



616.9
Ind
p

PETUNJUK PRAKTIS SURVEILANS INFEKSI RUMAH SAKIT

Penerbit
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK
INDONESIA
TAHUN 2010

Katalog Dalam Terbitan.

616.9 Kementerian Kesehatan RI Indonesia.

Ind Kementerian Kesehatan RI.

p Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik.

Petunjuk praktis surveilans infeksi rumah sakit.

-- Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2010

- I. Judul 1. INFECTION CONTROL
 2. HOSPITALS

Hak Cipta Dilindungi Undang-undang

Dilarang memperbanyak, mencetak dan menerbitkan sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara dan bentuk apapun juga tanpa seizin penulis dan penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat-Nya **Petunjuk Praktis Surveilans Infeksi Rumah Sakit** dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Perlu disadari bahwa masih kurangnya kualitas dan kuantitas pengendalian infeksi di rumah sakit sangat terkait komitmen pimpinan rumah sakit serta memerlukan dukungan dari para klinisi di rumah sakit. Infeksi nosokomial pada prinsipnya dapat dicegah, walaupun mungkin tidak dapat dihilangkan sama sekali. Untuk itu telah disusun Petunjuk Praktis Surveilans Infeksi Rumah Sakit yang aplikatif sehingga diharapkan penyelenggaraan pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dapat dilakukan lebih optimal.

Kami menyadari bahwa buku ini masih belum sempurna, dan kami mengharapkan adanya

masukan bagi penyempurnaan buku ini di kemudian hari.

Tersusunnya pedoman ini merupakan kerjasama antara Departemen Kesehatan RI dengan Perhimpunan Pengendalian Infeksi Indonesia (Perdalin) dan Rumah Sakit dengan dukungan dari berbagai pihak.

Untuk itu tim penyusun mengucapkan terima kasih dan harapan kami agar buku ini dapat dipergunakan sebagai acuan dengan sebaik-baiknya.

Jakarta, Januari 2010

Tim Penyusun

SAMBUTAN
DIREKTUR JENDERAL BINA PELAYANAN
MEDIK

Akhir-akhir ini banyak bermunculan pelbagai macam penyakit infeksi atau emerging infectious disease seperti AIDS, SARS, Avian Influenza, dan lain-lain. Cara penularan penyakit-penyakit tersebut telah diketahui namun apabila pelayanan pada saat perawatan di rumah sakit tidak dilakukan sesuai prosedur, akan menyebabkan malapetaka yang besar. Oleh karena itu, program pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang melibatkan berbagai unsur mulai dari pimpinan sampai petugas kesehatan itu sendiri menjadi sangat penting.

Seperti kita ketahui rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya harus mampu memberikan pelayanan yang bermutu, akuntabel dan transparan terhadap pasien. Undang-undang

Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen menjadi tantangan yang harus diantisipasi para praktisi pelayanan kesehatan. Selain itu kita juga dituntut memberikan pelayanan yang profesional dengan diberlakukannya Undang-Undang tentang Praktik Kedokteran yang ditujukan bagi kepastian hukum baik bagi penerima pelayanan kesehatan maupun pemberi pelayanan kesehatan.

Saya menyambut baik terbitnya **Petunjuk Praktis Surveilans Infeksi Rumah Sakit**, dimana manajerial merupakan bagian penting yang perlu dijalankan agar teknis pencegahan dan pengendalian infeksi dapat diterapkan secara optimal di seluruh rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya di Indonesia tidak terkecuali rumah sakit umum maupun rumah sakit khusus milik Pemerintah.

Terima kasih saya ucapkan kepada segenap tim penyusun dan semua pihak yang telah membantu proses penyusunan pedoman ini.

Jakarta, Februari 2010

Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik

Farid W. Husain

NIP. 195003091978101001

TIM PENYUSUN

Farid W. Husain

(Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik)

Dr. Mulya A. Hasjmy, Sp.B, M.Kes

(Sekretaris Dit. Jen. Bina Pelayanan Medik)

Dr. K. Mohammad Akib, Sp.Rad, M.Kes

(Direktur Bina Pelayanan Medik Spesialistik)

Drg. Sophia Hermawan, M.Kes

(Kepala Sub. Dit. RS Khusus)

Dr. Sardikin Giriputro, Sp.P, MARS

(RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso, Jakarta)

Dr. Djatnika Setiabudi, Sp.A (K), MCTM

(RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso, Jakarta)

Dr. Dalima AW, Sp.PK

(PERDALIN/RSCM)

Dr. Soeko W. Nindito, MARS

(Kepala Seksi Standarisasi, Sub. Dit. RS Khusus)

Drg. Wahyuni Prabayanti, M.Kes

(Kepala Seksi Bimbingan dan Evaluasi, Sub. Dit.

