



**RS MATA  
UNDAAN**

# PANDUAN PELAKSANAAN SURVEILANS HAI

RS MATA UNDAAN SURABAYA



**TAHUN  
2022**

**Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya**

**Telp. 031- 5343 806, 5319 619**

**Fax. 031-5317 503**

**[www.rsmataundaan.co.id](http://www.rsmataundaan.co.id)**

## DAFTAR ISI

DAFTAR ISI .....	i
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 1560/PER/DIR/RSMU/VII/2022 TANGGAL 15 JULI 2022 TENTANG PANDUAN PELAKSANAAN SURVEILANS HAI <sub>s</sub> RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.....	1
LAMPIRAN PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 1560/PER/DIR/RSMU/VII/2022 TANGGAL 15 JULI 2022 TENTANG PANDUAN PELAKSANAAN SURVEILANS HAI <sub>s</sub> RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.....	3
BAB I PENDAHULUAN.....	3
1.1 Latar Belakang .....	3
1.2 Tujuan.....	3
1.3 Definisi Operasional .....	3
BAB II RUANG LINGKUP.....	5
2.1 Sasaran.....	5
2.2 Landasan Hukum .....	5
BAB III TATA LAKSANA .....	6
3.1 Jenis Risiko HAI <sub>s</sub> RS Mata Undaan Surabaya.....	6
3.2 Metode Surveilans.....	15
3.3 Langkah-langkah Surveilans.....	16
BAB IV DOKUMENTASI.....	18
4.1 Pencatatan .....	18
4.2 Pelaporan.....	18
4.3 Monitoring dan Evaluasi .....	18
BAB V PENUTUP.....	19

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
NOMOR : 1560/PER/DIR/RSMU/VII/2022  
TANGGAL : 15 JULI 2022  
TENTANG  
PANDUAN PELAKSANAAN SURVEILANS HAI<sub>s</sub>  
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

- Menimbang :
- Bahwa dalam mengetahui kejadian infeksi dan meningkatkan mutu pelayanan di RS. Mata Undaan perlu kegiatan surveilans yang berkesinambungan;
  - Bahwa dalam pelaksanaan surveilans di RS. Mata Undaan perlu adanya Panduan Pelaksanaan Surveilans;
  - Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b di atas, maka perlu ditetapkan dengan Peraturan Direktur.
- Mengingat :
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
  - Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
  - Permenkes Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
  - Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 014/P4MU/SK/X/2020 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
  - Peraturan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan (P4MU) Nomor : 012/P4MU/X/2020 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
  - Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor : 017/P4MU/SK/VI/2022 tentang Penetapan Struktur Organisasi Rumah Sakit Mata Undaan;
  - Peraturan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Nomor: 1552/PER/DIR/RSMU/VII/2022 Tanggal 15 Juli 2022 tentang Pedoman Kerja Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

**MEMUTUSKAN:**

- Menetapkan :
- PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA TENTANG  
PANDUAN PELAKSANAAN SURVEILANS HAI<sub>s</sub> RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
SURABAYA**



Pasal 1

Menetapkan dan memberlakukan Panduan Pelaksanaan Surveilans HAIs di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Pasal 2

Panduan Pelaksanaan Surveilans HAIs ini digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan surveilans di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Pasal 3

Panduan Pelaksanaan Surveilans HAIs di Rumah Sakit Mata Undaan sesuai pada Lampiran Peraturan Direktur ini.

Pasal 4

Mencabut Peraturan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Nomor: 1128/PER/DIR/RSMU/V/2019 Tanggal 28 Mei 2019 tentang Panduan Pelaksanaan Surveilans HAIs

Pasal 5

Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya dan akan dievaluasi secara berkala bila diperlukan.

Pasal 6

Apabila di kemudian hari terdapat perubahan dalam peraturan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 15 Juli 2022

Direktur,



dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M (K)



LAMPIRAN  
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
NOMOR: 1560/PER/DIR/RSMU/VII/2022  
TANGGAL: 15 JULI 2022  
TENTANG  
PANDUAN PELAKSANAAN SURVEILANS HAIs  
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

## BAB I PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Associated Infection* (HAIs) merupakan salah satu masalah kesehatan di berbagai negara di dunia, termasuk Indonesia. Dalam forum *Asian Pasific Economic Comitte* (APEC) atau *Global health Security Agenda* (GHSA) penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan telah menjadi agenda yang di bahas. Hal ini menunjukkan bahwa HAIs yang ditimbulkan berdampak secara langsung sebagai beban ekonomi negara.

Secara prinsip, kejadian HAIs sebenarnya dapat dicegah bila fasilitas pelayanan kesehatan secara konsisten melaksanakan program PPI. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan upaya untuk memastikan perlindungan kepada setiap orang terhadap kemungkinan tertular infeksi dari sumber masyarakat umum dan disaat menerima pelayanan kesehatan pada berbagai fasilitas kesehatan. Dengan berkembangnya ilmu pengetahuan, khususnya di bidang pelayanan kesehatan, perawatan pasien tidak hanya dilayani di rumah sakit saja tetapi juga di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, bahkan di rumah (*home care*).

Dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan sangat penting bila terlebih dahulu petugas dan pengambil kebijakan memahami konsep dasar penyakit infeksi.

### 1.2 Tujuan

- a. Tujuan Umum  
Sebagai panduan dalam kegiatan surveilans di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
- b. Tujuan Khusus
  - 1) Tersedianya informasi tentang situasi dan kecenderungan kejadian HAIs di Rumah Sakit Mata Undaan dan faktor yang mempengaruhinya.
  - 2) Terselenggaranya kewaspadaan dini terhadap kemungkinan terjadinya fenomena abnormal (penyimpangan) pada hasil pengamatan dan dampak HAI's di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
  - 3) Terselenggaranya investigasi dan pengendalian kejadian penyimpangan pada hasil pengamatan dan dampak HAI's di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

### 1.3 Definisi Operasional

Surveilans Kesehatan adalah kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi

terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah kesehatan untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan Tindakan pengendalian dan penanggulangan secara efektif dan efisien.

HAIs merupakan infeksi pada pasien di rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan lain yang belum tampak atau tidak sedang masa inkubasi pada saat pasien pertama kali masuk atau yang terjadi selama pasien dirawat di rumah sakit lebih dari 48 jam, yang tidak muncul pada saat masuk rumah sakit. Termasuk juga infeksi yang didapatkan pasien selama masa perawatan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan yang baru muncul setelah pasien telah keluar, maupun juga infeksi pada staf rumah sakit.



