

# LAPORAN MONITORING DAN EVALUASI

---

**Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi  
(PPI) Triwulan II  
(April, Mei, Juni 2020)**



**Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan**

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611

Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756-21398

## KATA PENGANTAR

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan kemudahan sehingga kami dapat menyelesaikan **Laporan Monitoring Dan Evaluasi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Triwulan II Tahun 2020.**

Laporan ini menyajikan data, analisa dan rekomendasi untuk menindaklanjuti permasalahan yang terkait dengan pelaksanaan program PPI pada triwulan II tahun 2020.

Kami menyadari bahwa laporan ini masih belum bias dikatakan sempurna, untuk itu kami terbuka terhadap segala masukan dan kritikan serta saran yang membangun demi kesempurnaannya di kemudian hari.

Akhirnya semoga laporan ini mendapatkan telaah dan tindak lanjut demi kesuksesan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sejalan dengan pencapaian visi dan misi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

Padang, 8 Juli 2020  
Ketua Komite PPI,



**dr. Evi Sovianty, Sp.PK**  
**NIP. 196210271990012001**

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LatarBelakang**

Program pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan selalu bertitik tolak dari target indikator pencapaian indikator kinerja yang telah ditetapkan dan menunjang pencapaian standar harus disusun berdasarkan kondisi serta sumber daya rumah sakit. Setiap tahun program dibuat mengacu pada standar akreditasi rumah sakit, perkembangan metode pencegahan dan pengendalian infeksi secara global, sehingga kebijakan dan prosedur akan selalu mengalami perubahan, perbaikan dan pengembangan untuk efektivitas, efisiensi penerapan dan hasil akhir suatu program kerja. Keberhasilan dari program ini tidak lepas dari peran serta semua stakeholder yang ada di lingkungan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan, baik petugas, pasien maupun pengunjung dengan komitmen yang tinggi dari pimpinan manajemen terutama Direktur sampai kepada karyawan pelaksana.

Program yang sudah di jalankan di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan telah mencakup beberapa kegiatan dalam standar akreditasi rumah sakit meskipun belum sempurna beberapa kekurangan tersebut secara berkesinambungan dilakukan perbaikan dan pengembangan, baik dalam hal kebijakan, prosedur maupun dalam penerapan. Program yang disusun untuk tahun 2020 meliputi kegiatan rutin yang sudah berjalan untuk pengendalian infeksi dan kegiatan yang baru ditetapkan atau bersifat pengembangan untuk meningkatkan mutu pelayanan yang berkaitan dengan pengendalian infeksi.

Infeksi Rumah Sakit (IRS) atau yang dalam arti lebih luas disebut Healthcare Associated Infections (HAIs) merupakan jenis infeksi yang berhubungan erat dengan proses perawatan pasien dimana resiko dapat terjadi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar rumah sakit. Oleh karena itu untuk meminimalkan resiko terjadinya infeksi di rumah sakit perlu digiatkan upaya-upaya Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), yaitu kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi. Pencegahan dan pengendalian infeksi

di Rumah Sakit (PPIRS) sangat penting karena menggambarkan mutu pelayanan rumah sakit.

Komite PPI bertanggung jawab kepada direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dalam menyampaikan laporan berkala tepat pada waktunya. Laporan berkala merupakan laporan pelaksanaan tugas dan fungsi dari Komite PPI yang membuat perkembangan dan hasil pencapaian kinerja baik kegiatan maupun anggaran dalam kurun waktu satu tahun.

Dan untuk laporan berkala tersebut berisi uraian yang lebih menyeluruh mengenai kondisi sumber daya (sumber daya manusia, sarana prasarana dan dana), serta hasil kegiatan program yang telah tercapai.

Komite PPI berkewajiban melaporkan seluruh kegiatan, sebagai pertanggungjawaban pelaksanaan program, sebagai dasar perbaikan dan perencanaan yang akan datang.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Laporan Triwulan II bertujuan untuk memberikan gambaran secara menyeluruh tentang kegiatan kerja yang sudah dilaksanakan oleh Komite PPI RSUD Dr. Muhammad Zein Painan pada Triwulan II tahun berjalan 2020 sehingga dengan adanya laporan tertulis dapat memberikan gambaran sebagai evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan yang sudah berjalan.

### **2. Tujuan Khusus**

- Untuk melakukan monitoring terhadap kegiatan Komite PPI di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan
- Untuk mengetahui evaluasi, realisasi kegiatan Komite PPI di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

## **BAB II**

### **PROGRAM KERJA DAN PENETAPAN KINERJA**

#### **A. Program Kerja Tahun 2020**

1. Program surveilans HAIs
  - a. Melakukan pengumpulan data HAIs (surveilans HAIs)
    - Data insiden rate VAP
    - Data insiden rate HAP
    - Data insiden rate IADP
    - Data insiden rate IDO
    - Data insiden rate ISK
    - Data insiden rate plebitis
  - b. Melakukan entry data surveilans
  - c. Membuat analisis data dan interpretasi hasil surveilans
  - d. Menyusun laporan surveilans
2. ICRA
  - a. ICRA HAIs
    - Melakukan metode dasar manajemen resiko
    - Melakukan observasi kejadian infeksi dan resiko infeksi di setiap unit
    - Membuat laporan kejadian infeksi dan laporan identifikasi resiko infeksi
    - Membuat analisis masalah
    - Melakukan pengukuran masalah : tingkat kesalahan, risiko sampingan
    - Melakukan rencana tindak lanjut untuk mencegah dan menurunkan kejadian infeksi
  - b. ICRA renovasi/demolisi bangunan
    - Manajemen membuat surat permohonan akan dilakukan renovasi/ demolisi bangunan, pembangunan gedung dengan melampirkan proposal metoda pelaksanaan dari Vendor ke Komite PPI
    - Komite PPIRS membuat kajian resiko pencegahan infeksi sebelum dilakukan renovasi/ demolisi
    - Membuat rencana tindak lanjut yang akan dilakukan dalam proses renovasi/ demolisi

- Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan renovasi/demolisi
  - Membuat laporan ICRA renovasi/ demolisi bangunan
3. Penerapan prinsip-prinsip isolasi serta kewaspadaan standar dan kewaspadaan berbasis transmisi di satuankerja.

Kegiatan:

a. Pemrosesan peralatan perawatan pasien

- Sosialisasi tata cara pemrosesan peralatan perawatan pasien
- Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan peralatan yang sudah dijalankan setiap hari untuk melakukan pembenahan program *CSSD* yang memenuhi standar rumah sakit
- Perbaiki sistem pengelolaan peralatan dan *CSSD* dari pengaturan ruangan, alur, pendistribusian dan sistem sterilisasi
- Pemantauan pengelolaan peralatan dari pencucian (pre-cleaning, cleaning), pengemasan, sterilisasi sampai dengan penyimpanan
- Pemantauan kebersihan ruangan dan peralatan di *CSSD*
- Pemantauan pengujian proses validasi sterilitas peralatan secara berkala
- Pemantauan uji sterilitas ruangan / kualitas udara secara berkala
- Monitoring dan evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan di ruangan maupun *CSSD*

b. Manajemen linen dan laundry

- Sosialisasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan linen di ruangan maupun di *laundry*
- Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan linen yang sudah dijalankan setiap hari untuk melakukan pembenahan manajemen linen dan *laundry* yang memenuhi standar rumah sakit
- Perbaiki system pengelolaan linen dan *laundry* dari seting ruangan, alur, dan sistem pendistribusiannya
- Pemantauan pengelolaan linen dari pencucian (pre-cleaning, cleaning), pengeringan, penyetricaan sampai dengan penyimpanan
- Pemantauan kebersihan ruangan dan peralatan di *laundry*
- Monitoring dan evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan di ruang

*laundry*

c. Pengelolaan makanan di Gizi

- Sosialisasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan makanan di Gizi
- Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan makanan yang sudah dijalankan setiap hari untuk melakukan pembenahan program ruang Gizi yang memenuhi standar rumah sakit
- Perbaikan system pengelolaan makanan dari seting ruangan, alur, dan sistem pendistribusiannya
- Pemantauan pengelolaan makanan dari penerimaan bahan mentah, penyimpanan bahan makanan, pengolahan makanan, dan pendistribusian makanan.
- Pemantauan kebersihan ruangan dan peralatan makanan dan minuman di Gizi
- Monitoring dan evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan di ruang Gizi

d. Pengendalian lingkungan

- Pemantauan secara berkala terhadap kebersihan dinding, langit-langit, lantai, atap, pintu, furniture dan peralatan lainnya.
- Pemantauan jaringan instalasi air minum, air bersih, air limbah, gas, listrik, sarana komunikasi, dan lain-lain, harus memenuhi persyaratan teknis kesehatan agar aman dan nyaman, mudah dibersihkan dari tumpukan debu dan menghindari pencemaran air minum
- Pemantauan kebersihan lingkungan perawatan dan membatasi peralatan serta perlengkapan pasien yang tidak perlu
- Pemantauan pembuangan sampah yang dihasilkan dari unit penghasil sampah sampai ke tempat pembuangan sampah akhir
- Pemantauan pengendalian binatang, serangga pengganggu di rumah sakit
- Pemantauan uji kualitas udara maupun air secara berkala

e. Penempatan pasien (ruang isolasi dan system kohorting)