RS Khusus)

Dr. Aziza Ariyani, Sp.PK

(RSUD Pasar Rebo)

Costy Panjaitan, SKM, CVRN, MARS

(RSJPD Harapan Kita)

KONTRIBUTOR

Agus Sunandar, S.Kep, Ners

(RSUP Dr. Hasan Sadikin)

Ns. Gortap Sitohang, S.Kep

(RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo)

Edha Bara'padang, SKp

(RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso)

Yohana F. Wapini, BN

(Siloam Hospitals Lippo Cikarang)

Dr. John

(Subdit Surveilans, Ditjen P2PL)

Dr. Ester Marini Lubis

(Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik)

Dr. Wita Nursanthi Nasution

(Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik)

Dr. Chandra Jaya

(Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik)

Dr. Andriani Vita Hutapea

(Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik)

Dr. Saprina

(Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik)

Hutur JW Pasaribu, SE

(Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik)

Sumarno, S.Sos

(Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik)

DAFTAR SINGKATAN

CSEP	: <i>Clinical Sepsis</i>
HAP	: <i>Hospital Acquired Pneumonia</i>
IADP	: Infeksi Aliran Darah Primer
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
IPCN	: <i>Infection Prevention and Control Nurse</i>
IPCLN	: <i>Infection Prevention and Control Link Nurse</i>
IRS	: Infeksi Rumah Sakit
ISK	: Infeksi Saluran Kemih
KLB	: Kejadian Luar Biasa
ml	: mililiter
NHSN	: <i>National Healthcare Safety Network</i>
NICU	: <i>Neonatal Intensive Care Unit</i>
PA	: Patologi Anatomi
PPI	: Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
RS	: Rumah Sakit
SSI	: <i>Surgical Site Infection</i> (Infeksi Luka Operasi)

TI : Teknologi infomasi
USG : Ultrasonographi
VAP : *Ventilator Associated Pneumonia*

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	4
Sambutan Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik	6
Tim Penyusun	9
Kontributor	11
Daftar Singkatan	13

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	17
B. Tujuan	17
C. Sasaran	17

BAB II. PERENCANAAN SURVEILANS

A. Identifikasi Masalah	18
B. Penetapan Prioritas	18
C. Penetapan Metode Surveilans Infeksi Rumah Sakit	19

D. Pengorganisasian Dalam Pelaksanaan Surveilans Infeksi Rumah Sakit	20
E. Penyediaan Sumber Daya	20

BAB III. PELAKSANAAN SURVEILANS

A. Kriteria Nasional	23
B. Pengumpulan Data	35
C. Perhitungan	38
D. Analisis dan Interpretasi	40
E. Pelaporan, Rekomendasi dan Diseminasi	41

BAB IV. PENUTUP

LAMPIRAN

Formulir / format pencatatan dan pelaporan.

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar belakang

- Pentingnya pengendalian infeksi dan surveilans.
- Petunjuk untuk implementasi pelaksanaan Pedoman Surveilans Infeksi Rumah Sakit yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan tahun 2010.

B. Tujuan

- Tujuan untuk mendukung buku pedoman surveilans IRS.
- Menyeragamkan pelaporan kejadian infeksi di semua rumah sakit di Indonesia sesuai Pedoman Surveilans IRS.
- Pentingnya jejaring surveilans IRS.

C. Sasaran

Komite PPI, Tim PPI dan IPCLN.

BAB II

PERENCANAAN SURVEILANS

Suatu program surveilans dapat berjalan dengan baik bila tujuan jelas dan telah dijabarkan langkah-langkahnya dengan efisien dan efektif. Langkah-langkah tersebut adalah sebagai berikut :

A. Identifikasi masalah

Identifikasi masalah penting untuk mengetahui kebutuhan dilaksanakannya surveilans. Masalah diketahui melalui :

- Temuan kasus secara aktif oleh IPCN dan IPC Link Nurse (IPCLN).
- Laporan dari ruangan (termasuk KLB).
- Laporan hasil Laboratorium Mikrobiologi.
- Pertimbangan para ahli RS bersangkutan.