## BAB II RUANG LINGKUP

### 2.1 Sasaran

Penanggung jawab surveilans di Instalasi:

1. Rawat Inap
2. Rawat Jalan
3. Lasik
4. IGD

Panduan ini hanya membahas tentang jenis dan penatalaksanaan surveilans HAIs yang berisiko timbul di RS Mata Undaan Surabaya, seperti:

1. Infeksi Daerah Operasi
2. Infeksi Saluran Kemih
3. Phlebitis

### 2.2 Landasan Hukum

1. Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
2. Peraturan Menteri Kesehatan No. 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Yankes

### BAB III TATA LAKSANA

#### 3.1 Jenis Risiko HAIs RS Mata Undaan Surabaya

##### A. Infeksi Saluran Kemih

Infeksi Saluran Kemih (ISK) dalam istilah CDC disebut sebagai *Urinary Tract Infection* (UTI), merupakan jenis infeksi yang terjadi pada saluran kemih mumi (urethra dan permukaan kandung kemih) atau melibatkan bagian yang lebih dalam dari organ-organ pendukung saluran kemih (ginjal, ureter, kandung kemih, uretra dan jaringan sekitar retroperitoneal atau rongga perinefrik). Untuk itu, dalam menentukan jenis ISK, perlu pengelompokan sebagai berikut.

1. Infeksi Saluran Kemih Simptomatis
2. Infeksi Saluran Kemih Asimtomatis
3. Infeksi Saluran Kemih lainnya

##### 1. Tanda dan gejala klinis ISK

- a. Tanda dan gejala ISK:
  - 1) Demam ( $> 38^{\circ}\text{C}$ )
  - 2) Urgensi
  - 3) Frekuensi
  - 4) Disuria, atau
  - 5) Nyeri Supra Pubik
- b. Tanda dan gejala ISK anak  $<1$  tahun:
  - 1) Demam  $> 38^{\circ}\text{C}$  rektal
  - 2) Hipotermi  $< 37^{\circ}\text{C}$  rektal
  - 3) Apnea
  - 4) Bradikardia
  - 5) Letargia
  - 6) Muntah-muntah

##### 2. Tes Konfirmasi ISK

Tes konfirmasi merupakan tes-tes yang membantu memastikan adanya ISK.

- 1) Tes konfirmasi mayor merupakan pemeriksaan kultur kuantitatif yang menghasilkan jumlah koloni yang sedikit kemungkinan terjadi akibat kontaminasi.

*Tes konfirmasi ISK mayor:*

Hasil biakan urin aliran tengah (*midstream*)  $>10^5$  kuman per ml urin dengan jumlah kuman tidak lebih dari 2 (dua) spesies.

- 2) Tes konfirmasi minor merupakan pemeriksaan atau bukti: ISK, dengan keakuratan yang kurang sebagai tanda adanya ISK.
- 3) 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 diagnosis dokter yang merawat.

*Tes Konfirmasi ISK minor:*

- a) Tes carik celup (*dipstick*) positif untuk lekosit esterase dan/atau nitric.



- b) Piuri (terdapat >10 leukosit per ml atau terdapat  $\geq 3$  leukosit p (7 LPB (mikroskop kekuatan tinggi/1000x) dan urin tanpa dilakukan sentrifugasi).
  - c) Ditemukan kuman dengan pewarnaan Gram dari urin yang tidak disentrifugasi.
  - d) Paling sedikit 2 kultur urin ulangan didapatkan uropatogen yang sama (bakteri gram negatif atau *S. saprophyticus*) dengan jumlah 10<sup>2</sup> koloni per ml dari urin yang tidak dikemihkan (kateter atau aspirasi suprapubik).
  - e) Kultur ditemukan 510<sup>5</sup> koloni/ml kuman patogen tunggal (bakteri gram negatif atau *S. saprophyticus*) pada pasien yang dalam pengobatan antimikroba efektif untuk ISK.
  - f) Dokter mendiagnosis sebagai ISK.
  - g) Dokter memberikan terapi yang sesuai untuk ISK.
3. Kriteria ISK
- a. ISK Simptomatis harus memenuhi paling sedikit satu kriteria berikut ini:
    - 1) Kriteria 1 ISK simptomatis.
      - a) Ditemukan paling sedikit 1 tanda :
        - Demam  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
        - Urgency
        - Frekuensi
        - Disuria
        - Nyeri Supra Pubik
      - b) Tes konfirmasi mayor positif : Hasil biakan urin aliran tengah (*midstream*)  $\geq 10^5$  kuman per ml urin dengan jumlah kuman tidak lebih dari 2 spesies.
    - 2) Kriteria 2 ISK simptomatis
      - a) Ditemukan paling sedikit dua simtom
        - Demam  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
        - Urgency
        - Frekuensi
        - Disuria
        - Nyeri Supra Pubik
      - b) Satu tes konfirmasi minor positif
        - (1) Tes carik celup (dipstick) positif untuk leukosit enterase dan/ atau nitrit
        - (2) Piuri (terdapat  $\geq 10$  leukosit per ml atau terdapat  $\geq 3$  leukosit per LPB (mikroskop kekuatan tinggi/1000x) dari urin tanpa dilakukan sentrifugasi
        - (3) Ditemukan kuman dengan pewarnaan gram dari urin yang tidak disentrifugasi
        - (4) Paling sedikit 2 kultur urin ulangan didapatkan uropatogen yang sama (bakteri gram negatif atau *S. Saprophyticus*) dengan jumlah  $\geq 10^2$  koloni per ml dari urin yang tidak dikemihkan (kateter atau aspirasi suprapubik)
        - (5) Kultur ditemukan  $\leq 10^5$  koloni/ml kuman patogen tunggal (bakteri gram negatif atau *S. Saprophyticus*) pada pasien yang dalam pengobatan antimikroba efektif untuk ISK
        - (6) Dokter mendiagnosis sebagai ISK