- Penempatan pasien dengan immunocompromised
- Penempatan pasien dengan Airborne/disease

- Edukasi petugas yang akan bertanggung jawab dalam melaksanakan tugas di ruang isolasi
- f. Pemakaian alat pelindung diri (APD)
- Pemantauan penggunaan APD sesuai indikasi
  - Audit kepatuhan penggunaan APD yang benar
- g. Kebersihan tangan (*Hand Hygiene*)
- Penerapan Kebersihan Tangan
  - Menyelenggarakan program kebersihan tangan
  - Audit Fasilitas Cuci Tangan
  - Edukasi Kebersihan Tangan
- h. Kesehatan dan perlindungan karyawan
- Membuat sistem pelaporan yang jelas bagi petugas atau karyawan yang terpapar atau terkena pejanan
  - Pelaporan data kesakitan karyawan, penyakit menular dan tidak menular
  - Menerima laporan insiden pajanan bahan infeksius
  - Melakukan analisa kejadian pajanan dan membuat rekomendasi penanganan paska pajanan
  - Berkoordinasi dengan K3RS atau satker pelayanan medik terkait dalam penanganan insiden pajanan bahan infeksius
  - Monitoring dan evaluasi Paska Pajanan
  - Mengusulkan pemeriksaan kesehatan berkala dan pemberian imunisasi bagi karyawan
  - Mengusulkan kebijakan dan standar penanganan paska pajanan bahan infeksius bagi karyawan
- i. Pengolahan limbah
- Pengawasan pembuangan limbah sesuai jenisnya dan tempatnya
  - Audit kepatuhan pembuangan limbah sesuai jenisnya dan tempatnya
  - Melakukan pengawasan dalam penanganan pembuangan darah dan komponen darah
  - Melakukan audit penanganan, pembuangan darah dan produk darah

- j. Kebersihan pernafasan (Etika Batuk)
    - Edukasi etika batuk / bersin yang benar
  - k. Teknik menyuntik yang aman
    - Audit kepatuhan dalam tindakan tehnik menyuntik yang aman
- 4. Program bundles HAIs (menerapkan sasaran upaya mengurangi HAIs)
  - a. Penerapan bundles pencegahan Infeksi Aliran Darah (IAD)
  - b. penerapan bundles pencegahan Infeksi Daerah Operasi (IDO)
  - c. Penerapan bundles pencegahan Infeksi Saluran Kemih (ISK)
  - d. Penerapan bundles pencegahan Infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
  - e. Penerapan bundles pencegahan Infeksi Hospital Acquired Pneumonia (HAP)
  - f. Penerapan bundles pencegahan Infeksi Aliran Darah Perifer (Plebitis)
  - g. Entry data, analisa data, hasil kegiatan supervisi dan monitoring/ evaluasi PPI dan pelaporan angka kejadian infeksi
- 5. Mengukur dan me-review infeksi (meningkatkan mutu dan keselamatan pasien HAIs)
  - a. Revisi kamus indikator mutu dan indikator mutu terpilih PPI
  - b. Melakukan pengukuran mutu melalui pengumpulan data, validasi data, analisa data dan pelaporan data untuk Indikator:
    - Indikator Mutu Rumah Sakit terkait PPI
    - Indikator Kinerja Terpilih Direktur Rumah Sakit terkait PPI
    - Indikator Kinerja PPI satuan Kerja
  - c. Menyusun prioritas perbaikan mutu
  - d. Melakukan upaya perbaikan mutu menggunakan metode FOCUS PDSA
  - e. Bench marking capaian indikator mutu dengan institusi pelayanan rumah sakit setipe
  - f. Membuat laporan perbaikan mutu
- 6. Meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antibiotik secara aman
  - Berkoordinasi dengan PPRA
- 7. Investigasi outbreak/ kejadian luar biasa(KLB)
  - a. Melakukan pengumpulan data deteksi dini penyakit infeksi berpotensi KLB
  - b. Melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan

- infeksi bila ada KLB di rumah sakit
- c. Melakukan analisa terhadap hasil investigasi
  - d. Menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan jika ada potensial penyebaran infeksi.
8. Melakukan pengawasan terhadap peralatan kadaluarsa
- Melakukan monitoring pada peralatan yang kadaluarsa
9. Pengelolaan/ mitigasi risiko HAIs di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan
- a. Identifikasi risiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit
  - b. Membuat Risk Register dan Risk Priority Number
  - c. Menyusun strategi pengelolaan, evaluasi dan tindak lanjut risiko
  - d. Melakukan identifikasi risiko, analisis risiko, evaluasi dan pengelolaan/ mitigasi risiko infeksi/ penyebaran infeksi terkait dengan:
    - Prosedur/ proses Pelayanan kesehatan
    - Petugas, pasien, keluarga, dan pengunjung/ masyarakat
    - Sarana dan peralatan rumah sakit
    - Pekerjaan konstruksi, renovasi dan demolisi
10. Pemeliharaan dan penyediaan sarana/ prasarana yang mendukung upaya PPI
- a. Ketersediaan sarana dan prasarana kebersihan tangan
  - b. Ketersediaan APD
  - c. Ketersediaan sarana prasarana dan proses Penanganan Benda Tajam terkontaminasi
  - d. Ketersediaan sarana prasarana dan proses penanganan sampah
  - e. Supervisi dan Monitoring/ evaluasi sarana/prasarana dan proses dekontaminasi peralatan kesehatan di satuan kerja
  - f. Ketersediaan sarana pelayanan sterilisasi
  - g. Penyiapan makanan di Instalasi Gizi Ketersediaan sarana/ prasarana dan proses pelayanan linen di Instalasi Laundri
  - h. Ketersediaan sarana/ prasarana dan proses Penanganan Limbah Cair Darah, cairan tubuh dan Komponennya
  - i. Ketersediaan sarana/ prasarana dan proses penyiapan makanan
  - j. Ketersediaan spill kit dan sarana/ prasarana serta proses penanganan tumpahan bahan infeksius

- k. Ketersediaan sarana/ prasarana dan proses Pemantauan suhu dan termostat
  - l. Ketersediaan sarana/ prasarana dan proses kebersihan lingkungan
  - m. Ketersediaan sarana/ prasarana dan penyelenggaraan jenazah
  - n. Ketersediaan sarana/ prasarana dan penyelenggaraan lingkungan protektif
  - o. Ketersediaan sarana/ prasarana dan penyelenggaraan isolasi airborne
  - p. Monitoring/ evaluasi dan pemberian rekomendasi terhadap pengadaan barang dan jasa terkait upaya PPI
  - q. Memberikan usulan/rekomendasi tentang pemrosesan dan penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip PPI dan keamanan bagi pengguna
  - r. Entry data, analisa data dan pelaporan hasil kegiatan Supervisi dan Monitoring/ evaluasi PPI
  - s. Diseminasi hasil kegiatan monev/ audit PPI
11. Program pendidikan dan pelatihan
- a. Penyelenggaraan Edukasi PPI melalui media promkes
  - b. Penyelenggaraan Edukasi PPI bagi pasien dan keluarga rawat inap
  - c. Melaksanakan sosialisasi kebijakan PPI kepada karyawan/ petugas kesehatan
  - d. Mengajukan rekomendasi pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit dalam bidang PPI atas temuan permasalahan di lapangan.
  - e. Memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam PPI.
  - f. Melaksanakan kegiatan proses pembelajaran melalui metode ceramah, diskusi dan workshop pada acara Pendidikan dan Pelatihan PPI atas kerja sama dengan Diklat RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

**BAB III**  
**HASIL KEGIATAN DAN ANALISA**

**A. HASIL**

- 1. Program surveilans HAIs**
  - a. Data insiden rate VAP

**TABEL**  
**INSIDEN RATE VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA**  
**(VAP) RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**  
**TRIWULAN II TAHUN 2020**

