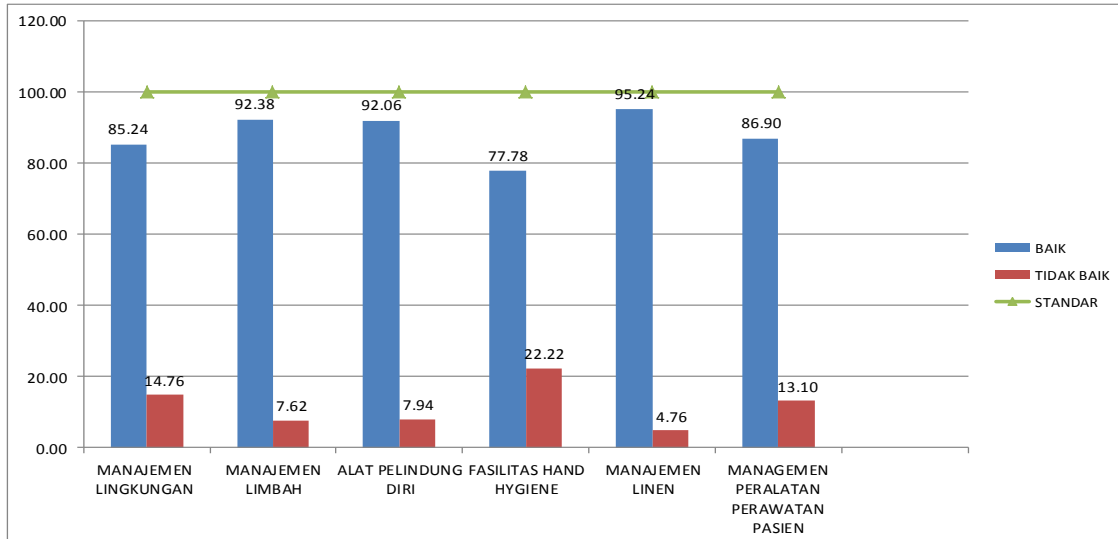
- Penyediaan fasilitas APD yang belum sesuai kebutuhan diantaranya penyediaan aproun, Goggles dan perisai wajah
- Prilaku petugas tentang keselamatan pegawai yang masih rendah
- Di unit incinerator petugas menggunakan apd yang sesuai tetapi untuk ketersediaan apd diunit tersebut masih minim belum sesuai dengan kebutuhan

RTL

- Re edukasi tentang pemakaian APD
- Penyediaan fasilitas sesuai dengan kebutuhan

4. KUNJUNGAN RUANGAN

Pada area ipn 3 audit kunjungan ruangan yang dilaksanakan di seluruh ruangan Dengan hasil sebagai berikut



Analisa masalah

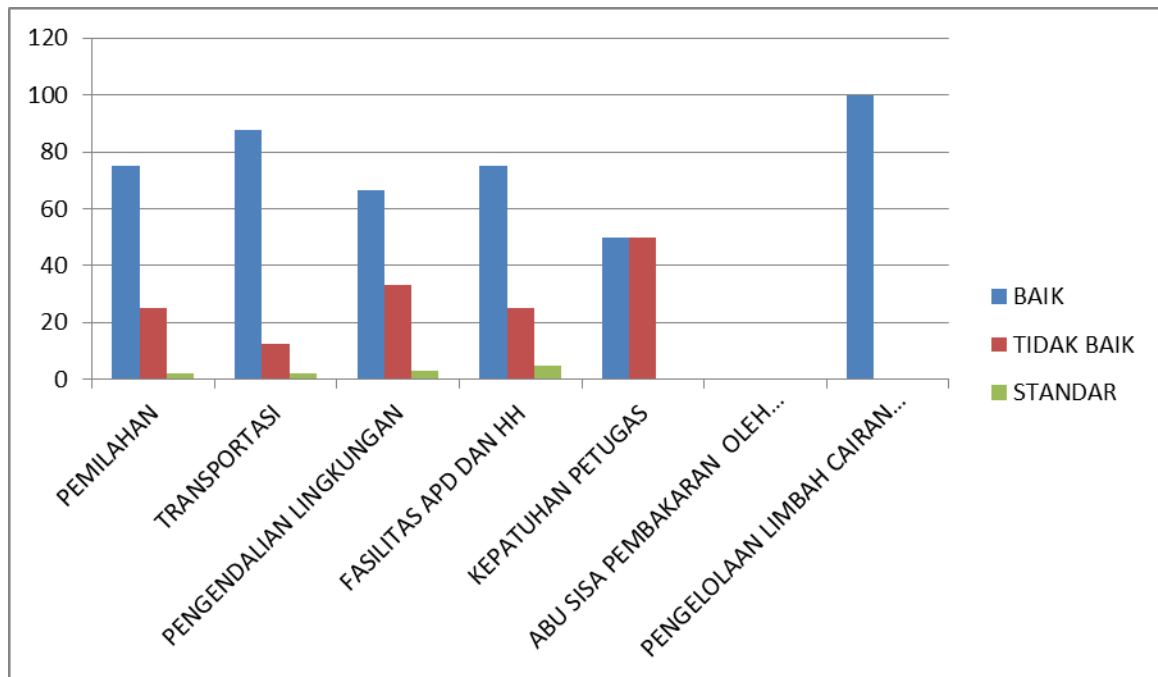
Kepatuhan pengendalian lingkungan dipengaruhi beberapa hal diantaranya