- (7) Dokter memberikan terapi yang sesuai untuk ISK
- 3) Kriteria 3 ISK simtomatis anak usia < 1 tahun
- Ditemukan paling sedikit satu tanda ISK  
Demam, suhu rectal > 38°C  
Hipotermi, suhu rectal < 37°C  
Apnea  
Bradikardia  
Letargia  
Muntah-muntah
  - Tes konfirmasi mayor positif  
Hasil biakan urin aliran tengah (*midstream*) ≥ 10<sup>5</sup> kuman per ml urin dengan jumlah kuman tidak lebih dari 2 spesies
- 4) Kriteria 2 ISK simtomatis anak usia < 1 tahun
- Ditemukan paling sedikit dua simtom ISK anak usia <1 tahun SK  
Demam, suhu rectal > 38°C  
Hipotermi, suhu rectal < 37°C  
Apnea  
Bradikardia  
Letargia  
Muntah-muntah
  - Satu Tes konfirmasi minor positif:
    - Tes carik celup (*dipstick*) positif untuk leukosit esterase dan/ atau nitrit
    - Piuri (terdapat ≥10 leukosit per ml atau terdapat ≥3 leukosit per LPB (mikroskop kekuatan tinggi/1000x) dari urin tanpa dilakukan sentrifugasi
    - Ditemukan kuman dengan pewarnaan gram dari urin yang tidak disentrifugasi
    - Paling sedikit 2 kultur urin ulangan didapatkan uropatogen yang sama (bakteri gram negatif atau *S. Saprophyticus*) dengan jumlah ≥ 10<sup>2</sup> koloni per ml dari urin yang tidak dikemihkan (kateter atau aspirasi suprapubik)
    - Kultur ditemukan ≤ 10<sup>5</sup> koloni/ml kuman patogen tunggal (bakteri gram negatif atau *S. Saprophyticus*) pada pasien yang dalam pengobatan antimikroba efektif untuk ISK
    - Dokter mendiagnosis sebagai ISK
    - Dokter memberikan terapi yang sesuai untuk ISK
- b. ISK Asimptomatik
- ISK asimptomatik harus memenuhi paling sedikit satu kriteria berikut:
- Kriteria 1 ISK Asimptomatik
    - Pasien pernah memakai kateter urin dalam waktu 7 hari sebelum biakan urin;
    - Tes konfirmasi mayor ISK positif, dan;
    - Simtom ISK negatif.
  - Kriteria 2 ISK Asimptomatik



- a) Pasien tanpa kateter urin menetap dalam 7 hari sebelum biakan pertama positif
- b) Tes konfirmasi mayor positif dari hasil kultur urine yang dilakukan 2x berturut-turut, dan
- c) Simtom ISK negatif.

Catatan:

- a) Kultur positif dari ujung kateter tidak dapat digunakan untuk tes diagnostik ISK
  - b) Kultur positif dari urin yang diambil dari kantong pengumpul urin tidak dapat digunakan untuk tes diagnostik ISK.
  - c) Spesimen untuk kultur urin harus didapatkan dengan teknik yang benar, misalnya *clean catch collection* untuk spesimen wanita panca tengah, atau kateterisasi.
  - d) Pada bayi, spesimen diambil dengan card kateterisasi kandung kemih atau aspirasi supra pubik.
- 3) Infeksi Saluran Kemih yang lain (Ginjal, Ureter, Kandung Kemih, Uretra dan jaringan sekitar retroperitoneal atau rongga perinefrik)

Harus memenuhi sekurang-kurangnya satu kriteria terkait organ di atas sebagai berikut:

- a) Kriteria 1 ISK Lain:

Ditemukan kultur kuman yang positif dari cairan (selain urin) atau jaringan terinfeksi.

- b) Kriteria 2 ISK Lain:

Ditemukan abses atau tanda infeksi lain yang ditemukan baik pada pemeriksaan langsung, selama pembedahan atau dengan pemeriksaan histopatologis.

- c) Kriteria 3 ISK lain:

(1) Ditemukan paling sedikit dua dari tanda atau gejala sebagai berikut:

- (a) Demam ( $> 38^{\circ}\text{C}$ )
- (b) Nyeri local
- (c) Nyeri tekan pada daerah yang dicurigai terinfeksi, dan

(2) Sekurang-kurang terdapat paling sedikit satu hal berikut

- (a) Drainase pus dari tempat yang dicurigai terinfeksi.
- (b) Kuman yang tumbuh pada kultur darah sesuai dengan kuman dari tempat yang diduga infeksi
- (c) Terdapat bukti adanya infeksi pada pemeriksaan radiologi (USG, CT Scan, MRI, Radiolabel Scan).
- (d) Diagnosis infeksi oleh dokter yang menangani.
- (e) Dokter yang menangani memberikan pengobatan antimikroba yang sesuai untuk jenis infeksi.

(3) Kriteria 4.15K lain pasien berumur  $< 1$  tahun:

Pada didapatkan paling sedikit satu tanda atau gejala berikut tanpa penyebab lain :

- (a) Demam  $> 38^{\circ}\text{C}$  rektal
- (b) Hipotermi  $< 37^{\circ}\text{C}$  rektal



- (c) Apnea
- (d) Bradikardia
- (e) Letargia
- (f) Muntah-muntah, dan

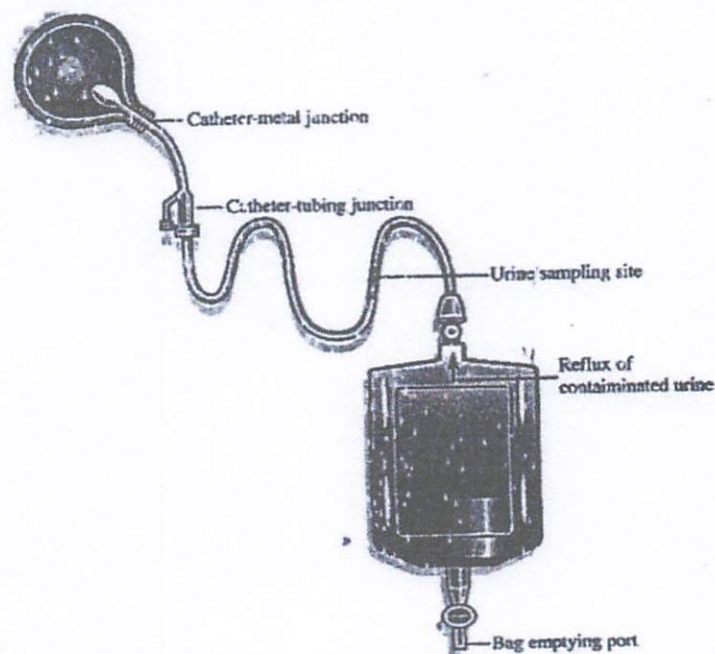
sekurang-kurang terdapat paling sedikit satu hal berikut :

