616.9 Ind p

PETUNJUK PRAKTIS SURVEILANS INFEKSI RUMAH SAKIT



Penerbit KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2011









PETUNJUK PRAKTIS SURVEILANS INFEKSI RUMAH SAKIT

Penerbit KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2011

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

616.9

р

Ind Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal

Bina Upaya Kesehatan.

Petunjuk praktis surveilans infeksi rumah sakit.

-- Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2011

I. Judul

1. INFECTION CONTROL

2. HOSPITALS

Petunjuk Praktis Surveilans Infeksi Rumah Sakit

©2011 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

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. Healthcare Associated Infections 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 Kementerian 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 2011

Tim Penyusun

S A M B U T A N DIREKTUR JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif kepada masyarakat memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Bagi mereka yang berada di lingkungan rumah sakit seperti pasien, petugas kesehatan, pengunjung dan penunggu pasien, berisiko mendapatkan infeksi di rumah sakit atau disebut dengan healthcare associated infections (HAIs). Oleh karena itu rumah sakit dituntut dapat memberikan pelayanan yang bermutu, efektif dan efisien untuk menjamin patient safety yang telah menjadi program Kementerian Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Sehubungan dengan hal tersebut maka Kementerian Kesehatan telah melaksanakan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di Rumah Sakit. Dengan adanya program PPI ini diharapkan dapat mencegah atau meminimalkan angka kejadian infeksi di rumah sakit, namun sampai saat ini belum dilaksanakan surveilans yang seragam untuk mengukur pelaksanaan program PPI di rumah sakit.

Saya menyambut baik terbitnya Pedoman Surveilans Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Diharapkan buku ini dapat diterapkan secara optimal di seluruh rumah sakit di Indonesia.

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

Jakarta, Februari 2011 Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan

dr. Supriyantoro, Sp.P, MARS NIP. 195408112010061001

TIM PENYUSUN

dr. Chairul Radjab Nasution, Sp.PD, KGEH, FINASIM, FACP, MKes (Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kemenkes RI)

dr. Cut Putri Arianie

(Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kemenkes RI)

Drg. Sophia Hermawan, M.Kes

(Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kemenkes RI)

dr. Sardikin Giriputro, Sp.P, MARS (Tim PPIRS Pusat)

dr. Djatnika Setiabudi, Sp.A (K), MCTM (RSUP Dr. Hasan Sadikin, Bandung)

dr. Dalima A.W. Astrawinata, Sp.PK, M.Epid (PERDALIN – RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo)

dr. Soeko W. Nindito, MARS (Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kemenkes RI)

Drg. Wahyuni Prabayanti, M.Kes (Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kemenkes RI)

dr. Aziza Aiyani, Sp.PK (RSUD Pasar Rebo)

Costy Panjaitan, SKM, MARS

(RS Pusat Jantung Nasional Harapan Kita, Jakarta)

Edha Bara'padang, SKP (Tim PPIRS Pusat)

KONTRIBUTOR

Agus Sunandar, S.Kep, Ners (RSUP Dr. Hasan Sadikin)

Ns. Gortap Sitohang, S.Kep (RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo)

Yohana F. Wapini, BN (Siloam Hospitals Lippo Cikarang)

Dr. Igbal (Ditjen P2PL Kemenkes RI)

Dr. Ester Marini Lubis (Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kemenkes RI)

Dr. Wita Nursanthi Nasution (Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kemenkes RI)

Dr. Chandra Jaya (Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kemenkes RI)

Dr. Andriani Vita Hutapea (Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kemenkes RI)

Dr. Saprina (Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kemenkes RI)

Hutur JW Pasaribu, SE (Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kemenkes RI)