- Manajemen lingkungan masih ditemukan lawa lawa dan jamur pada plafon.
- Manajemen limbah pada bulan ini ada beberapa masalah diantaranya di ruang cempaka 2, dahlia 2 tercampurnya limbah non infeksius yang tercampur dengan sampah infeksius
- Ketersediaan APD masih belum sesuai dengan kebutuhan dan ketepatan pemakaian apd masih perlu ditingkatkan
- Manajemen pengelolaan peralatan perawatan pasien sudah terpusat dilaksanakan di instalasi CSSD
- Prilaku petugas tentang keselamatan pegawai yang masih rendah

RTL

- Re edukasi untuk mengingatkan kembali tentang pembersihan lingkungan
- Penyediaan fasilitas sesuai dengan kebutuhan

5. PENGELOLAAN LIMBAH DI IPLRS



Analisa masalah

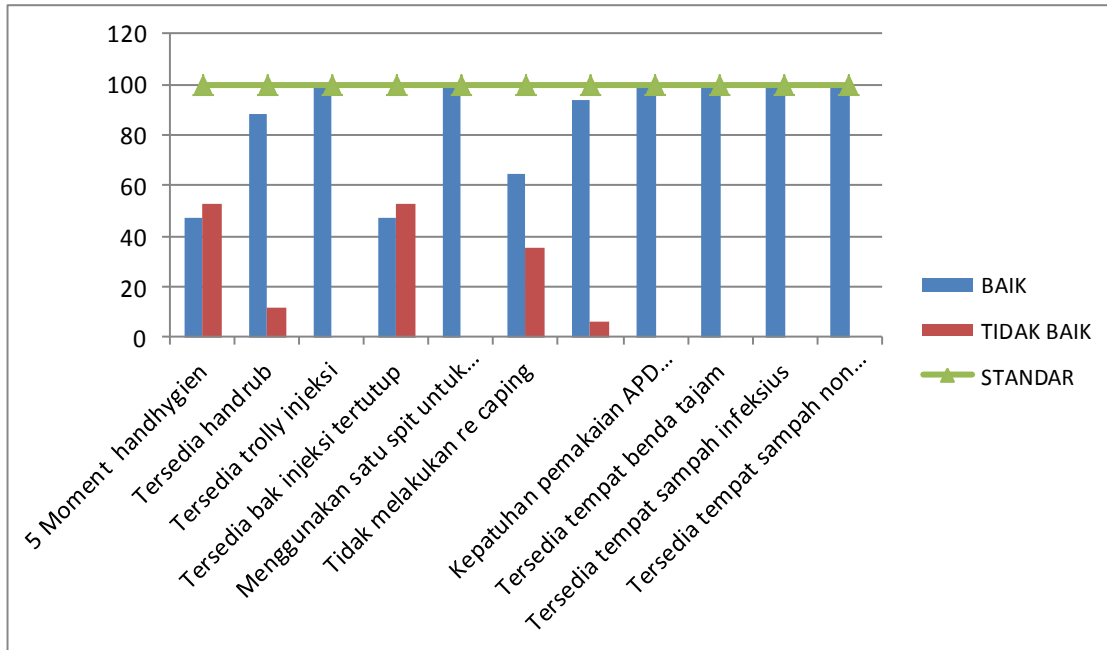
Kepatuhan pengelolaan limbah IPLRS dipengaruhi beberapa hal diantaranya

- Pemilihan limbah masih dilakukan untuk meminimalisir tercampurnya limbah infeksius dengan infeksius
- Transport masih belum sesuai dengan jadwal yang sudah disepakati
- Pengendalian lingkungan masih perlu ditingkatkan dan ketersediaan fasilitas penunjang
- Ketersediaan fasilitas APD dan HH di IPLRS masih butuh peningkatan pemenuhan sarana ini
- Kepatuhan petugas dalam mengelola terkait dengan pemakaian apd masih perlu ditingkatkan
- Pengelolaan limbah cair dari penghasil limbah perlu dilakukan pengusulan pembuatan slopzink
- Abu sisa pembakaran masih belum bisa dilakukan MOU . MOU sudah dilayangkan ke pihak ke 3 dan sudah mendapat balasan tinggal menunggu abu pembakaran sejumlah 20 drum baru bisa dilakukan MOU

RTL

- Pemantauan abusisa
- Reedukasi pengelola limbah
- Penyiapan fasilitas APD dan HH petugas

6. PEMBERIAN THERAPY INJEKSI



Analisa masalah

Kepatuhan audit therapy injeksi dipengaruhi beberapa hal diantaranya

- 5 momen handhygiene masih perlu ditingkatkan
- Ketersediaan handrub baik hampir 100% di semua area 3
- Ketersediaan trolley semua ruangan sudah memiliki trolley tindakan
- Ketersediaan bak injeksi masih minim ketika digunakan untuk injeksi
- Penyuntikan aman one needle, one spuit, one time sudah dilakukan
- Recapping masih dilakukan di Poli gigi
- Ketersediaan safetybox masih minim
- Ketersediaan tempat sampah baik

RTL

- Reeducasi penyuntikan aman
- Penyiapan fasilitas APD dan HH petugas sesuai kebutuhan

Demikian laporan bulanan dari ipcن area 3

1. Ruang Icu
2. Ruang Cempaka 2
3. Ruang Dahlia 2
4. Ruang Bougenvil 2
5. Instalasi Penyehatan Lingkungan (Incenerator dan IPAL)

dibuat pada bulan oktober bersamaan dengan audit trimester ke 3 tahun 2019 .

Mengetahui

Ketua Komite PPI



dr. Nadia NurLestari, Sp.PA
NIP. 19771027 200604 2 008

IPCN AREA 3



Aris Mulyanto, S.Kep.Ns
NIP. 19810205 200312 1 009