- (a) Drainase pus dari tempat yang dicurigai terinfeksi.
- (b) Kuman yang tumbuh pada kultur darah sesuai dengan kuman dari tempat yang diduga infeksi.
- (c) Terdapat bukti adanya infeksi pada pemeriksaan radiologi (USG, CT Scan, MRI, Radiolabel Scan).
- (d) Diagnosis infeksi oleh dokter yang menangani.
- (e) Dokter yang menangani memberikan pengobatan antimikroba yang sesuai.

c. Faktor risiko ISK

Faktor risiko untuk terjadinya ISK adalah penderita yang terpasang kateter, sedang faktor-faktor lain berkaitan dengan:

- 1) Kondisi pasien (faktor intrisik): komorbiditas penderita (misalnya DM), penurunan daya tahan tubuh (misalnya malnutrisi), kondisi organik (misalnya: obstruksi, disfungsi kandung kemih, refliks).
- 2) Prosedur pemasangan: teknik pemasangan, ukuran kateter.
- 3) Perawatan: Perawatan meatus urethra, jalur kateter, pengosongan kantong urin, manipulasi (pengambilan sampel urin)



Gambar 3.1 Kemungkinan Sumber Kontaminasi Pada Pemasangan Kateter Menetap

d. Data Surveilans ISK

Populasi utama surveilans ISK adalah penderita yang terpasang kateter menetap. Data-data lain adalah data-data yang berhubungan dengan faktor risiko, data-data diagnostik dan lama pemasangan kateter, yang nanti akan dijadikan denominator dalam perhitungan laju infeksi.

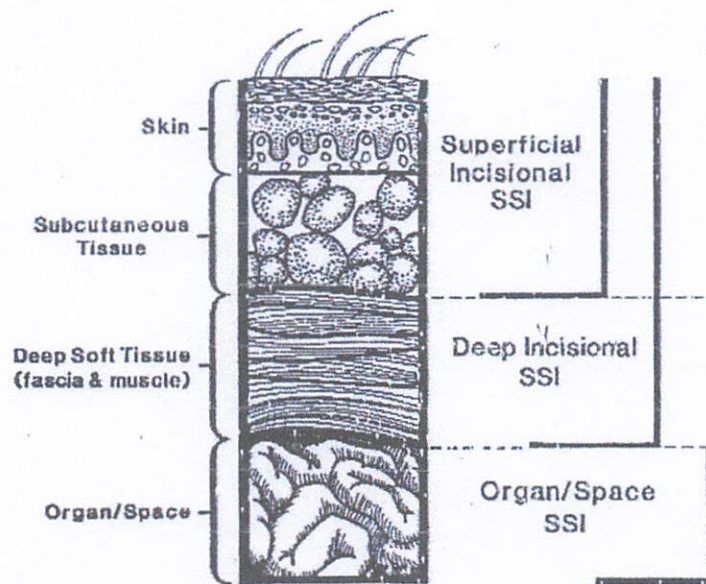
**B. Infeksi Daerah Operasi (IDO)**

IDO dalam istilah CDC disebut sebagai *Surgical Site Infection (SSI)*.

Ada beberapa stadium dalam operasi, sehingga penilaian ada tidaknya IDO juga dikelompokkan berdasarkan seberapa jauh organ atau jaringan yang dioperasi, sehingga dikenal istilah:

1. IDO Superfisial: bila insisi hanya pada kulit dan jaringan bawah kulit (subkutan)
2. IDO Profunda: bila insisi mengenai jaringan lunak yang lebih dalam (fascia dan lapisan otot)
3. IDO Organ/Rongga tubuh: bila insisi dilakukan pada organ atau mencapai rongga dalam tubuh.

Untuk jelasnya dapat dilihat pada Gambar 3.1



Gambar 3.2 Klasifikasi CDC untuk ILO

**1. Kriteria IDO**

**a. Kriteria IDO Superfisial (*Superficial incisional SSI*):**

- 1) Infeksi yang terjadi dalam kurun waktu 30 hari setelah tindakan operasi dan
- 2) Mengenai hanya pada kulit dan jaringan bawah kulit (subkutan) pada tempat insisi dan
- 3) Pasien sekurang-kurangnya mempunyai/memenuhi salah satu keadaan dibawah ini:
  - a) Drainase bahan purulen dari insisi *superficial*.



- b) Dapat diisolasi kuman penyebab dari biakan cairan atau jaringan yang diambil secara aseptik dari tempat insisi superficial.
- c) Sekurang-kurangnya terdapat:
  - (1) satu tanda atau gejala infeksi sebagai berikut: rasa nyeri, pembengkakan yang terlokalisir, kemerahan, atau hangat pada perabaan, dan
  - (2) insisi superficial terpaksa harus dibuka oleh dr bedah dan hash biakan positif atau tidak dilakukan biakan. Hasil biakan yang negatif tidak memenuhi kriteria ini.
- 4) Diagnosis IDO superficial oleh dokter bedah atau dokter yang menangani pasien tersebut.

Terdapat 2 (dua) tipe spesifik IDO *superficial*, yaitu :

- 1) Superficial incisional primary (SIP) :  
Infeksi terjadi pada tempat insisi primer pada pasien yang telah menjalani tindakan operasi melalui satu atau lebih insisi (contoh insisi pada operasi Cesar atau insisi pada dada dalam operasi *bypass arteri coroner*).
- 2) Superficial incisional secondary (SIS)  
Infeksi terjadi pada tempat insisi sekunder pada pasien yang menjalani tindakan melalui lebih dari satu insisi (contoh insisi pada donor [biasanya pada kaki] untuk CBGB).

CBGB: *Coronary bypass with chest and donor incisions*

**Petunjuk pencatatan/pelaporan IDO Superfisial:**

- 1) Jangan melaporkan "*stitch abscess*" (inflamasi minimal dan adanya keluar cairan [*discharge*] pada tempat penetrasi/tusukan jarum atau tempat jahitan) sebagai suatu infeksi.
- 2) Jangan melaporkan infeksi luka yang terlokalisasi ("*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.
- 3) Bila infeksi pada tempat insisi mengenai atau berlanjut 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.