NO	SATUAN KERJA TARGET	APRIL			MEI			JUNI		
		N	D	%o	N	D	%o	N	D	%o
1	ICU	0	0	0.000	0	0	0.000	0		0.000
	RERATA (%o)			<b>0,00</b>			<b>0,00</b>			<b>0,00</b>
	STANDAR			<b>≤ 5,8</b>			<b>≤ 5,8</b>			<b>≤ 5,8</b>
	KETERANGAN			<b>RENDAH</b>			<b>RENDAH</b>			<b>RENDAH</b>

Interprestasi :

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat Insiden Rate Ventilator Associated Pneumonia (VAP) pada triwulan II tahun 2020 adalah 0 (nol).

b. Data insiden rate HAP

**TABEL**  
**INSIDEN RATE HOSPITAL ACQUIRED PNEUMONIA**  
**(HAP) RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**  
**TRIWULAN II TAHUN 2020**

N O	SATUAN KERJA TARGET	APRIL			MEI			JUNI		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	ICU	0	3	0.000	0	0	0.000	0	4	0.000
2	NEUROLOGI	0	41	0.000	0	91	0.000	0	92	0.000
3	HCU INTERNE	0	83	0.000	0	27	0.000	0	38	0.000
RERATA (%)				<b>0,00</b>			<b>0,00</b>			<b>0,00</b>
STANDAR				≤ 1			≤ 1			≤ 1
KETERANGAN				<b>RENDAH</b>			<b>RENDAH</b>			<b>RENDAH</b>

Insiden rate Hospital Acquired pneumonia (HAP) pada Triwulan I tahun 2020 tidak terjadi (0%) dengan lama hari pasien tirah baring 376 hari dengan jumlah pasien tirah baring 86. Kejadian HAP pada Triwulan II yaitu 0%. Ini menunjukkan bahwa petugas kesehatan telah memberikan pelayanan kepada pasien di rumah sakit sesuai standar yang diharapkan.



Hasil observasi dari IPCN diruangan ICU, Neuro, dan HCU Interne yang merupakan ruangan target didapatkan hasil Monitoring dan evaluasi penerapan Bundles HAP adalah 100%.

c. Data insiden rate IAD

**TABEL**  
**INSIDEN RATE INFEKSI ALIRAN DARAH (IAD)**  
**RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**  
**TRIWULAN II TAHUN 2020**

NO	SATUAN KERJA TARGET	APRIL			MEI			JUNI		
		N	D	%o	N	D	%o	N	D	%o
1	PERINA	0	0	0.000	0	0	0.000	0	0	0.000
	RERATA (%o)			<b>0,00</b>			<b>0,00</b>			<b>0,00</b>
	STANDAR			<b>≤ 3,5</b>			<b>≤ 3,5</b>			<b>≤ 3,5</b>
	KETERANGAN			<b>RENDAH</b>			<b>RENDAH</b>			<b>RENDAH</b>

Interprestasi :

1. Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat Insiden Rate Infeksi Aliran Darah (IAD) pada triwulan II tahun 2020 adalah 0 (nol), karena tidak ada kasus ditemukan. Untuk IAD di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan yang dihitung adalah pemasangan umbilikal pada bayi di ruang Perina.

Kalau dilihat dari hasil kepatuhan petugas dalam penerapan bundles IAD yang ada pada grafik di bawah ini :

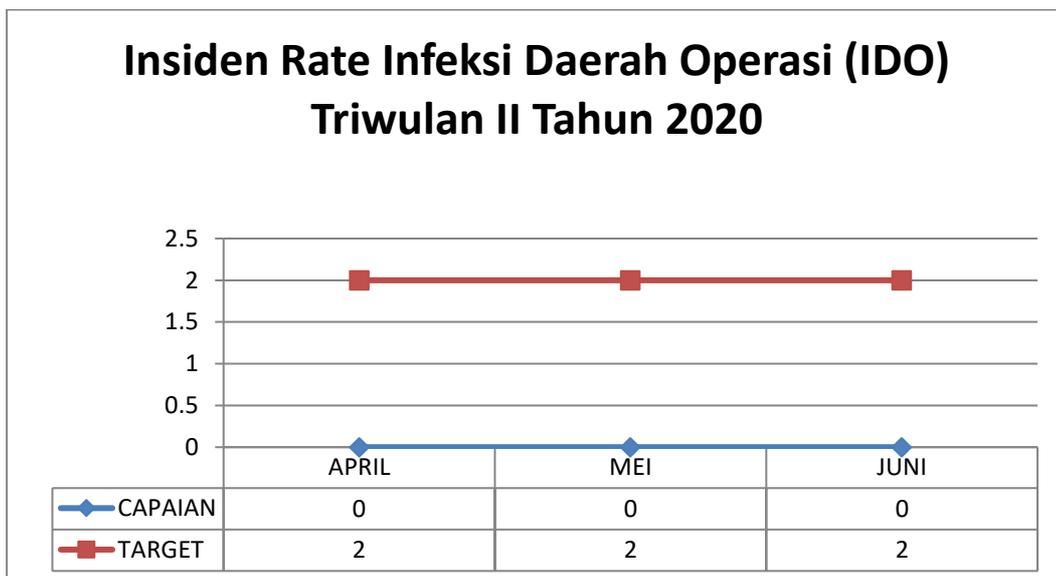


Angka kepatuhan penerapan bundles pencegahan Infeksi Aliran darah (IAD) telah sesuai dengan standar yang diharapkan.

d. Data insiden rate IDO

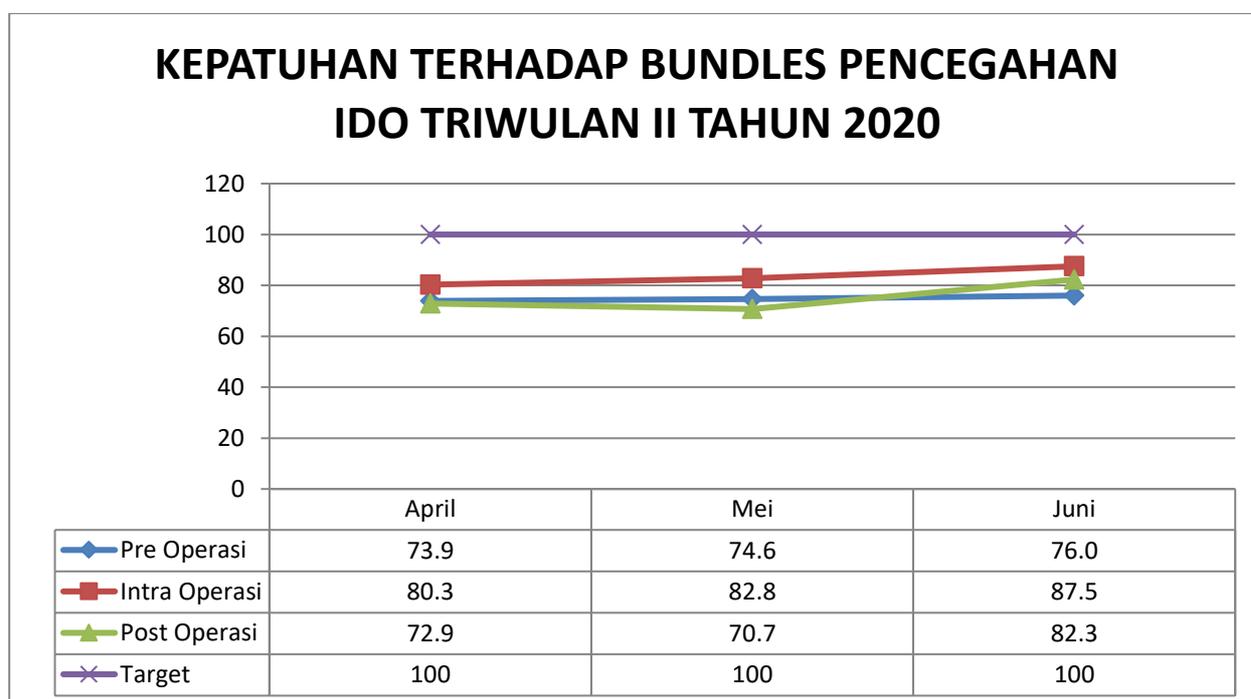
**TABEL**  
**INSIDEN RATE INFEKSI DAERAH OPERASI**  
**(IDO) RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**  
**TRIWULAN II TAHUN 2020**

NO	SATUAN KERJA TARGET	APRIL			MEI			JUNI		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	KEBIDANAN	0	46	0.00	0	57	0.00	0	59	0.00
2	BEDAH	0	47	0.00	0	28	0.00	0	77	0.00
RERATA (%)				<b>0,00</b>			<b>0,00</b>			<b>0,00</b>
STANDAR				2			2			2
KETERANGAN				<b>RENDAH</b>			<b>RENDAH</b>			<b>RENDAH</b>



Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat Insiden Rate Infeksi daerah Operasi (IDO) pada triwulan II tahun 2020 adalah 0 (nol) dan ini sudah sesuai dengan standar ditetapkan (2%).