B. Penetapan prioritas

Prioritas ditetapkan melalui besaran masalah atas dasar :

- Angka kejadian infeksi (peningkatan dari angka dasar).
- Potensi terjadi infeksi :
 - karakteristik patogen penyebab
 - perilaku petugas
 - kondisi lingkungan
 - jenis tindakan
 - kualitas instrumen
- Risiko penularan :
 - kecepatan penularan
 - cara penularan (kontak, *droplet*, *airborne*, *vehicle*)
- Unit perawatan berisiko tinggi.
- Ketersediaan sumber daya.

Lihat : **Tabel Skala Prioritas Masalah.**

C. Metode surveilans

Metode yang dipilih adalah surveilans aktif dengan sasaran khusus (target surveillance).

Lihat : **Buku Pedoman Surveilans Infeksi Rumah Sakit - Tahun 2010, Bab III.**

D. Pengorganisasian

Pelaksanaan surveilans IRS (pengumpulan, pencatatan) dilakukan oleh IPCLN dan Tim PPIRS. Pengolahan dan analisis data dilakukan oleh Tim PPI. Hasil dilaporkan ke Komite PPI untuk dilakukan pembahasan dan penyusunan rekomendasi. Komite PPI melaporkan keseluruhan hasil dan rekomendasi ke Direktur RS. Umpan balik dan rekomendasi ke unit terkait dilakukan oleh Komite PPI. Pemantauan tindak lanjut rekomendasi dilakukan oleh Tim PPI.

E. Penyediaan sumber daya

Sumber daya berikut ini dibutuhkan untuk terlaksananya surveilans :

1. Petugas :
 - IPCN (purna waktu / *full time*) yang sudah mengikuti pelatihan PPI Dasar dan Surveilans.
 - IPCLN yang sudah mengikuti pelatihan PPI.

2. Dana :

- Dukungan dana operasional dari Pimpinan RS.

3. Sarana, prasarana dan pendukung :

- Kantor dan ruang rapat Komite dan Tim PPI.
- Komputer, fax, telepon, internet.
- Petugas sekretariat dan teknologi informasi (TI).

Contoh Instrumen Penetapan Skala Prioritas Masalah

5-Kritikal*	4- Sangat signifikan*	3- Signifikan*	2-Kurang signifikan*	1-Tidak signifikan*	Masalah - 5
No.	Deskripsi Masalah**	Masalah - 1	Masalah - 2	Masalah - 3	Masalah - 4
1.	Angka kejadian infeksi				
2.	Potensi terjadi infeksi				
3.	Karakteristik patogen penyebab				
4.	Perilaku petugas				
5.	Kondisi lingkungan				
6.	Jenis tindakan				
7.	Kualitas instrumen				
8.	Risiko penyebaran				
9.	Cara penyebaran				
10.	Unit perawatan berisiko tinggi				
11.	Ketersediaan sumber daya				
Total					
PRIORITAS					

* Pembobotan masalah sesuai dengan standar acuan yang telah disepakati RS/Fasilitas Pelayanan Kesehatan bersangkutan

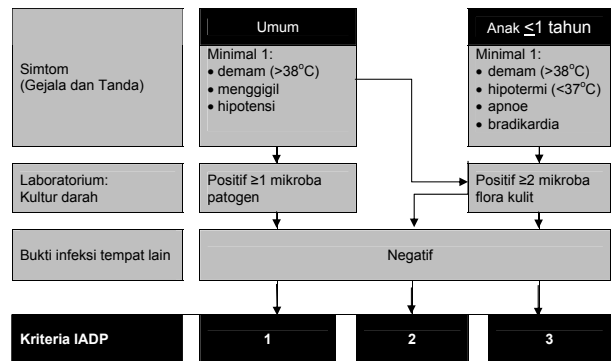
** Disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan RS / Fasilitas Pelayanan Kesehatan bersangkutan