**b. Kriteria IDO Profunda (*Deep incisional SSI*):**

- 1) Infeksi yang terjadi dalam kurun waktu 30 hari setelah tindakan operasi tanpa pemasangan implant atau dalam waktu 1 tahun bila operasi dengan pemasangan implant dan infeksi diduga ada kaitannya dengan prosedur operasi dan
- 2) Mengenai jaringan lunak yang lebih dalam (fascia dan lapisan otot) pada tempat insisi dan
- 3) Pasien sekurang-kurangnya mempunyai / memenuhi salah satu keadaan di bawah ini :



- a) Drainase purulen dari jaringan lunak dalam tetapi bukan dari organ atau rongga dalam pada tempat operasi.
- b) Tempat insisi dalam mengalami "dehiscence" secara spontan atau terpaksa dibuka oleh dokter bedah dan hasil biakan positif atau tidak dilakukan biakan kuman apabila pasien mempunyai sekurang-kurangnya satu tanda atau gejala sebagai berikut: demam ( $> 38\text{ C}$ ), atau nyeri yang terlokalisir. Hasil biakan yang negatif tidak termasuk dalam kriteria ini.
- c) Abscess atau adanya bukti lain terjadinya infeksi yang mengenai insisi dalam yang ditemukan berdasarkan pemeriksaan langsung, selama re-operasi, atau berdasarkan hasil pemeriksaan histopatologi (PA) atau radiologi.
- d) Diagnosis IDO profunda oleh dokter bedah atau dokter yang menangani pasien tersebut.

**Keterangan**

Yang dimaksud dengan implant adalah setiap benda, bahan atau jaringan yang berasal bukan dari manusia (seperti lensa intraokuler) yang ditempatkan pada tubuh pasien secara permanen dalam suatu tindakan operasi dan tidak dimanipulasi secara rutin baik untuk kepentingan diagnostik maupun untuk keperluan terapi.

**c. Kriteria IDO Organ/rongga tubuh (Organ/space)**

- 1) Infeksi yang terjadi dalam kurun waktu 30 hari setelah tindakan operasi tanpa pemasangan implant atau dalam waktu 1 tahun bila operasi dengan pemasangan implant dan infeksi diduga ada kaitannya dengan prosedur operasi
- 2) Infeksi mengenai semua bagian dari tubuh, kecuali insisi kulit, fascia dan lapisan otot yang sengaja dibuka atau dimanipulasi selama prosedur/tindakan dan
- 3) Pasien sekurang-kurangnya mempunyai/memenuni salah satu keadaan di bawah ini :
  - a) Drainase purulen dari suatu drain yang dipasang melalui "stab wound" kedalam organ/rongga tubuh.
  - b) Dapat diisolasi kuman penyebab dari biakan cairan atau jaringan yang diambil secara aseptik dari organ/rongga tubuh.
  - c) Abscess atau adanya bukti lain terjadinya infeksi yang mengenai organ/rongga tubuh yang ditemukan berdasarkan pemeriksaan langsung, selama re-operasi, atau berdasarkan hasil pemeriksaan histopatologi (PA) atau radiologi.
  - d) Diagnosis IDO organ/rongga tubuh oleh dokter bedah atau dokter yang menangani pasien tersebut.

**Petunjuk pencatatan/pelaporan IDO Organ/rongga tubuh:**

- 1) Organ atau rongga tubuh meliputi semua bagian/organ tubuh manusia kecuali kulit, fascia atau lapisan otot, yang sengaja dibuka atau dimanipulasi selama tindakan operasi. Tempat atau nama organ tubuh yang spesifik harus dicantumkan pada IDO organ/rongga tubuh untuk mengidentifikasi tempat terjadinya infeksi.
- 2) Secara spesifik tempat terjadinya infeksi harus dicantumkan dalam pelaporan IDO organ/rongga tubuh (lihat juga kriteria untuk tempat tersebut). Sebagai contoh, pada tindakan apendektomi yang kemudian terjadi abses sub-diafragma, akan

dilaporkan sebagai IDO organ/rongga tubuh dengan tempat spesifiknya pada "intra-abdominal" (IDO-IAB).

- 3) 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.

## 2. Faktor Risiko IDO

Faktor risiko terjadinya IDO dapat berasal dari:

- a. kondisi pasien sendiri, misalnya usia, obesitas, penyakit berat, ASA Score, karier MRSA, lama rawat pra operasi, malnutrisi, DM, penyakit keganasan.
- b. Prosedur operasi: Cukur rambut sebelum operasi, jenis tindakan, antibiotik profilaksis, lamanya operasi, tindakan lebih dari 1 jenis, benda asing, transfusi darah, mandi sebelum operasi, operasi emergensi, drain.
- c. Jenis operasi
  - 1) Operasi bersih
    - a) Operasi dilakukan pada daerah/kulit yang pada kondisi pra bedah tidak terdapat peradangan dan tidak membuka traktus respiratorius, traktus gastrointestinal, orofaring, traktus urinarius atau traktus billier
    - b) Operasi berencana dengan penutupan kulit primer, dengan atau tanpa pemakaian drain tertutup
  - 2) Operasi bersih tercemar
    - a) Operasi membuka traktus digestivus, traktus billier, traktus urinarius, traktus respiratorius limbah dengan orofaring, atau traktus reproduksi kecuali ovarium
    - b) Operasi tanpa pencemaran nyata (*gross spillage*), contohnya pada operasi traktus billier, apendiks, vagina atau orofaring
  - 3) Operasi tercemar
 

Operasi yang dilakukan pada kulit yang terbuka, tetapi masih dalam waktu emas (*golden periode*)
- d. Perawatan pasca infeksi: tempat perawatan, tindakan-tindakan keperawatan (pergantian verban), lama perawatan.

## C. Phlebitis

Phlebitis dalam klasifikasi HAls oleh CDC, dikelompokkan dalam CVS-VASC (*Arterial or venous infection*).

### 1. Kriteria Phlebitis

Infeksi arteri atau vena harus memenuhi minimal 1 dari kriteria berikut:

- a. Hasil kultur positif dari arteri atau vena yang diambil saat operasi.  
Terdapat bukti infeksi dari arteri atau vena yang terlihat saat operasi atau berdasarkan bukti histopatologik.
- b. Pasien minimal mempunyai 1 gejala dan tanda berikut, tanpa diketemukan penyebab lainnya:
  - 1) Demam ( $>38^{\circ}\text{C}$ ), sakit, eritema, atau panas pada vaskuler yang terlibat, dan