Kalau dilihat dari hasil kepatuhan petugas dalam penerapan bundles IDO yang ada pada grafik di bawah ini :



#### Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka kepatuhan terhadap penerapan bundles pencegahan Infeksi Daerah Operasi (IDO) pada Triwulan II tahun 2020 belum sesuai standar yang ditetapkan (100%). Dimana angka yang terendah pada bulan Mei 2020 di penerapan bundles IDO post operasi (70,7%). Bulan Juni terjadi peningkatan pengisian bundles IDO Intra Operasi (87,5%). Rata-rata kepatuhan petugas dalam menerapkan bundles pencegahan IDO adalah 77,8%. Ditemukan pemberian antibiotik profilaksis 1 jam belum sesuai waktu pemberian antibiotik profilaksis dengan jam operasi dilaksanakan dan belum semua pasien sebelum operasi dilakukan pemeriksaan gula darah. Pemeriksaan gula darah yang rutin dilaksanakan hanya untuk pasien usia  $\geq 40$  tahun ke atas.

#### Rekomendasi :

Perlu pemberian antibiotik profilaksis 1 jam sebelum operasi, pemeriksaan gula darah terhadap semua calon pasien operasi dan tingkatkan monitoring evaluasi dari IPCN serta petugas kesehatan yang memberikan asuhan pada

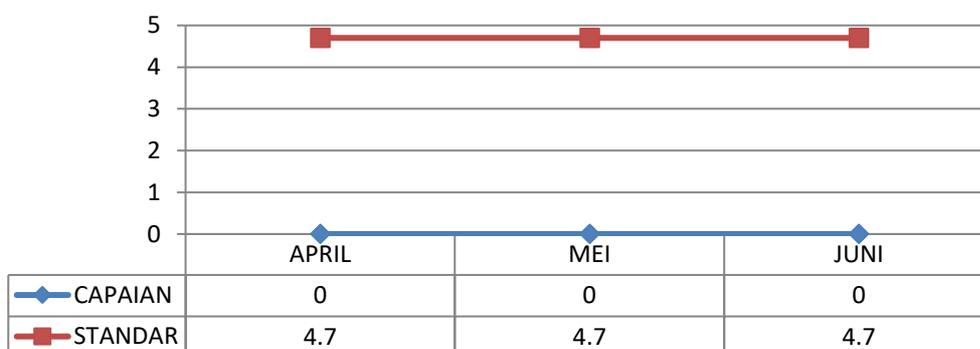
pasien yang operasi serta meningkatkan sosialisasi tentang bundles IDO.

e. Data insiden rate ISK

**TABEL**  
**INSIDEN RATE INFEKSI SALURAN KEMIH (ISK)**  
**RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**  
**TRIWULAN II TAHUN 2020**

NO	SATUAN KERJA TARGET	APRIL			MEI			JUNI		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	KEBIDANAN	0	84	0.000	0	80	0.000	0	72	0.000
2	PERINA	0	0	0.000	0	0	0.000	0	0	0.000
3	BEDAH	0	34	0.000	0	47	0.000	0	71	0.000
4	ICU	0	33	0.000	0	27	0.000	0	40	0.000
5	VIP	0	0	0.000	0	0	0.000	0	0	0.000
6	INTERNE	0	79	0.000	0	85	0.000	0	131	0.000
7	ANAK	0	0	0.000	0	0	0.000	0	0	0.000
8	KLAS MR-ISOLASI	0	8	0.000	0	12	0.000	0	41	0.000
9	PARU	0	80	0.000	0	23	0.000	0	41	0.000
10	NEURO	0	56	0.000	0	91	0.000	0	109	0.000
11	JANTUNG	0	21	0.000	0	38	0.000	0	42	0.000
	RERATA (%)			<b>0,00</b>			<b>0,00</b>			<b>0,00</b>
	STANDAR			<b>≤ 4,7</b>			<b>≤ 4,7</b>			<b>≤ 4,7</b>
	KETERANGAN			<b>RENDAH</b>			<b>RENDAH</b>			<b>RENDAH</b>

### Insiden Rate ISK Triwulan II Tahun 2020

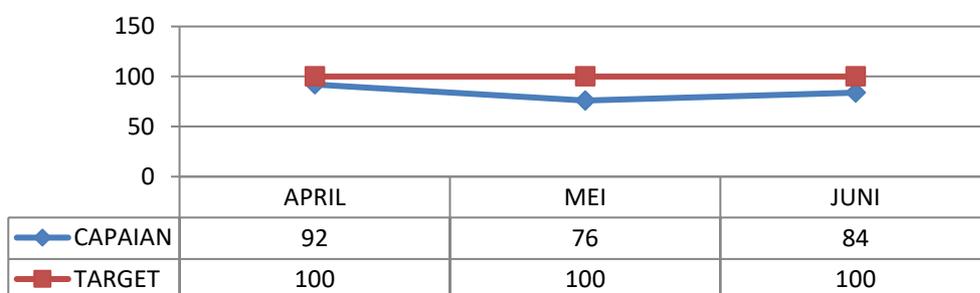


Interprestasi :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat Insiden Rate Infeksi Saluran Kemih (ISK) pada triwulan II tahun 2020 adalah 0 (nol) dan ini sudah sesuai dengan standar ditetapkan ( $\leq 4,7\%$ ).

Kalau dilihat dari hasil kepatuhan petugas dalam penerapan bundles ISK yang ada pada grafik di bawah ini :

### Kepatuhan Terhadap Bundles Pencegahan ISK Triwulan II Tahun 2020



Interprestasi :

1. Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka kepatuhan terhadap penerapan bundles pencegahan Infeksi Saluran Kemih (ISK) pada Triwulan II tahun 2020 belum sesuai standar yang ditetapkan (100%). Rata-rata kepatuhan petugas dalam menerapkan bundles pencegahan ISK tertinggi pada bulan April adalah 84% selama Triwulan II tahun 2020.

Analisa :

1. Masih ditemukan tidak tersedianya jelly steril sekali pakai.
2. Masih ada ditemukan kateter yang tidak difiksasi.

Rekomendasi :

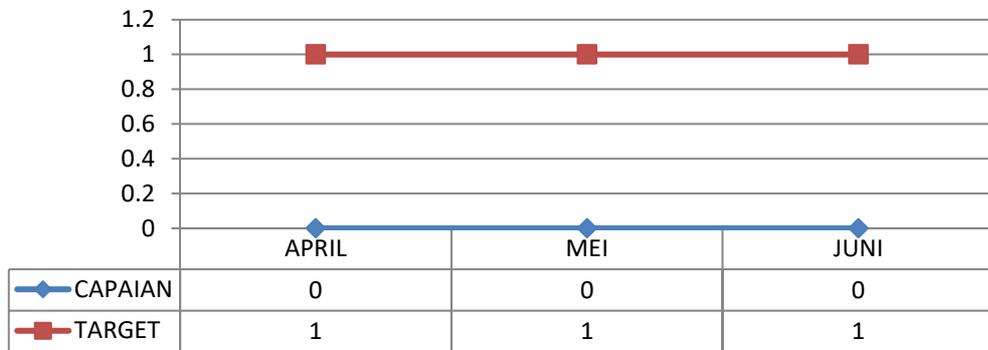
1. Perlu pengadaan jelly steril sekali pakai.
2. Tingkatkan monitoring evaluasi dari IPCN serta petugas kesehatan yang memberikan asuhan pada pasien yang operasi.
3. Meningkatkan sosialisasi tentang bundles ISK secara berkala.

f. Data insiden rate plebitis

**TABEL  
INSIDEN RATE PLEBITIS  
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN  
TRIWULAN II TAHUN 2020**

NO	SATUAN KERJA TARGET	APRIL			MEI			JUNI		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	KEBIDANAN	0	235	0.000	0	257	0.000	0	304	0.000
2	PERINA	0	98	0.000	0	121	0.000	0	153	0.000
3	BEDAH	0	643	0.000	0	231	0.000	0	525	0.000
4	ICU	0	58	0.000	0	29	0.000	0	40	0.000
5	VIP	0	0	0.000	0	0	0.000	0	0	0.000
6	INTERNE	0	179	0.000	0	153	0.000	0	274	0.000
7	ANAK	0	91	0.000	0	80	0.000	0	92	0.000
8	KLAS MR	0	0	0.000	0	0	0.000	0	80	0.000
9	PARU	0	264	0.000	0	177	0.000	0	238	0.000
10	NEURO	0	88	0.000	0	188	0.000	0	164	0.000
	RERATA (%)			<b>0,00</b>			<b>0,00</b>			<b>0,00</b>
	STANDAR			<b>≤ 1</b>			<b>≤ 1</b>			<b>≤ 1</b>
	KETERANGAN			<b>RENDAH</b>			<b>RENDAH</b>			<b>RENDAH</b>

