

Kategori Indikator :

- Perbaikan Prioritas Strategis (RS)
- SMF/Instalasi

## KAMUS INDIKATOR

**Kode Indikator: IPPI.1**

Jenis Indikator (Pilih salah satu)

- Struktur
- Proses
- Outcome
- Proses dan outcome

**Nama Indikator Kinerja:**  
**Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) /**  
**Blood Stream Infection (BSI)**

**Numerator:**

Jumlah kasus Infeksi Aliran Darah primer Akibat Pemasangan *Central Vena Catheter* (CVC) dalam satu bulan

**Denominator:**

Jumlah hari pemasangan *Central Vena Catheter* (CVC) dalam bulan yang sama

**Formula:**

Jumlah kasus Infeksi Aliran Darah Akibat Pemasangan *Central Vena Catheter* (CVC) dalam satu bulan (orang) : Jumlah hari pemasangan *Central Vena Catheter* (CVC) dalam bulan yang sama(hari) x 1000‰ = \_\_\_1000‰

**Sumber data:**

Pasien Rawat Inap 2x24 jam yang terpasang Central Venous Catheter

**Definisi Operasional:**

IADP adalah ditemukannya organism dari hasil kultur darah semi kuantitatif/kuantitatif disertai tanda klinis yang jelas serta tidak ada hubungannya dengan infeksi ditempat lain .

Kriteria Diagnosa IADP :

1.Kriteria 1 IADP :

- Ditemukannya pathogen pada  $\geq 1$  kultur darah pasien, **Dan**
- Mikroba dari kultur darah itu tidak berhubungan dengan infeksi dibagian lain dari tubuh pasien.

2.Kriteria 2 IADP

- Pasien menunjukkan minimal **satu gejala** klinis : demam ( suhu  $> 38^{\circ}\text{C}$  ) menggigil atau hipotensi.
- Tanda dan gejala klinis serta hasil positif pemeriksaan laboratorium yang tidak berhubungan dengan infeksi di bagian lain dari tubuh pasien **dan**
- Hasil kultur yang berasal dari  $\geq 2$  kultur darah pada lokasi pengambilan yang berbeda di dapatkan mikroba kontaminan kulit yang umum.

3. Kriteria 3 IADP

- Pasien anak usia  $\leq 1$  tahun menunjukkan minimal satu gejala seperti berikut : demam ( suhu rektal  $> 38^{\circ}$ ), hipotermi (suhu rektal  $< 37^{\circ}$ ), apnoe atau bradikardia **dan**
- Tanda dan gejala serta hasil pemeriksaan positif laboratorium yang tidak berhubungan dengan infeksi di bagian lain dari tubuh pasien, **dan**
- Hasil kultur positif darah dari dua tempat yang berbeda, pertama diambil dari pembuluh darah yang sejalur dengan CVC dan kedua diambil dari pembuluh darah lainnya di area yang berbeda dengan selang waktu satu jam dan dapatkan mikroba kontaminan kulit yang umum.

IPCN ( *infection prevention and control nurse* ) adalah perawat yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit sebagai perawat pencegah dan pengendali infeksi yang mempunyai kompetensi dan komitmen terhadap pencegahan dan pengendalian infeksi.

IPCLN adalah ( *infection prevention and control link nurse* ) 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.

**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)

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 kateter urine.

<b>Periode Waktu Pelaporan:</b> Setiap 1 bulan	<b>Frekuensi Pengumpulan Data</b> <input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
<b>Metodologi Pengumpulan Data:</b> Pilih salah satu:  <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren	<b>Sampel Target dan Jumlah Sampel (n):</b>  <b>Area Monitoring:</b> Ruang Rawat Inap, Ruang Rawat Intensif, Ruang Rawat Khusus
<b>Target Indikator:</b> $\leq 3,5 \text{ ‰}$ (RSCM,2013)	
<b>Rencana Pengumpulan dan Analisis Data:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rencana Pengumpulan Data:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pengumpul data IPCN dibantu IPCLN melakukan Surveilans aktif dengan melihat manifestasi klinis dari pasien rawat inap 2 x 24 jam yang terpasang <i>Central Vena Catheter</i></li> <li>b. Apabila pasien menunjukkan gejala klinis sesuai Definisi Operasional kemudian IPCN di bantu IPCLN melaporkan kondisi ke dokter yang bertanggung jawab ( DPJP )/ Champion PPI</li> <li>c. Dokter melakukan pemeriksaan penunjang seperti kultur darah</li> <li>d. Apabila tanda dan gejala serta data penunjang mendukung ke arah IADP maka dokter DPJP menulis diagnosa IADP di rekam medik</li> <li>e. IPCN dibantu IPCLN Memasukan data pasien yang sudah didiagnosa IADP oleh Dokter dan semua pasien yang terpasang alat vena sentral di surveilans harian HAIs secara komputer/online</li> <li>f. IPCN melakukan rekapitulasi data bulanan dari ruangan</li> <li>g. IPCN menghitung angka kejadian IADP dengan Formula :            Jumlah kasus Infeksi Aliran Darah Akibat Pemasangan <i>Central Vena Catheter</i> (CVC) dalam satu bulan (orang) : Jumlah hari pemasangan <i>Central Vena Catheter</i> (CVC) dalam bulan yang sama (hari) x 1000‰ = ___1000‰</li> <li>h. Validator oleh Ketua komite atau wakil komite PPIRS terhadap data yang dikumpulkan oleh pengumpul data IPCN</li> <li>c. Validator melakukan validasi data disesuaikan dengan yang ada di rekam medik</li> <li>d. IPCN melakukan analisis data</li> </ol> </li> <li>2. Rencana Analisis           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Analisis dilakukan dengan membandingkan data dari waktu ke waktu, dengan standar atau dengan rumah sakit lain.</li> <li>b. Analisis dilakukan oleh Komite PPIRS berkordinasi Mutu dan keselamatan Pasien</li> </ol> </li> </ol>	
<b>Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Laporan bulanan dari Komite Mutu dan Keselamatan Pasien kepada SMF/Instalasi atau unit terkait</li> <li>2. Sosialisasi hasil laporan pada papan-papan pengumuman interen RS.</li> </ol>	
<b>Formulir Pengumpulan Data:</b> Formulir Pengumpul Data Surveilans HAIs harian dan bulanan.	
<b>Referensi :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. CDC NHSN, Maret 2011</li> <li>2. Buka pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011</li> <li>3. Buku Pedoman PPI thn 2011</li> <li>4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention</li> </ol>	