- 2) Kultur semikuantitatif dari ujung kanula intravaskuler tumbuh > 15 koloni mikroba, dan
  - 3) Kultur darah tidak dilakukan atau hasil negatif.
  - c. Adanya aliran nanah pada vaskuler yang terlibat.
  - d. Untuk pasien 51 tahun, minimal mempunyai gejala dan tanda berikut, tanpa diketemukan penyebab lainnya:
    - 1) Demam (>38°C rektal), hipotermi (<37°C rektal), apneu, bradikardi, letargi atau sakit, eritema, atau panas pada vaskuler yang terlibat, dan
    - 2) Kultur semikuantitatif dari ujung kanula intravaskuler tumbuh > 15 koloni mikroba, dan
    - 3) Kultur darah tidak dilakukan atau hasil negatif.
2. Jenis Phlebitis
    - a. Phlebitis mekanis terjadi dimana gerakan benda asing (*cannula*) dalam pembuluh darah menyebabkan gesekan dan peradangan vena berikutnya.
    - b. Phlebitis kimia disebabkan oleh obat atau cairan yang diinfus melalui *cannula*. Faktor-faktor seperti pH dan osmolaritas zat memiliki dampak yang signifikan.
  3. Skala Phlebitis
    - a. Kelas 0 tidak ada gejala
    - b. Kelas 1 eritema di situs akses dengan atau tanpa rasa sakit
    - c. Kelas 2 nyeri di situs akses dengan eritema dan/atau edema
    - d. Kelas 3 nyeri di situs akses dengan eritema dan/atau edema, pembentukan beruntun, kabel vena teraba
    - e. Kelas 4 nyeri di situs akses dengan eritema dan/atau edema, pembentukan beruntun, kabel vena teraba
    - f. Lebih besar dari satu inci panjang dan drainase purulen
  4. Petunjuk Pelaporan
    - a. Infeksi dari transplantasi arteri-vena, shunt, atau fistula atau lokasi kanulasi vaskuler sebagai CVS-VASC tanpa adanya hasil kultur dari darah.
    - b. Infeksi intravaskuler dengan hasil kultur darah positif, dilaporkan sebagai IADP.

### 3.2 Metode Surveilans

1. Berdasarkan cakupannya
  - a. Surveilans komprehensif (*hospital-wide/tradisional surveillance*) adalah surveilans yang dilakukan disemua area perawatan untuk mengidentifikasi pasien yang mengalami infeksi selama dirumah sakit. Data dikumpulkan dari catatan medis, catatan keperawatan, laboratorium dan perawat ruangan.
  - b. Surveilans target (*targeted/sentinel surveillance*) adalah surveilans ini berfokus pada ruangan, kelompok pasien, atau tindakan dengan risiko infeksi spesifik, contoh : surveilans diruangan perawatan intensif, ruang perawatan bayi baru lahir, ruang perawatan pasien hemodialisa atau pasien dengan risiko ISK, *surgical site infection* (SSI) /IDO, *blood stream infection* (BSI/IAD), pneumonia HAP/VAP, surveilans target akan memberikan hasil yang lebih tajam dan memerlukan sumber daya yang lebih sedikit.



- c. Surveilans periodik adalah metode hospital wide traditional surveilans yang dilakukan secara periodik misalnya satu bulan dalam satu semester. Cara lain dilakukan surveilans pada satu atau beberapa instalasi dalam periode tertentu kemudian pindah lagi ke instalasi lain.
  - d. Surveilans prevalensi (*prevalence surveillance*) adalah surveilans yang dilakukan survei. Jumlah aktif infeksi dibagi jumlah pasien yang ada pada waktu dilakukan survey. Prevalensi surveilans dapat digunakan pada populasi khusus seperti infeksi mikroorganisme Methicillin-Resistant *Staphylococcus Aureus* (MRSA) atau Vancomycin - Resistant *Enterococci* (VRE).
- Berdasarkan beberapa metode di atas, yang direkomendasikan adalah surveilans target (*targeted surveillance*) untuk dapat dilaksanakan karena surveilans target dapat memberikan hasil yang lebih tajam dan memerlukan sumber daya manusia yang sedikit
2. Berdasarkan jenis rawat
    - a. Surveilans selama perawatan adalah surveilans yang dilakukan selama pasien menjalani rawat inap saja. Surveilans selama perawatan lebih mudah dilakukan, tetapi hanya mencerminkan IRS yang timbul dalam waktu relatif singkat.
    - b. Surveilans pasca rawat (*post-discharge surveillance*) adalah surveilans yang dilakukan setelah pasien keluar dari rumah sakit. Surveilans pasca rawat dapat mendeteksi IRS yang langsung timbul seperti infeksi daerah operasi (IDO) yang dapat timbul 30 hari (tanpa implant) sampai 90 (sembilan puluh) hari sesudah operasi (dengan implant). Surveilans pasca rawat memerlukan follow up yang ketat dari pasien baik melalui pemeriksaan langsung waktu pasien datang kontrol atau melalui kunjungan ke rumah pasien.

### 3.3 Langkah-langkah Surveilans

1. Perencanaan
  - a. Tahap 1 : Mengkaji Populasi Pasien  
Tentukan populasi pasien yang akan dilakukan survei apakah semua pasien/sekelompok pasien/pasien yang berisiko tinggi.
  - b. Tahap 2 : Menseleksi Hasil/Proses Surveilans  
Lakukan seleksi hasil surveilans dengan pertimbangan kejadian paling sering/dampak biaya/diagnosa yang paling sering
  - c. Tahap 3 : Penggunaan Definisi Infeksi  
Gunakan definisi infeksi yang mudah dipahami dan mudah di aplikasikan, *Nosokomial Infection Surveillance system* (NISS), *Center for Diseases Control* (CDC), atau Kementerian Kesehatan.
2. Pengumpulan data
 

Tahap 4 : Pengumpulan Data Surveilans

  - a. Mengumpulkan data surveilans oleh orang yang kompeten, profesional, berpengalaman, dilakukan oleh IPCN
  - b. Memilih metode surveilans dan sumber data yang tepat
  - c. Data yang dikumpulkan yang dilakukan pencatatan meliputi data demografi, faktor risiko, antimikroba yang digunakan dan hasil kultur resistensi, nama, tanggal lahir, jenis kelamin, no catatan medik, tanggal masuk rumah sakit.

Tanggal infeksi muncul, lokasi infeksi, ruang perawatan saat pertama kali infeksi muncul  
 Faktor risiko : alat, prosedur, faktor lain yang berhubungan dengan infeksi rumah sakit  
 data radiologi (X-Ray, CT Scan, MRI)

d. Metode observasi langsung merupakan gold standar

### 3. Analisis

Tahap 5 : Penghitungan Stratifikasi Dan Stratifikasi

#### a. *Incidence rate*

Numerator adalah jumlah kejadian infeksi dalam kurun waktu tertentu. Denominator adalah jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam kurun waktu tertentu

#### b. Menganalisis incidence rate infeksi

Data harus dianalisa dengan cepat dan tepat untuk mendapatkan informasi apakah ada masalah infeksi rumah sakit yang memerlukan penanggulangan atau investigasi lebih lanjut.