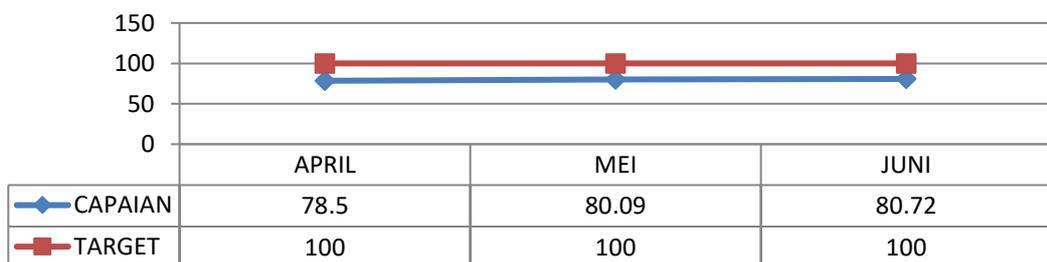
### Insiden Rate Plebitis Triwulan II Tahun 2020



Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat Insiden Rate plebitis pada triwulan II tahun 2020 adalah 0 (nol) dan ini sudah sesuai dengan standar di tetapkan (1.00 ‰).

Kalau dilihat dari hasil kepatuhan petugas dalam penerapan bundles Plebitis yang ada pada grafik di bawah ini :

### Kepatuhan Terhadap Bundles Pencegahan Plebitis Triwulan II Tahun 2020



**Analisa :**

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan bundles pencegahan plebitis pada Triwulan II 2020 masih cenderung naik namun belum sesuai dengan standar yang ditetapkan (100,00%) dimana angka yang tertinggi terdapat pada bulan Juni 2020 ( 80,72%) dan angka yang terendah terjadi pada bulan April 2020 (78,5%). Rata rata kepatuhan petugas dalam menerapkan bundles pencegahan plebitis Triwulan II 2020 adalah 79,77%. Tidak tercapainya target kepatuhan penerapan bundles plebitis (100%) disebabkan dimana masih ditemukan oleh IPCN penggantian tempat insersi bila  $\geq 3$  hari tidak dilakukan dengan alasan pasien merasa sakit berulang-ulang di tusuk dan ceklist supervise tidak ada dilakukan.

**Rekomendasi :**

Lakukan pemantauan supervisi sehingga penerapan bundnles phlebitis bisa dilaksanakan. Perlu ditingkatkan monitoring dan evaluasi dari IPCN dan petugas kesehatan yang memberikan asuhan pada pasien yang terpasang infus serta meningkatkan sosialisasi tentang perawatan pasien yang terpasang Infus.

**2. Penanganan Benda Tajam di Satuan Kerja**

Supervisi dan monitoring/evaluasi penanganan benda tajam di satuan kerja.



Analisa :

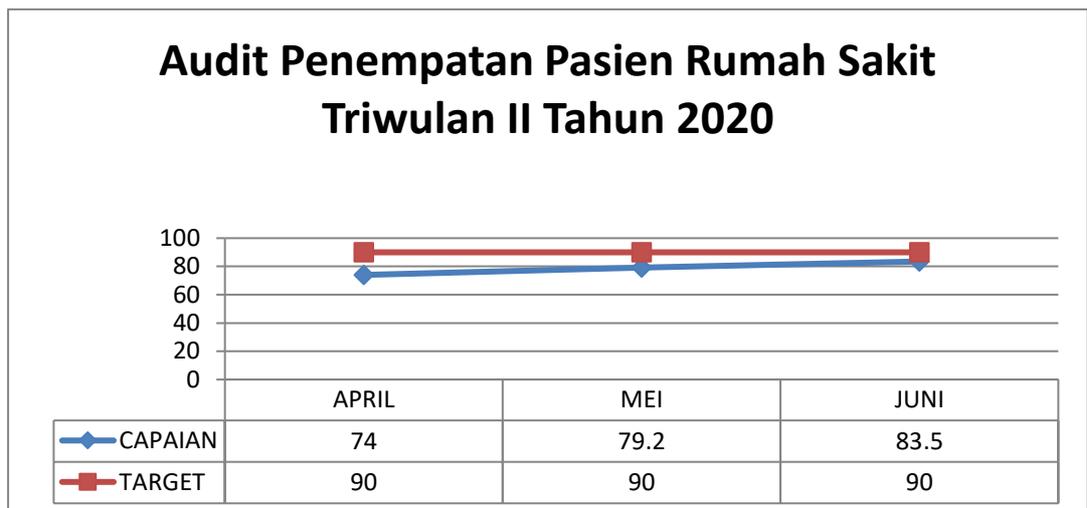
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka ketepatan penanganan benda tajam di satuan kerja pada Triwulan I tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata ketepatan penanganan benda tajam di satuan kerja pada Triwulan II adalah 77,5%. Hal ini disebabkan karena masih ditemukan safety box terisi lebih dari  $\frac{3}{4}$  penuh dan belum terlaksana serah terima safety box antara cleaning service ruangan dengan petugas TPS.

Rekomendasi :

Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan IPCLN, volume safety box  $\frac{3}{4}$  penuh dan koordinasi serah terima safety box ke petugas TPS.

### 3. Penempatan Pasien

Supervisi dan monitoring/evaluasi penempatan pasien.



Analisa :

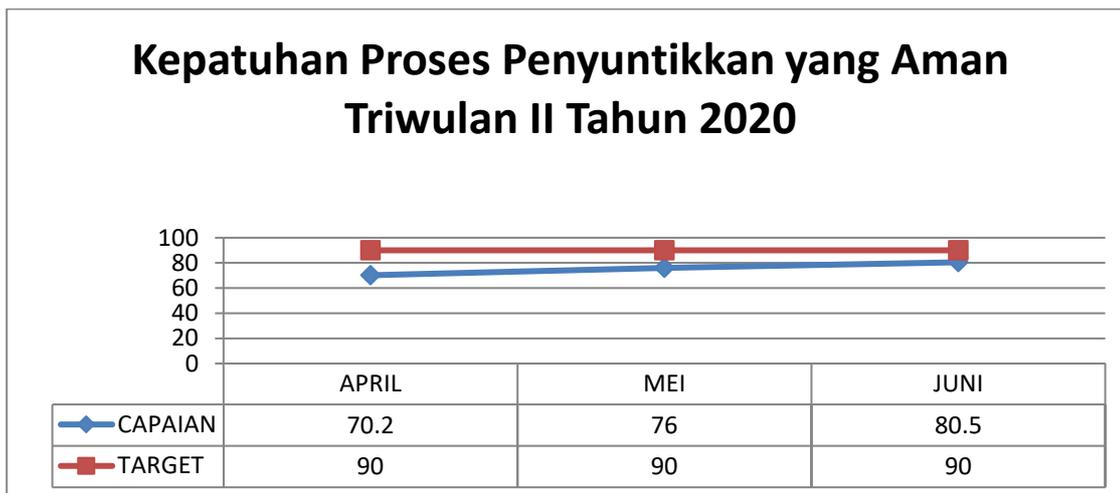
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat audit penempatan pasien pada Triwulan II tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata audit penempatan pasien pada Triwulan II adalah 78,9%. Hal ini disebabkan karena skrining batuk dan penerapan etika batuk yang belum berjalan dengan maksimal, sehingga pasien di rawat di ruangan, setelah dilakukan skrining ulang, pasien berpindah ruangan rawatan.

Rekomendasi :

Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN. Tingkatkan skrining batuk dan edukasi etika batuk yang benar.