DAFTAR SINGKATAN

CSEP : Clinical Sepsis

HAP : Hospital Acquired Pneumonia
IADP : Infeksi Aliran Darah Primer

ICU : Intensive Care Unit

IPCN : Infection Prevention and Control Nurse

IPCLN : Infection Prevention and Control Link Nurse

IRS : Infeksi Rumah Sakit ISK : Infeksi Saluran Kemih KLB : Kejadian Luar Biasa

ml : Mililiter NHSN : National Healthcare Safety Network

NICU : Neonatal Intensive Care Unit

PA : Patologi Anatomi

PPI : Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

RS : Rumah Sakit

SSI : Surgical Site Infection (Infeksi Luka Operasi)

TI : Teknologi infomasi USG : *Ultrasonography*

VAP : Ventilator Associated Pneumonia

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	İν
Sambutan Direktur Jenderal Upaya Kesehatan	٧
Tim Penyusun	
Kontributor	
Daftar Singkatan dan istilahv	vii
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	1
C. Sasaran	1
BAB II. PERENCANAAN SURVEILANS	2
A. Identifikasi Masalah	2
B. Penetapan Prioritas	
C. Penetapan Metode Surveilans Infeksi Rumah Sakit	2
D. Pengorganisasian Dalam Pelaksanaan Surveilans Infeksi Rumah	
Sakit	
E. Penyediaan Sumber Daya	3
BAB III. PELAKSANAAN SURVEILANS	5
A. Kriteria Nasional	5
B. Pengumpulan Data	12
C. Perhitungan	13
D. Analisis dan Interpretasi	14
E. Pelaporan, Rekomendasi dan Diseminasi	14
BAB IV. PENUTUP	17

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. Tuiuan

- 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. Langkahlangkah 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.
- Laporan nasii Laboratorium iviikrobiologi.
- 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
 - ienis tindakan
 - kualitas instrumen
- Risiko penularan :
 - kecepatan penularan
 - cara penularan (kontak, droplet, airborne, vechicle)
- · 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 :

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

1-Tidak signifikan * 2-Kurang signifikan* 3- Signifikan* 4- Sangat signifikan* 5-Kritikal*

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

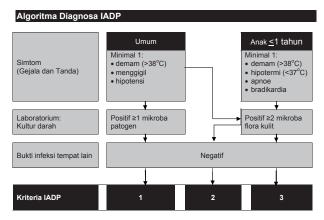
Pembobotan masalah sesuai dengan standar acuan yang telah disepakati RS/Fasilitas Pelayanan Kesehatan bersangkutan

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

BAB III PELAKSANAAN SURVEILANS

A. Kriteria Nasional

I. Infeksi Aliran Darah Perifer (IADP)



Keterangan:

- Yang dimaksud mikroba pathogen pada kriteria 1 misalnya adalah: S. aureus, Enterococcus spp, E coli.Psudomonas spp, Klebsiella spp, Candida spp dan lain-lain.
- Yang dimaksud dengan flora kulit adalah mikroba kontaminan kulit yang umum, misalnya differoid (Corynebacterium spp), Badillus spp., Projonibacterium spp., CNS termasuk Staph. epidermidis, Streptococcus viridans, Aerococcus spp, Micrococcus spp.
- Hasil kultur darah pada kriteria 2 dan 3, arti '\(\frac{1}{2}\) kultur darah: 2 spesimen darah diambil dari lokasi yang berbeda dan dengan jeda waktu tidak lebih dari 2 hari.