### 4. Interpretasi

Tahap 7 : Interpretasi

Interpretasi yan dibuat harus menunjukkan informasi tentang penyimpangan yang terjadi. Bandingkan angka infeksi rumah sakit apakah ada penyimpangan, dimana terjadi kenaikan dan penurunan yang cukup tajam . bandingkan rate infeksi NNIS/CDC/WHO. Perhatikan dan bandingkan kecenderungan menurut jenis infeksi ruang perawatan dan mikroorganisme pathogen penyebab bila ada. Jelaskan sebab-sebab peningkatan dan penurunan angka infeksi rumah sakit dengan melampirkan data pendukung yang relevan dengan masalah yang dimaksud.

### 5. Pelaporan

Tahap 8 : Pelaporan

a. Laporan dibuat secara periodik, tiap triwulan, semester, tahunan atau sewaktu-waktu jika diperlukan

b. Laporan dilengkapi dengan rekomendasi dan tindak lanjut bagi pihak terkait c) Laporan didistribusikan kepada pihak-pihak terkait

c. Tujuan distribusi agar pihak terkait dapat memanfaatkan informasi tersebut untuk menetapkan strategi pengendalian infeksi rumah sakit

### 6. Evaluasi

Tahap 9 : Evaluasi Surveilans Sistem

a. Langkah-langkah proses surveilans

b. Keepatan waktu dari data

c. Kualitas data

d. Ketepatan analisa

e. Hasil penilaian: apakah sistem surveilans sudah sesuai dengan tujuan yang telah di tetapkan  
 Hasil pelaksanaan surveilans merupakan dasar untuk melakukan perencanaan lebih lanjut. Jika terjadi peningkatan infeksi yang signifikan yang dapat dikategorikan kejadian luar biasa, maka perlu dilakukan upaya penanggulangan kejadian luar biasa.



## BAB IV DOKUMENTASI

### 4.1 Pencatatan

Semua kejadian infeksi yang ditemukan mengenai kasus IDO, ISK, Phlebitis atau kejadian kasus *emerging* dan *reemerging* di catat dalam form surveilans.

### 4.2 Pelaporan

1. Laporan dibuat secara periodik, tiap triwulan, tahunan atau sewaktu-waktu jika diperlukan
2. Laporan dilengkapi dengan rekomendasi dan tindak lanjut bagi pihak terkait
3. Laporan didistribusikan kepada pihak-pihak terkait
4. Hasil kegiatan surveilans dilaporkan kepada Direktur untuk kemudian diinformasikan ke seluruh unit di rumah sakit.

### 4.3 Monitoring dan Evaluasi

Hal yang perlu dimonitoring dan evaluasi dari kegiatan surveilans yakni:

1. Langkah-langkah proses surveilans
2. Ketepatan waktu dari data
3. Kualitas data
4. Ketepatan analisa
5. Hasil penilaian: apakah sistem surveilans sudah sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan

**BAB V**  
**PENUTUP**

Dengan adanya Panduan Pelaksanaan Surveilans HAIs ini diharapkan dapat dijadikan sebagai acuan dalam kegiatan pemantauan risiko infeksi pada seluruh tindakan pelayanan di Rumah Sakit Mata Undaan sehingga dapat menjadi dasar untuk meningkatkan mutu pelayanan pasien.

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 15 Juli 2022  
Direktur,

The image shows a handwritten signature in blue ink over a blue official stamp. The stamp is rectangular and contains the text "RS MATA UNDAAN" in a bold, sans-serif font. The signature is written in a cursive style over the stamp.

dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M (K)

A small, handwritten signature in blue ink, located in the bottom right corner of the page.



**PROFIL INDIKATOR  
ISK (INFEKSI SALURAN KEMIH)**

Judul Indikator	Angka CAUTI ( <i>Catheter Associated Urin Track Infection</i> ) / ISK (Infeksi Saluran Kencing)
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Permenkes No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan</li> <li>2. Kamus Indikator Kinerja Rumah Sakit dan Balai Kemenkes 2012</li> </ol>
Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> AKSESIBILITAS <input checked="" type="checkbox"/> KESELAMATAN & KEAMANAN <input type="checkbox"/> EFEKTIFITAS <input type="checkbox"/> KESINAMBUNGAN PELAYANAN <input type="checkbox"/> EFISIENSI <input checked="" type="checkbox"/> BERORIENTASI PADA PASIEN
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendapatkan data dasar insiden rate ISK</li> <li>2. Menurunkan insiden rate ISK</li> <li>3. Meminimalkan Angka Kejadian ISK</li> </ol>
Definisi Operasional	ISK atau Infeksi Saluran Kemih adalah jenis infeksi yang terjadi pada saluran kemih murni (uretra dan permukaan kandung kemih) atau melibatkan bagian yang lebih dalam dari organ-organ pendukung saluran kemih (ginjal, ureter, kandung kemih, uretra dan jaringan sekitar retroperitoneal atau rongga perinefrik) yang disebabkan penggunaan kateter urine > 48 jam.
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Kriteria Inklusi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ditemukan minimal dari tanda gejala klinis : Umum : demam, urgensi, frekuensi, disuria, nyeri suprapubik Usia &lt; 1 tahun: demam, hipotermia, apneu, bradikardi, letargia dan muntah-muntah</li> <li>2. Tes Diagnostik : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tes carik celup (disptick) positif untuk leukosit esterase dan/atau nitrit</li> <li>b. Pyuria &gt; 10 leukosit/ LPB sedimen urine atau &gt; 10 leukosit /ml atau &gt;3 leukosit /LPB dari urine tanpa dilakukan sentrifus</li> <li>c. Ditemukan kuman dengan pewarnaan gram dari urine yang tidak disentrifugasi</li> <li>d. Paling sedikit 2 kultur urine ulangan didapatkan uropatogen yang sama (bakteri gram negatif atau <i>S. Saprophyticus</i>) pada pasien yang dalam pengobatan antimikroba efektif untuk ISK</li> </ol> </li> <li>3. Dokter mendiagnosis sebagai ISK</li> <li>4. Dokter memberikan terapi sesuai dengan ISK</li> </ol>
Ekklusi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien terpasang dower cateter &lt; 48 jam</li> <li>2. Ketika masuk RS ada tanda klinis ISK sebelum pemasangan kateter urine menetap</li> <li>3. Saat masuk RS pasien terpasang dower kateter dari RS lain</li> </ol>