#### 4. Tindakan Invasif (Penyuntikan yang Aman)

Supervisi dan monitoring/evaluasi tindakan invasif (penyuntikan yang aman)



Analisa :

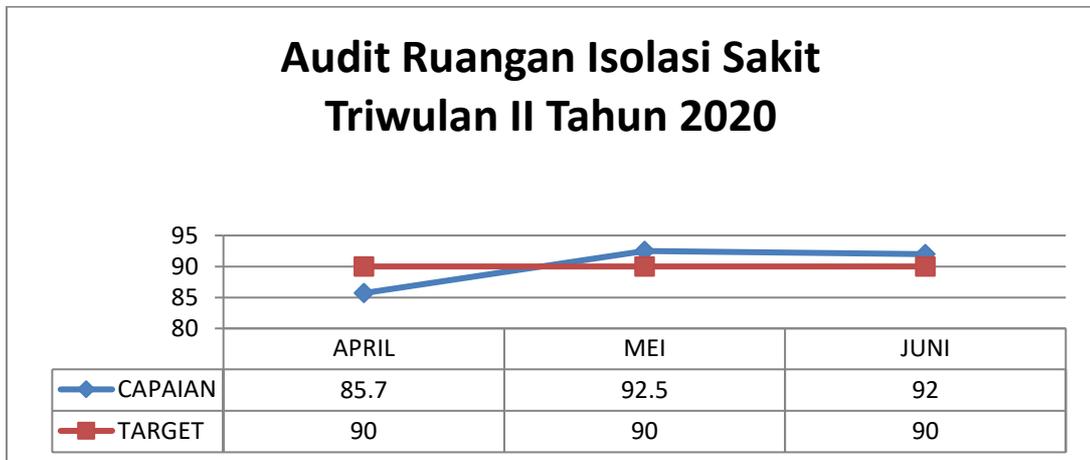
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka kepatuhan proses penyuntikkan yang aman pada Triwulan II tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan proses penyuntikkan yang aman pada Triwulan II adalah 75,5%. Hal ini disebabkan karena belum ada ruangan khusus proses pengaplusan obat, belum ada laminary airflow dan belum ada penerapan penutup bagian kepala vial untuk obat multidose dengan parafilm/transparan dressing (tidak boleh lebih dari 24 jam).

Rekomendasi :

Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan IPCLN. Usulkan pengadaan ruangan khusus pengaplusan obat, pengadaan laminary airflow di setiap depo farmasi dan sosialisasi penerapan parafilm/transparan dressing untuk penutup bagian kepala vial untuk obat multidose.

## 5. Ruang Isolasi

Supervisi dan monitoring/evaluasi ruangan isolasi



### Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat audit ruangan isolasi pada Triwulan II tahun 2020 meningkat pada bulan Mei 2020. Pada bulan April terdapat persentase 85,7% , belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Hal ini disebabkan petugas masih ada yang tidak menggunakan APD, pintu anteroom masih ada ditemukan terbuka. Magnehelic belum terpasang, sehingga tidak bisa mengukur tekanan udara ruangan.

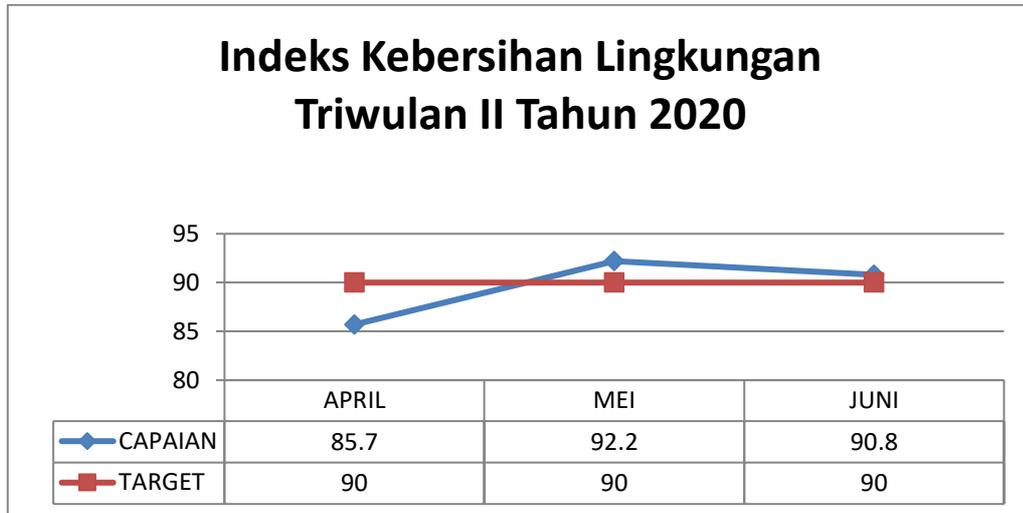
Sedangkan bulan Mei dan Juni sudah mencapai target yang ditetapkan.

### Rekomendasi :

Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan IPCLN. IPSRS agar mempelajari teknik pemasangan magnehelic.

## 6. Kebersihan Lingkungan

Supervisi dan monitoring/evaluasi kebersihan lingkungan



Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat indeks kebersihan lingkungan pada Triwulan II tahun pada bulan Mei dan Juni 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Secara umum kebersihan lingkungan dapat terpenuhi, namun untuk pengukuran kualitas udara dan kualitas air belum dilakukan sesuai standar. Masih ditemukan saluran air yang tidak dapat mengalir atau drainase yang tidak baik akibat ada pembangunan gedung baru.

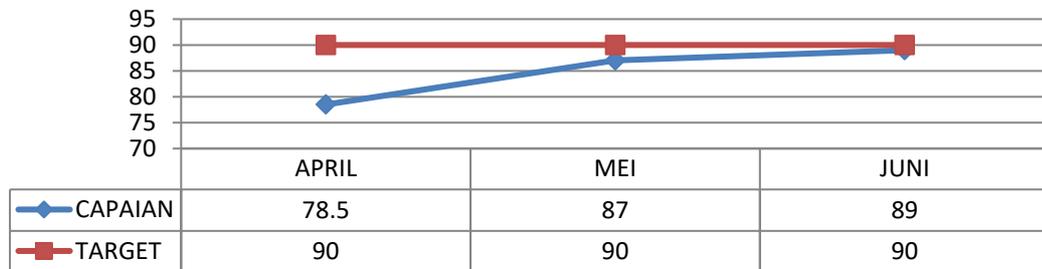
Rekomendasi :

Pengadaan alat pengukuran kualitas udara dan pengukuran kualitas air, sehingga dapat dilakukan pengukuran sesuai standar. Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan IPCLN. Rekomendasi pemeriksaan kualitas udara dan kualitas air sesuai standar.

## 7. Dokumentasi Edukasi PPI bagi Pasien dan Keluarga

Supervisi dan monitoring/evaluasi dokumentasi edukasi hand hygiene, etika batuk bagi pasien, keluarga dan pengunjung

## Dokumentasi Edukasi HH, Etika Batuk Bagi Pasien, Keluarga dan Pengunjung Triwulan II Tahun 2020



### Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat dokumentasi edukasi hand hygiene, etika batuk bagi pasien, keluarga dan pengunjung Triwulan II tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata dokumentasi edukasi adalah 84,8%.

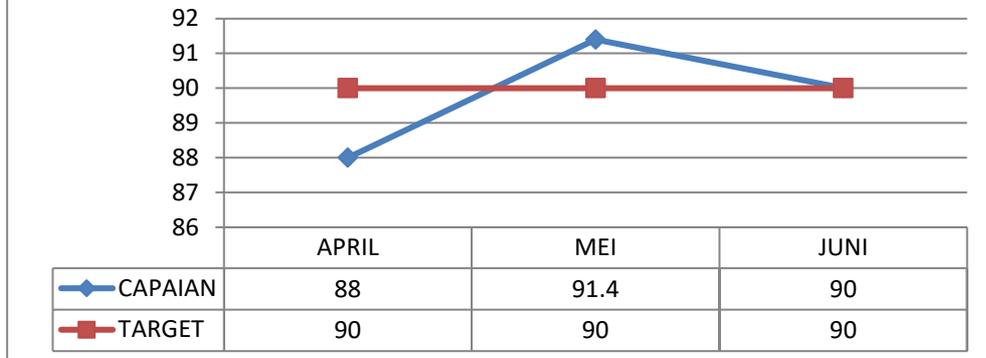
### Rekomendasi :

Pelaksanaan pendokumentasian edukasi yang dilakukan oleh petugas, serta meningkatkan supervisi, monitoring IPCN dan IPCLN.

### **8. Pelaksanaan Edukasi PPI bagi Pasien, Keluarga dan Pengunjung**

Supervisi dan monitoring/evaluasi pelaksanaan edukasi hand hygiene, etika batuk bagi pasien, keluarga dan pengunjung

### Pelaksanaan Edukasi HH, Etika Batuk Bagi Pasien, Keluarga dan Pengunjung Triwulan II Tahun 2020



**Analisa :**

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat pelaksanaan edukasi hand hygiene, etika batuk bagi pasien, keluarga dan pengunjung Triwulan II tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata pelaksanaan edukasi adalah 89,9%.