II. Pneumonia (PNEU)

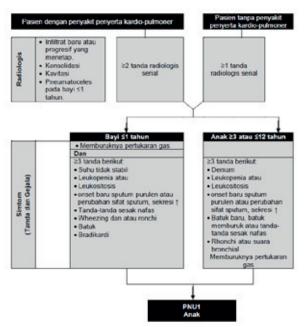
Algoritma Pneumonia asien tanpa penyakit penyerta kardio Pasien dengan penyakit penyerta kardio pulmoner · Infiltret boru eteu progresif yang menetap Konsolidasi 22 tanda radiologis at tende serial radiologis serial Kavitasi Pneumatoceles pada bayi s1 tohun. • Demam Minimal 1 Leukopenia atau simtom. Leukositosis Termasuk Minimal 1 simtom • penderita a70 simtom: Hemoptisis tahun: perubahan status mental · Nyeri pleuritik · onset baru sputum punden atau perubahan sitat sputum, sokrosi † ·batuk memburuk atau dyspnea atau Minimal 2 simtom Minimal 1 simtom tachypnea ·Rhonci basah atau sugge notes. bronchial Momburuknya pertukaran gas Sekresi nafas . Darah: Kultur darah . · Kultur • Kultur + · cairan pleura Kultur · pasangan spesimen SNB. Kultur kuantitatif · Deteksi antigen darah-sputum: + dan cocok utk Candida . BAL: 25 sel mengandung bakteri · peningkatan tter a4x lgG spp. intraseluler dari paired sera Histopetologik; spesimen SNB: jamur Abses/fokus konsolidasi · PCR.+ etou · Kultur kuanttatif + parenkim Promocystis paru carinii + invasi hita jamur atau pseudohifa parenkim paru immunocompromised

PNU2 - 2

PNU2 - 1

PNU1

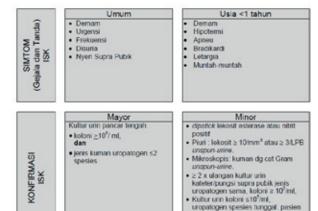
PNU3



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: suhu38°C.
- Leukopenia: <4.000 SDP/mm³ (SDP: sel darah putih)
- Leukositosis: ≥12.000 SDP/mm
- 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

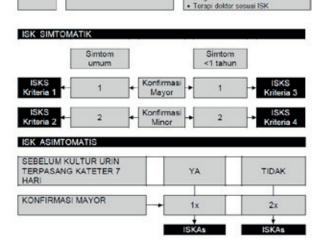
- BAL: broncho alveolar lavage
- Antigen: merupakan komponen/protein dari mikroba. Tes deteksi antigen menggunakan antibodi yang spesifik, yang akan berikatan dengan antigen mikronba yang ada pada spesimen tersebut.
 - Metode deteksi antigen dapat berupa: micro-IF, RIA, EIA, FAMA
- Antibodi: merupakan Imunoglobulin spesifik yang dibuat tubuh bila ada antigen masuk. Karena hanya merupakan reaksi respon, maka baru terdeteksi setelah seminiggu 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 sebagaian besar akan tetap terdeteksi selama bertahuntahun, 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

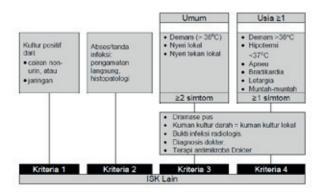


dalam pengobatan antimikroba

efektif utk ISK.

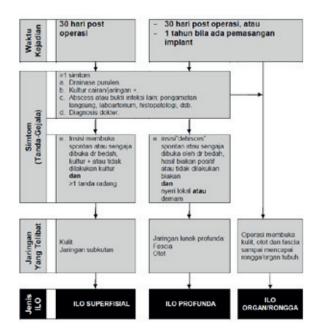
Diagnosis dokter ISK.





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 komfirmasi 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 sengan tehnik yang benar, misalnya clean catch collection untuk spesimen 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, spesimen diambil dengan cara kateterisasi kandung kemih atau aspirasi supra pubik.
- ISK Lain: adalah ISK yang melibatkan jaringan lebih dalam dari sistem urinarius, mislnya ginjal, ureter, kandung kemih, uretra dan jaringan sekitar retroperitonial 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)
- Farmas
- · Pasien / keluarga pasien.

3. Numerator

Angka kejadian infeksi.

4. Denominator

Denominator ditentukan oleh jenis infeksi rumah sakit.

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 :

- 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.
- 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 sistematik, 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 kenaikkan 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
                - EYE - SINU
                               - GIT
- FNDO
       - SA
                                       - UR
        - VASC
               - IC
- IAB
                        - 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.

<u>Pneumonia</u>

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 purna waktu.