Numerator	Jumlah pasien dengan indikasi ISK karena pemakaian kateter urin
Denominator	Jumlah lama hari terpasang kateter urin menetap
Formula	(Jumlah kasus ISK dibagi jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1000
Target Pencapaian	0 ‰
Sumber Data	1. Pasien rawat inap yang terpasang <i>Catheter urin</i> 2. Rekam Medis 3. Formulir Surveilans
Frekuensi Pengumpulan Data	Harian
Periode Analisa	3 Bulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Metode Pengumpulan Data	Total Populasi
Rencana Analisa Data	Control Chart
Penanggung Jawab	Manager Rawat Inap , IPCLN, IPCN
Publikasi	Internal : Instalasi ( <i>storyboard</i> ), Direktur ( <i>dashboard</i> )



**PROFIL INDIKATOR**  
**IDO (infeksi Daerah Operasi)**  
**Endoftalmitis**

Judul Indikator	Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)
Dasar pemikiran	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit (HAIs)
Dimensi mutu	( ) AKSEBILITAS                      (✓) KESELAMATAN & KEAMANAN ( ) EFEKTIFITAS                      ( ) KESINAMBUNGAN PELAYANAN ( ) EFISIENSI                            (✓) BERORIENTASI PADA PASIEN
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi daerah operasi
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi rumah sakit (HAIs) pada semua kategori luka sayatan operasi yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), nyeri (dolor), kemerahan (rubor), bengkak (tumor) gangguan fungsi (fungsiolesa) dan keluarnya nanah (pus) yang muncul dalam waktu lebih 1 x 24 jam sampai dengan 30 hari pasca operasi bersih, atau sampai dengan 1 tahun jika terdapat implant
Jenis indikator	(✓) PROSES & OUTCOME
Kriteria Inklusi	Semua infeksi pada daerah operasi yang terjadi minimal 1 x 24 jam pasca operasi bersih sampai dengan 30 hari atau satu tahun jika dipasang implant
Eksklusi	Hordeolum & Abses
Numerator (Pembilang)	Jumlah kasus infeksi daerah operasi
Denominator (Penyebut)	Jumlah operasi bersih
Formula	(Jumlah kasus infeksi daerah operasi di bagi Jumlah operasi bersih) x 100%
Standar	≤ 0,2 %
Sumber Data	Rekam medis dan Laporan Insiden
Frekuensi pengumpulan data	(✓) HARIAN
Periode analisis	(✓) 3 BULAN
Cara pengumpulan data	(✓) RETROSPEKTIF
Metodologi pengumpulan data	(✓) TOTAL POPULASI
Rencana Analisis	Kontrol Run Chart
Instrumen Pengambilan Data	a. Sensus harian kamar operasi b. Pedoman PPI RS Mata Undaan
Penanggung Jawab Data	Ka. Instalasi Rawat Jalan, Rawat Inap, Lasik & Ketua Komite PPI

Publikasi	INTERNAL : Instalasi Rawat Inap , Lasik, Rawat Jalan ( storyboard ), PMKP & Direktur ( <i>dashboard</i> ) EKSTERNAL : Laporan INM
-----------	--



**PROFIL INDIKATOR  
Phlebitis**

Judul	Angka Kejadian Phlebitis
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Permenkes No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan</li> <li>2. Kamus Indikator Kinerja Rumah Sakit dan Balai Kemenkes 2012</li> </ol>
Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> AKSESIBILITAS <input checked="" type="checkbox"/> KESELAMATAN & KEAMANAN <input type="checkbox"/> EFEKTIFITAS <input type="checkbox"/> KESINAMBUNGAN PELAYANAN <input type="checkbox"/> EFISIENSI <input checked="" type="checkbox"/> BERORIENTASI PADA PASIEN
Tujuan	Meminimalkan Angka Kejadian Phlebitis pada pemasangan IV Line
Definisi operasional	<p>Phlebitis adalah inflamasi pada daerah lokal tusukan infus dengan ditemukannya tanda-tanda kemerahan, rasa panas seperti terbakar, bengkak, nyeri bila ditekan, serta ulkus sampai eksudat purulen atau mengeluarkan cairan bila ditekan.</p> <p>Standar Penilaian Plebitis :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vena tempat kanula tampak sehat : Skala 0 : Tidak Ada plebitis</li> <li>2. Nyeri dan atau kemerahan pada area insersi kateter IV : Skala 1 : Tanda dini plebitis</li> <li>3. Nyeri dekat insersi kateter IV, eritema, edema/bengkak : Skala 2 : Stadium dini plebitis</li> <li>4. Nyeri sepanjang cannula, eritema, indurasi. Skala 3 : medium Plebitis</li> <li>5. Nyeri sepanjang kanula, eritema, indurasi, vena mengeras seperti kabel atau tali : Skala 4 : Stadium lanjut plebitis atau awal tromboplebitis</li> <li>6. Nyeri sepanjang kanula, eritema, indurasi, vena mengeras, ada atau tidak ada plebitis, disertai demam : Skala 5 : Stadium lanjut tromboplebitis</li> </ol>
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Kriteria Inklusi	Pasien yang terpasang i.v kateter (infus vena/perifer) dan mengalami plebitis dengan standar penilaian mulai skala 3
Ekklusi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien yang terpasang i.v kateter (infus vena/perifer) dan mengalami plebitis dengan standar penilaian 1 dan 2</li> <li>2. Pasien dengan phlebitis sebelum pemasangan</li> </ol>
Numerator	Jumlah pasien dengan kejadian phlebitis
Denominator	Jumlah hari pasien terpasang iv line
Formula	(Jumlah kasus pasien dengan kejadian phlebitis dibagi jumlah hari pasien terpasang I.V line dalam 1 bulan) x 100 %
Target Pencapaian	< 0,5 %
Sumber Data	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Rekam Medis</li> <li>b. Formulir Surveilans</li> <li>c. Laporan Surveilans infeksi</li> </ol>

Frekuensi Pengumpulan Data	Harian
Periode Analisa	3 Bulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Metode Pengumpulan Data	Total Populasi
Rencana Analisa Data	Control Chart
Instrumen Pengambiln Data	Formulir Surveilans
Penanggung Jawab	Manager Rawat Inap , IPCLN, IPCN
Publikasi	Instalasi (Storyboard), Direktur (Dashboard)