BAB III PELAKSANAAN SURVEILANS

A. Kriteria Nasional

I. Infeksi Aliran Darah Perifer (IADP)

Algoritma Diagnosa IADP



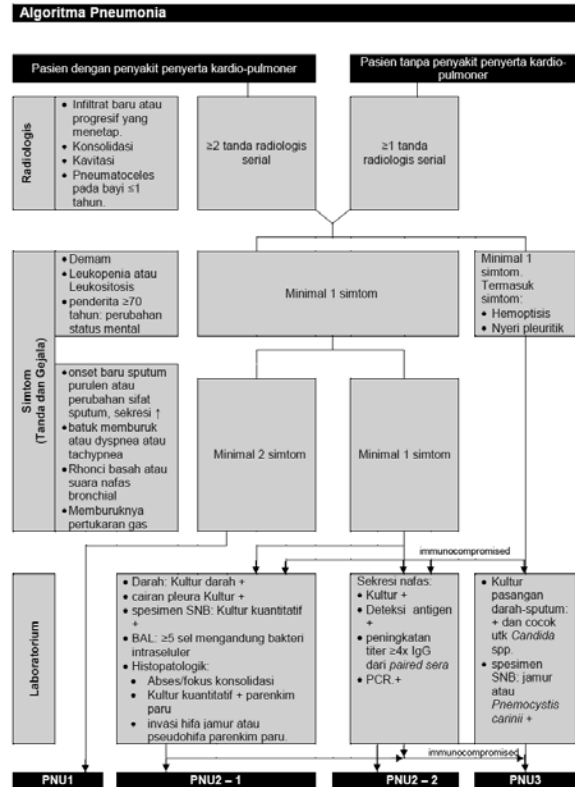
Keterangan:

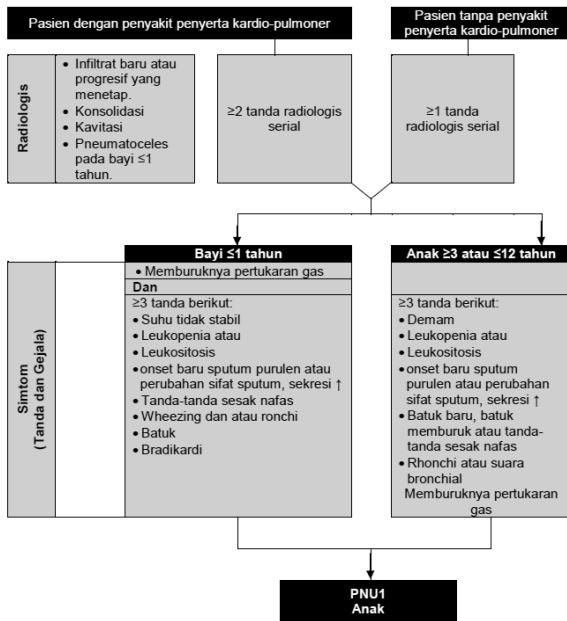
- Yang dimaksud mikroba patogen pada kriteria 1 misalnya adalah: *S. aureus*, *Enterococcus spp*, *E coli*, *Pseudomonas spp*, *Klebsiella spp*, *Candida spp* dan lain-lain.
- Yang dimaksud dengan flora kulit adalah mikroba kontaminan kulit yang umum, misalnya difteroid

(*Corynebacterium spp.*), *Bacillus spp.*, *Propionibacterium spp.*, CNS termasuk *Staph. epidermidis*, *Streptococcus viridans*, *Aerococcus spp.*, *Micrococcus spp.*

- Hasil kultur darah pada kriteria 2 dan 3, arti '2' kultur darah: 2 spesimen darah diambil dari lokasi yang berbeda dan dengan jeda waktu tidak lebih dari 2 hari.

II. Pneumonia (PNEU)





Keterangan:

- PNU1: Kriteria untuk Peumonia Klinik
- PNU2 – 1: Kriteria untuk Pneumonia dengan hasil Laboratotrium yang spesifik untuk infeksi bakteri umum dan jamur berfilamen

- PNU2 – 2: Kriteria untuk Pneumonia dengan hasil Laboratotrium yang spesifik untuk infeksi virus, *Legionella*, *Chlamydia*, *Mycoplasma*, dan patogen tidak umum lainnya.
- PNU3: Kriteria untuk Pneumonia pada pasien immunocompromised.
- Yang dimaksud dengan kelainan kardio-pulmoner, misalnya: *respiratory distress syndrome*, *bronchopulmonary dysplasia*, *pulmonary edema*, atau *chronic obstructive pulmonary disease*
- Demam; suhu 38°C.
- Leukopenia: <4.000 SDP/mm³ (SDP: sel darah putih)
- Leukositosis: ≥12.000 SDP/mm³
- Lekositosis: ≥15.000 SDP/mm³
- Memburuknya pertukaran gas: desaturasi O²: PaO²/FiO² ≤240, atau pO² <94%., peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator
- peningkatan sekresi pernafasan termasuk peningkatan keperluan pengisapan (*suctioning*)
- SNB: Saluran nafas bawah

