

 <p>Kategori Indikator: <input checked="" type="checkbox"/> Perbaikan Prioritas Strategis (RS) <input type="checkbox"/> SMF/Instalasi</p>	<h2>KAMUS INDIKATOR</h2> <p>Kode Indikator: IPPI.3</p>	<p>Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome</p>
<p>Nama Indikator Kinerja: Ventilator-Associated Pneumonia (VAP)</p> <p>Numerator: Jumlah kasus Infeksi VAP dalam satu bulan</p> <p>Denominator: Jumlah lama hari pemakaian alat ETT,TC dan ventilator dalam bulan yang sama</p> <p>Formula: Jumlah kasus infeksi VAP dalam satu bulan (orang) : Jumlah lama hari pemakaian ETT,TC dan ventilator dalam bulan yang sama (hari) x 1000‰ = ____‰.</p> <p>Sumber data: Pasien rawat inap intensif yang terpasang ETT,TC dan ventilator 2x24jam</p>	<p>Definisi Operasional: Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik > 48 jam sebelumnya tidak ditemukan tanda – tanda infeksi saluran napas.</p> <p>Kriteria : Ditemukan minimal 1 (Satu) dari tanda dan gejala klinis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) tanpa ditemui penyebab lainnya. - Leukopenia ($< 4.000 \text{ WBC}/\text{mm}^3$) atau Leukositosis ($\geq 12.000 \text{ SDP}/\text{mm}^3$) - Untuk penderita berumur ≥ 70 tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya DAN <p>Minimal disertai 2 tanda berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum. - Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea (napas frekuen) - Rhonci basah atau suara napas bronchial. - Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi O_2 ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 240$), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan setting ventilator. <p>Dasar diagnosis :</p> <p>A. Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan ≥ 2 foto serial :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Infiltrat baru atau progresif yang menetap, Konsolidasi, Kavitasi. 2. Pneumatoceles pada bayi berumur <1tahun. <p><i>Catt : pada pasien yang tanpa penyakit paru-paru atau jantung yang mendasari, 1 bukti radiologis foto thorax sudah dapat diterima.</i></p> <p>B. Adanya bukti hasil Laboratorium Minimal 1 (satu) dari tanda laboratorium berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kultur positif dari darah yang tidak ada hubungannya dengan sumber infeksi lain (tidak terpasang CVC) 2. Kultur positif dari cairan pleura 3. Kultur kuantitatif positif dari spesimen saluran napas bawah. <p>IPCN (<i>infection prevention and control nurse</i>) adalah perawat yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit sebagai perawat pencegah dan</p>	<p>Alasan Pemilihan Indikator: HAIs adalah penyebab signifikan morbiditas dan mortalitas pasien. Personil kesehatan harus secara aktif terlibat dalam pengawasan, diagnosis, dan manajemen awal HAIs dengan tujuan mengurangi risiko komplikasi dapat dicegah (IFIC, 2011)</p> <p>Surveilans HAIs di Negara berkembang dilakukan di 173 ICU di Amerika Latin, Asia, Afrika, dan Eropa sejak bulan Januari 2003 sampai Desember 2008 oleh Konsorsium Pengendalian Infeksi Nosokomial Internasional, menemukan ada sebanyak 155.358 pasien rawat inap dalam studi. Insiden IADP untuk kateter vena sentral (CVC) adalah 7,6 CVC-BSIs per 1.000 hari pemasangan CVC. Insiden VAP juga jauh lebih tinggi; 13,6 VAPs per 1.000 hari pemakaian ventilator. Insiden ISK adalah 6,3 per 1.000 hari pemasangan kateterurin</p>

	<p>pengendali infeksi yang mempunyai kompetensi dan komitmen terhadap pencegahan dan pengendalian infeksi.</p> <p>IPCLN adalah (<i>infection prevention and control link nurse</i>) adalah perawat yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit sebagai perawat pencegah dan pengendali infeksi yang mempunyai kompetensi dan komitmen terhadap pencegahan dan pengendalian infeksi di ruangan.</p>	
Periode Waktu Pelaporan: Setiap 1 bulan	Frekuensi Pengumpulan Data <input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:	
Metodologi Pengumpulan Data: Pilih salah satu: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren	Sampel Target dan Jumlah Sampel (n): Area Monitoring: Ruang Rawat Intensif, Ruang Rawat Khusus	
Target Indikator: $\leq 5,8\%$ (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014)		
Rencana Pengumpulan dan Analisis Data: <ol style="list-style-type: none"> Rencana Pengumpulan Data: <ol style="list-style-type: none"> Pengumpul data IPCN dibantu IPCLN melakukan Surveilans aktif dengan melihat manifestasi klinis dari pasien rawat inap 2 x 24 jam yang terpasang ETT, TC dan ventilator Apabila pasien menunjukkan gejala klinis sesuai Definisi Operasional kemudian IPCN di bantu IPCLN melaporkan kondisi ke dokter yang bertanggung jawab (DPJP)/ Champion PPI Dokter melakukan pemeriksaan penunjang seperti foto Rontgen, laboratorium (kultur Sputum). Apabila tanda dan gejala serta data penunjang mendukung ke arah VAP maka dokter DPJP menulis diagnosa VAP di rekam medik IPCN dibantu IPCLN Memasukan data pasien yang sudah didiagnosa VAP oleh Dokter dan semua pasien yang terpasang ETT, TC dan ventilator di surveilans harian HAIs secara komputer/online IPCN melakukan rekapitulasi data bulanan dari ruangan IPCN di bantu tenaga SDM statistik menghitung menghitung angka kejadian VAP dengan Formula : Jumlah kasus infeksi VAP dalam satu bulan (orang) : Jumlah lama hari pemakaian ETT, TC dan ventilator dalam bulan yang sama (hari) x 1000‰ = ____‰. Validator oleh Ketua komite atau wakil komite PPIRS terhadap data yang dikumpulkan oleh pengumpul data IPCN Validator melakukan validasi data disesuaikan dengan yang ada di rekam medik IPCN melakukan analisis data Rencana Analisis <ol style="list-style-type: none"> Analisis dilakukan dengan membandingkan data dari waktu ke waktu, dengan standar atau dengan rumah sakit lain. Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan keselamatan Pasien 		
Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf: <ol style="list-style-type: none"> Laporan bulanan dari Komite Mutu dan Keselamatan Pasien di umpan balik ke Departemen/SMF/Kepada SMF/Instalasi atau unit terkait Sosialisasi hasil laporan pada papan-papan pengumuman interen RS berkordinasi dengan HUMAS 		
Formulir Pengumpulan Data: Formulir Pengumpul Data Surveilans HAIs Harian dan Bulan.		
Referensi : <ol style="list-style-type: none"> CDC NHSN, Maret 2011 Buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011 Buku Pedoman PPI thn 2011 Center for Healthcare related infections surveillance and prevention 		