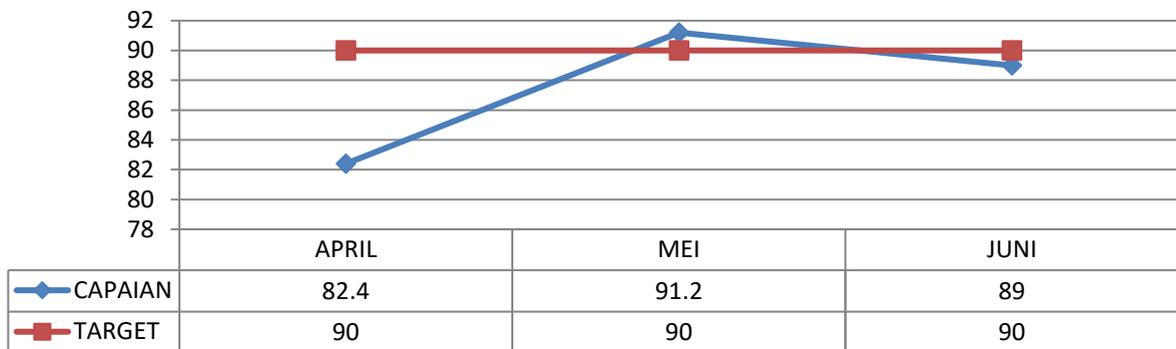
**Rekomendasi :**

Perlu ditingkatkan pelaksanaan edukasi terhadap pasien, keluarga dan pengunjung serta meningkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan IPCLN.

**9. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi : Sarung Tangan, Masker dan Pelindung Mata, Apron/Gaun dan Pelindung Kepala dan Pelindung Kaki**

Supervisi dan monitoring/evaluasi kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

## Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Triwulan II Tahun 2020



### Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Triwulan II tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan penggunaan APD adalah 87,5%. Angka kepatuhan tertinggi pada bulan Mei 2020.

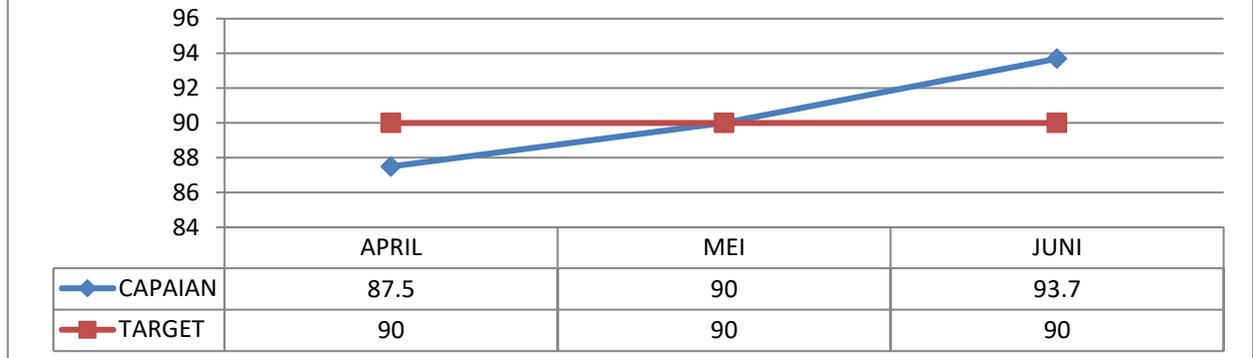
### Rekomendasi :

Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan IPCLN terhadap petugas untuk memakai APD sesuai paparan atau indikasi.

### 10. Kepatuhan Penanganan Linen di Satuan Kerja

Supervisi dan monitoring/evaluasi kepatuhan penanganan linen di satuan kerja

## Kepatuhan Penanganan Linen Triwulan II Tahun 2020



### Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penanganan linen di satuan kerja Triwulan II tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90,4%), Masih ditemukan kapasitas trolley linen kotor yang melimpah.

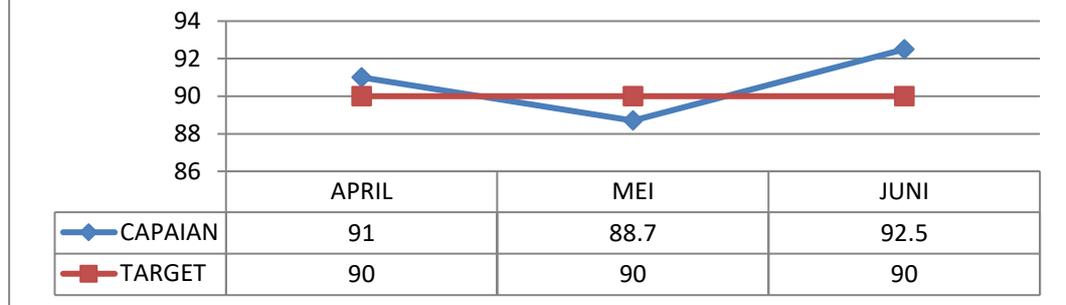
### Rekomendasi :

Pemberian merek kereta linen kotor dan linen bersih. Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan IPCLN tentang kepatuhan pengisian kantong linen  $\frac{3}{4}$  penuh.

## 11. Kepatuhan Pengelolaan Darah serta Komponen Darah, Cairan Tubuh Infeksius

Supervisi dan monitoring/evaluasi kepatuhan pengelolaan darah serta komponen darah, cairan tubuh infeksius

### Kepatuhan Pengelolaan Darah serta Komponen Darah, Cairan Tubuh Infeksius Triwulan II Tahun 2020



#### Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan pengelolaan darah serta komponen darah, cairan tubuh infeksius Triwulan II tahun 2020 pada bulan Juni tertinggi (92,5%). Rata-rata kepatuhan pengelolaan darah serta komponen darah, cairan tubuh infeksius adalah 90,7%.

#### Rekomendasi :

Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN.

### 12. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Unit Pemulasaran Jenazah

Supervisi dan monitoring/evaluasi kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di unit pemulasaran jenazah.

#### Hasil :

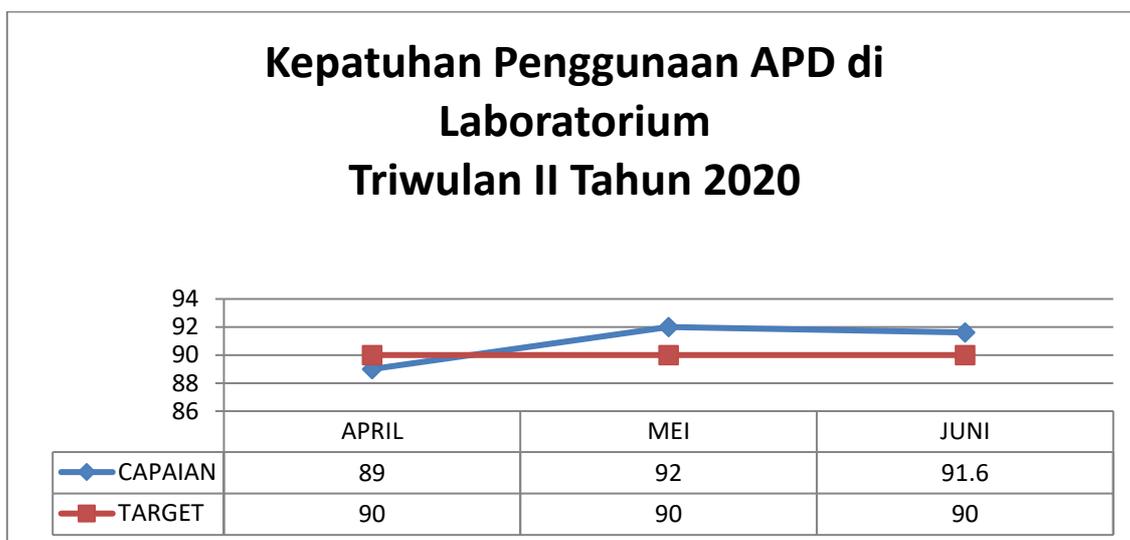
Pada Triwulan II tahun 2020 tidak ada kegiatan pemulasaran jenazah, hanya ada pemulasaran jenazah covid-19 dengan teknik tayamum di ruangan rawatan dimana tempat pasien tersebut meninggal. Untuk kepatuhan penggunaan APD pada Triwulan II tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Angka kepatuhan penggunaan APD adalah 100%.

Rekomendasi :

Lakukan monitoring dan evaluasi dalam kepatuhan penggunaan APD dan mempertahankan target yang telah dicapai.

### 13. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Instalasi Laboratorium

Supervisi dan monitoring/evaluasi kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Instalasi Laboratorium.