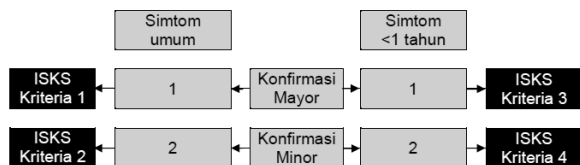
- Sekresi SNB adalah yang diambil dengan alat bronchoskopi dan merupakan spesimen sekresi saluran nafas bawah yang mempunyai tingkat kontaminasi minimal
- Spesimen NSB dapat berupa *lavage* (bilasan) atau *brushing*
- BAL: broncho alveolar lavage
- Antigen: merupakan komponen/protein dari mikroba. Tes deteksi antigen menggunakan antibodi yang spesifik, yang akan berikatan dengan antigen mikroba yang ada pada spesimen tersebut.
- Metode deteksi antigen dapat berupa: micro-IF, RIA, EIA, FAMA
- Antibodi: merupakan imunoglobulin spesifik yang dibuat tubuh bila ada antigen masuk. Karena hanya merupakan reaksi respon, maka baru terdeteksi setelah seminggu lebih terinfeksi, dan ada progres peningkatan titer kalau baru diproduksi (fase akut) yang akan terus meningkat setelah beberapa minggu, yang kemudian menurun setelah beberapa bulan (sekitar 3 bulan) dan sebagian besar akan tetap terdeteksi

selama bertahun-tahun, tetapi dengan kadar yang semakin turun.

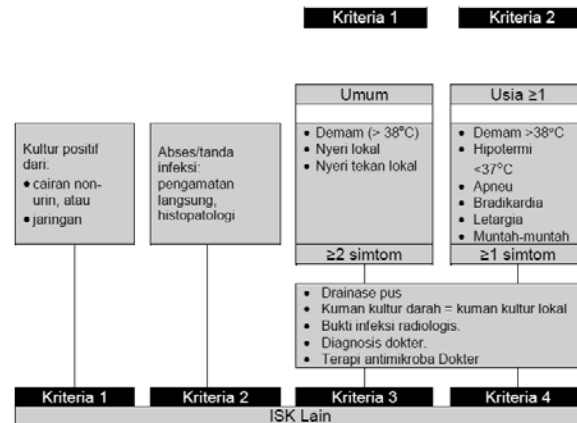
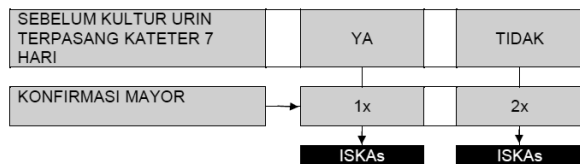
- PCR: *Polymerase Chain Reaction*, merupakan salah satu metode deteksi infeksi dengan cara memperbanyak asam nukleat mikroba. Merupakan cara deteksi infeksi yang sangat sensitif dan waktu yang cepat.

SIMTOM (Gejala dan Tanda) ISK	Umum	Usia <1 tahun
	<ul style="list-style-type: none"> Demam Urgensi Frekuensi Disuria Nyeri Supra Pubik 	<ul style="list-style-type: none"> Demam Hipotemi Apneu Bradikardia Letargia Muntah-muntah
KONFIRMASI ISK	Mayor	Minor
	Kultur urin pancar tengah: <ul style="list-style-type: none"> koloni $\geq 10^5$/ml, dan jenis kuman uropatogen ≥ 2 spesies 	<ul style="list-style-type: none"> dipstick leukosit esterase atau nitrit positif Piuri : leukosit $\geq 10/mm^3$ atau $\geq 3/LPB$ <i>unspun-urine</i>. Mikroskopis: kuman dg cat Gram <i>unspun-urine</i>. ≥ 2 x ulangan kultur urin kateter/pungsi supra pubik jenis uropatogen sama, koloni $\geq 10^2$/ml, Kultur urin koloni $\leq 10^7$/ml, uropatogen spesies tunggal, pasien dalam pengobatan antimikroba efektif utk ISK Diagnosis dokter ISK Terapi dokter sesuai ISK

ISK SIMTOMATIK



ISK ASIMTOMATIS



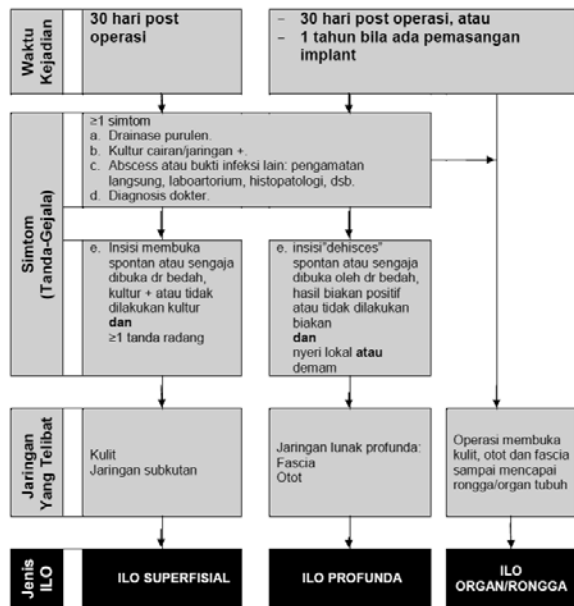
Keterangan:

- Tes konfirmasi merupakan tes-tes yang membantu memastikan adanya ISK.
- Tes konfirmasi mayor merupakan pemeriksaan kultur kuantitatif yang menghasilkan jumlah koloni yang sedikit kemungkinan terjadi akibat kontaminasi
- Tes konfirmasi minor merupakan pemeriksaan atau bukti ISK dengan keakuratan yang kurang sebagai tanda adanya ISK.
- Tes konfirmasi minor dapat berupa: tes-tes kultur kuantitatif dengan jumlah koloni yang meragukan

adanya infeksi, pemeriksaan urine untuk melihat adanya kemungkinan ISK tanpa melakukan kultur, dan keyakinan klinisi berdasarkan profesionalitasnya.

- urin aliran tengah (*midstream*) adalah specimen urin yang diambil dengan cara membuang aliran pertama, dan aliran pancar tengah yang akhirnya dijadikan bahan pemeriksaan.
- Spesimen untuk kultur urin harus didapatkan dengan tehnik yang benar, misalnya *clean catch collection* untuk specimen urin pancar tengah, atau kateterisasi.
- *clean catch collection* adalah tehnik pengambilan urine pancar tengah yang terutama dilakukan terhadap pasien wanita, dengan cara membersihkan dulu jalan keluarnya urin yang diambil secara spontan. Hal ini dilakukan untuk mengurangi kontaminasi sampel dari flora yang biasa terdapat pada muara dan urethra sekitarnya.
- Pada bayi, specimen diambil dengan cara kateterisasi kandung kemih atau aspirasi supra pubik.

- ISK Lain: adalah ISK yang melibatkan jaringan lebih dalam dari sistem urinarius, misalnya ginjal, ureter, kandung kemih, uretra dan jaringan sekitar retroperitoneal atau rongga perinefrik.



Keterangan:

- bukti lain terjadinya ILO dapat berupa temuan langsung, selama re-operasi, atau berdasarkan hasil pemeriksaan histopatologi (PA) atau radiologi.

B. Pengumpulan Data

1. Pengumpul Data

Tim PPI bertanggung jawab atas pengumpulan data tersebut di atas, karena mereka yang memiliki keterampilan dalam mengidentifikasi IRS sesuai dengan kriteria yang ada. Sedangkan pelaksana pengumpul data adalah IPCN yang dibantu IPCLN.

Mekanisme pelaksanaan surveilans :

IPCLN mengisi dan mengumpulkan formulir surveilans setiap pasien berisiko di unit rawat masing-masing setiap hari. Pada awal bulan berikutnya, paling lambat tanggal 5 formulir surveilans diserahkan ke Tim PPI dengan diketahui dan ditandatangani Kepala Ruangan.

Apabila ada kecurigaan terjadi infeksi, IPCLN segera melaporkan ke IPCN untuk ditindaklanjuti (investigasi).

2. Sumber Data

Sumber data diperoleh dari :

- Rekam medis
- Catatan perawatan
- Catatan hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium dan radiologi)
- Farmasi
- Pasien / keluarga pasien.

3. Numerator

Angka kejadian infeksi.

4. Denominator

Denominator ditentukan oleh jenis infeksi rumah sakit.

$$\text{Insiden rate ISK} = \frac{\text{Jumlah kasus ISK}}{\text{Jumlah lama hari pemakaian kateter urine menetap}} \times 1000$$

$$\text{Insiden rate IADP} = \frac{\text{Jumlah kasus IADP}}{\text{Jumlah lama hari pemakaian kateter vena sentral}} \times 1000$$

$$\text{Insiden rate HAP} = \frac{\text{Jumlah kasus pneumonia}}{\text{Jumlah lama hari rawat}} \times 1000$$

$$\text{Insiden rate VAP} = \frac{\text{Jumlah kasus VAP}}{\text{Jumlah lama hari pemakaian ETT}} \times 1000$$

$$\text{Insiden rate ILO} = \frac{\text{Jumlah kasus ILO}}{\text{Jumlah kasus operasi}} \times 100$$

$$\text{Insiden rate Plebitis} = \frac{\text{Jumlah kasus Plebitis}}{\text{Jumlah lama hari pemakaian kateter perifer}} \times 1000$$

$$\text{Insiden rate Dekubitus} = \frac{\text{Jumlah kasus Dekubitus}}{\text{Jumlah lama tirah baring}} \times 1000$$

5. Pengolahan dan Penyajian Data.

C. Perhitungan

Perhitungan dilakukan dalam satu bulan.

Kurun waktu harus jelas dan sama antara numerator dan denominator sehingga laju tersebut mempunyai arti.

Surveilans merupakan kegiatan yang sangat membutuhkan waktu dan menyita hampir separuh waktu kerja seorang IPCN sehingga dibutuhkan penuh waktu / *full time*. Dalam hal ini bantuan komputer akan sangat membantu, terutama akan meningkatkan efisien pada saat analisis. Besarnya data yang harus dikumpulkan dan kompleksitas cara analisisnya merupakan alasan mutlak untuk menggunakan jasa komputer, meski di RS kecil sekalipun. Lagi pula sistem surveilans tidak hanya berhadapan dengan masalah pada waktu sekarang saja, tetapi juga harus mengantisipasi tantangan di masa depan.

Dalam penggunaan komputer tersebut, ada beberapa hal yang harus dipertimbangkan, yaitu :

- a. Memilih sistem komputer yang akan dipakai, komputer *mainframe* atau komputer mikro.

Komputer *mainframe* bekerja jauh lebih cepat, memuat data jauh lebih besar dan memiliki jaringan yang dapat diakses di seluruh area rumah sakit. Semua data pasien seperti sensus pasien, hasil laboratorium dan sebagainya, dapat dikirim secara elektronik. Namun harus diingat bahwa komputer *mainframe* adalah cukup mahal baik pembelian maupun operasionalnya. Tidak setiap orang dapat menggunakannya dan memerlukan pelatihan yang intensif. *Software* untuk program pencegahan dan pengendalian IRS bagi komputer *mainframe* sampai saat ini masih terbatas. Mikrokomputer jauh

lebih murah dan lebih mudah dioperasikannya oleh setiap petugas.

- b. Mencari *software* yang sudah tersedia dan memilih yang digunakan. Pemilihan *software* harus dilakukan hati-hati dengan mempertimbangkan maksud dan tujuan dari surveilans yang akan dilaksanakan di rumah sakit.

D. Analisis dan interpretasi

Data insiden rate dianalisa, apakah ada perubahan yang signifikan seperti penurunan maupun peningkatan IRS yang cukup tajam atau signifikan, kemudian dibandingkan dengan jumlah kasus dalam kurun waktu bulan yang sama pada tahun yang lalu. Jika terjadi perubahan yang signifikan dicari faktor-faktor penyebabnya mengapa hal tersebut terjadi. Bila

diketemukan penyebab dilanjutkan dengan alternatif pemecahannya. Dan diantara pemecahan dipilih yang laik laksana bagi RS atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan setempat. Hasil analisa data disajikan dalam bentuk tabel, diagram dan grafik.

E. Pelaporan, Rekomendasi dan Diseminasi

Prinsip pelaporan surveilans IRS :

- Laporan dibuat sistematis, singkat, tepat waktu dan informatif.
- Laporan dibuat dalam bentuk grafik atau tabel.
- Laporan dibuat bulanan, triwulan, semester atau tahunan.
- Laporan disertai analisis masalah dan rekomendasi penyelesaian.
- Laporan dipresentasikan dalam rapat koordinasi dengan pimpinan.

Diseminasi

Tujuan diseminasi agar pihak terkait dapat memanfaatkan informasi tersebut untuk menetapkan strategi pengendalian IRS. Laporan disampaikan pada seluruh anggota komite, direktur rumah sakit, ruangan atau unit terkait.

IADP

Petunjuk Pelaporan

- Plebitis yang purulen dikonfirmasi dengan hasil positif kultur semikuantitatif dari ujung kateter, tetapi bila hasil kultur negatif atau tidak ada kultur darah, maka **tidak dilaporkan** sebagai IADP.
- Pelaporan mikroba dari hasil kultur darah sebagai IADP bila tidak ditemukan infeksi pada bagian tubuh yang lain.

Instruksi Pelaporan

- Tetapkan data populasi yang sama berdasarkan jenis lokasi insersi:
 - Vena / arteri sentral
 - Vena / arteri perifer
- Tetapkan kriteria IADP :
 - Kolonisasi atau kontaminasi.
- Bedakan Lokasi perawatan terjadinya infeksi misalnya :
 - ICU.
 - NICU.
 - Ruang Perawatan.
- * Analisa dengan cepat dan tepat, untuk mendapatkan informasi angka infeksi, lokasi dan waktu terjadinya IADP yang memerlukan penanggulangan atau investigasi lebih lanjut.

- * Bandingkan angka IADP : Apakah ada penyimpangan? dimana terjadi kenaikan atau penurunan yang cukup tajam ?

ILO

Instruksi pelaporan:

- Jangan melaporkan “*stitch abscess*” (inflamasi minimal dan adanya keluar cairan [discharge] pada tempat penetrasi / tusukan jarum atau tempat jahitan) sebagai suatu infeksi.
- Jangan melaporkan infeksi luka yang terlokalisir (“*localized stab wound infection*”) sebagai ILO, sebaiknya dilaporkan sebagai infeksi kulit (SKIN) atau infeksi jaringan lunak (ST) tergantung dari kedalamannya infeksi.
- Laporkan infeksi pada tindakan sirkumsisi pada bayi baru lahir sebagai CIRC. Sirkumsisi tidak termasuk kedalam prosedur operasi pada NHSN.

- Laporkan infeksi pada luka bakar sebagai BURN.
- Bila infeksi pada tempat insisi mengenai atau melanjut sampai ke fascia dan jaringan otot, laporkan sebagai ILO profunda (“*deep incisional SSI*”).
- Apabila infeksi memenuhi kriteria sebagai ILO superficial dan ILO profunda klasifikasikan sebagai ILO profunda.

Instruksi pencatatan / pelaporan:

Secara spesifik tempat terjadinya infeksi harus dicantumkan dalam pelaporan ILO organ/rongga tubuh (lihat juga kriteria untuk tempat tersebut):

- | | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| - BONE | - LUNG | - BRST | - MED | - CARD | - MEN |
| - DISC | - ORAL | - EAR | - OREP | - EMET | - OUTI |
| - ENDO | - SA | - EYE | - SINU | - GIT | - UR |
| - IAB | - VASC | - IC | - VCUF | - JNT | |

Biasanya infeksi organ/rongga tubuh keluar (drains) melalui tempat insisi. Infeksi tersebut umumnya tidak memerlukan re-operasi dan dianggap sebagai komplikasi dari insisi, sehingga keadaan tersebut harus diklasifikasikan sebagai suatu ILO profunda.

Pneumonia

Hasil surveilans angka infeksi HAP dan VAP disampaikan ke unit terkait secara berkesinambungan.

BAB IV PENUTUP

Infeksi rumah sakit menjadi masalah yang tidak bisa dihindari sehingga dibutuhkan data dasar infeksi untuk menurunkan angka yang ada. Untuk itu perlunya melakukan surveilans dengan metode yang aktif, terus menerus dan tepat sasaran.

Pelaksanaan surveilans memerlukan tenaga khusus yang termasuk tugas dari IPCN. Untuk itu diperlukan tenaga IPCN yang penuh waktu.