Analisa :

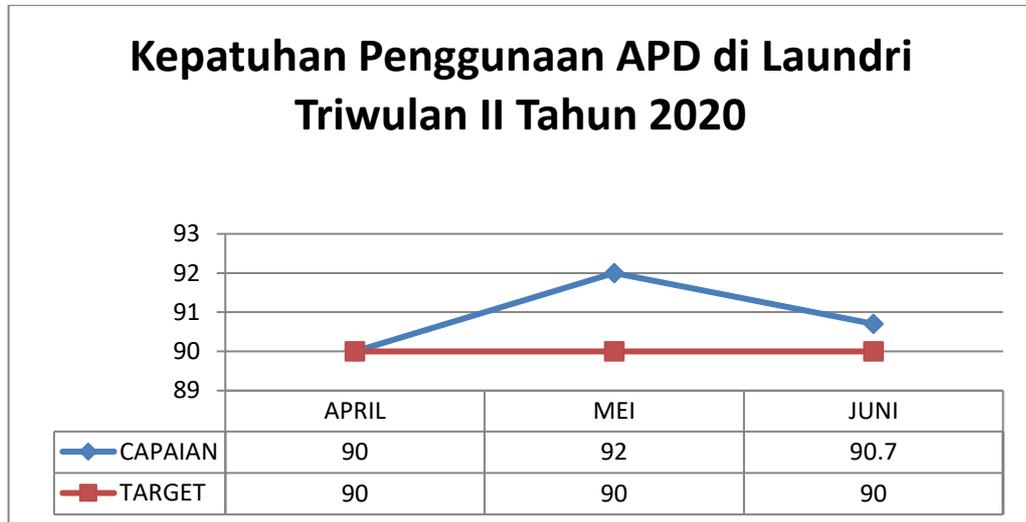
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Laboratorium Triwulan II tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan pada bulan Mei dan juni (90%). Rata-rata kepatuhan penggunaan APD adalah 90,8%. Hal ini disebabkan petugas masih ada yang menggunakan hand scoon yang sama untuk beberapa pasien dan petugas tidak langsung melepas APD setelah digunakan.

Rekomendasi :

Edukasi kepatuhan petugas dalam penggunaan APD sesuai indikasi. Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan Kepala Ruangan.

#### 14. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Laundry

Supervisi dan monitoring/evaluasi kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Laundry.



Analisa :

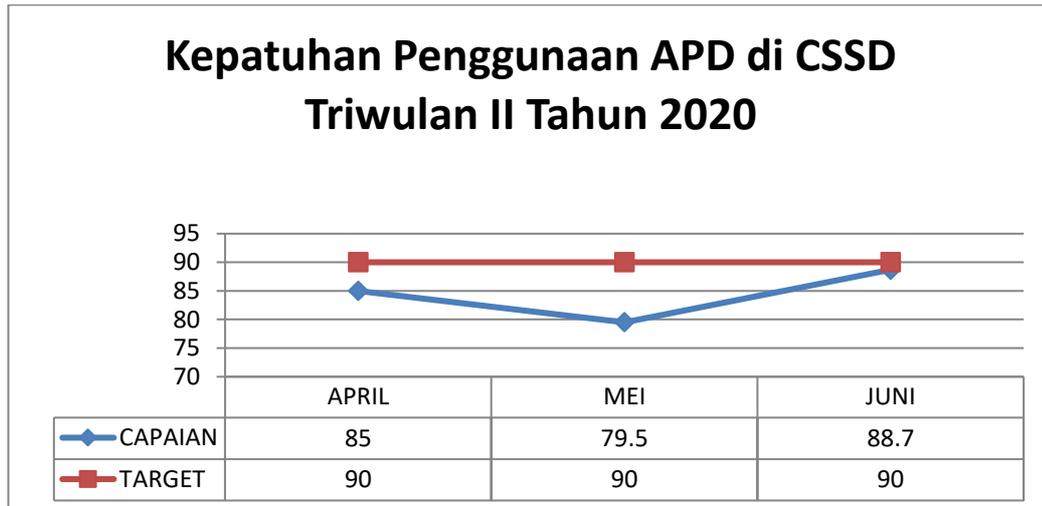
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Laundry Triwulan II tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan penggunaan APD adalah 90,9%. Ditemukan petugas laundry tidak menggunakan sarung tangan latex, karena tidak ada ketersediaan sarung tangan latex.

Rekomendasi :

Perlu pengadaan sarung tangan latek yang berkesinambungan dengan memperhatikan ketersediaan stok minimal di gudang farmasi. Tingkatkan dan pertahankan yang telah ditetapkan.

#### 15. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di CSSD

Supervisi dan monitoring/evaluasi kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di CSSD.



**Analisa :**

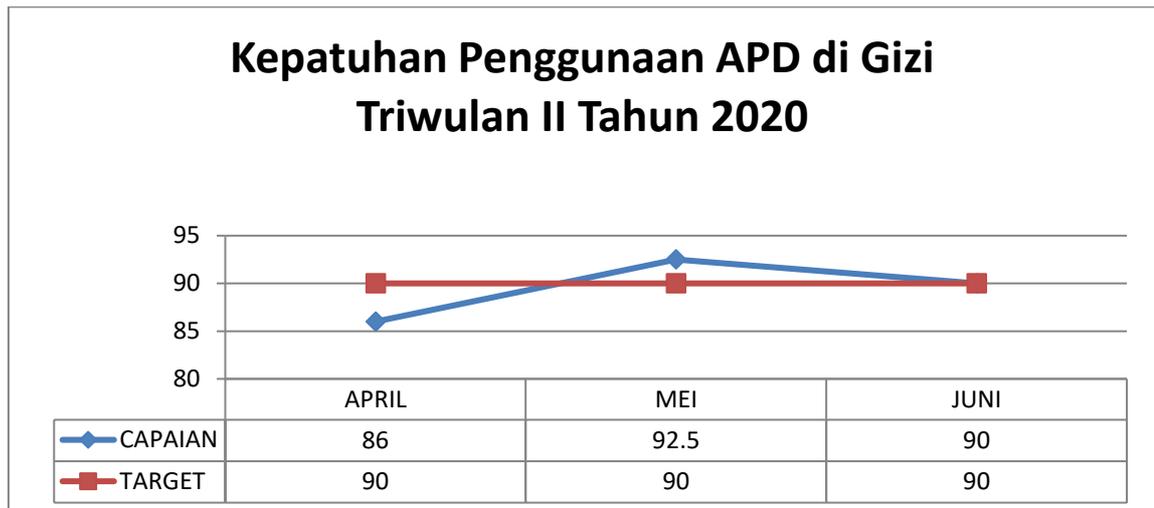
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di CSSD Triwulan II tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan penggunaan APD adalah 84,4%. Hal ini disebabkan karena petugas belum patuh menggunakan goggles dan masih ditemukan petugas CSSD tidak menggunakan sarung tangan latex, karena tidak ada ketersediaan sarung tangan latex. Dan juga tidak memakai sepatu boot.

**Rekomendasi :**

Edukasi kepatuhan petugas dalam penggunaan APD sesuai indikasi. Perlu pengadaan sarung tangan latek yang berkesinambungan dengan memperhatikan ketersediaan stok minimal di gudang farmasi. Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan Kepala Ruangan.

**16. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Gizi**

Supervisi dan monitoring/evaluasi kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Gizi.



**Analisa :**

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Gizi Triwulan II tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%) yaitu terjadi peningkatan pada bulan mei 92,5 %. Rata-rata kepatuhan penggunaan APD adalah 89,5%. Pada bulan April capaian kepatuhan pemakaian APD sebanyak 86%, hal ini disebabkan karena petugas belum patuh menggunakan sepatu dalam melakukan pekerjaan.

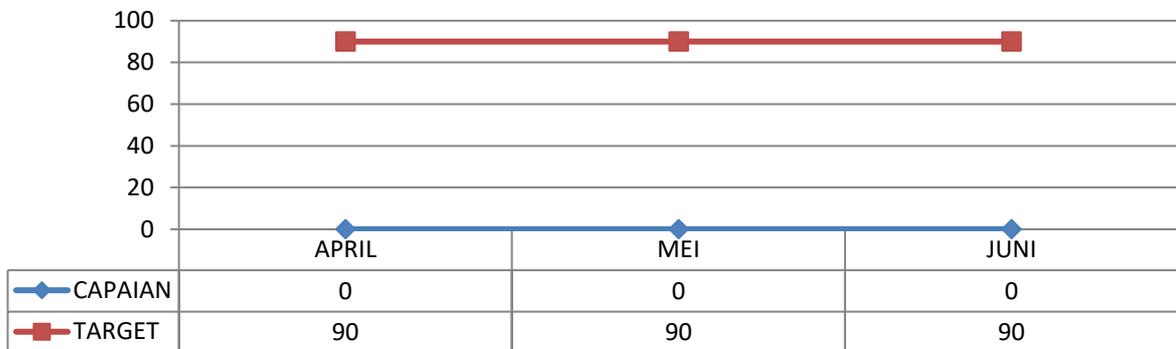
**Rekomendasi :**

Edukasi kepatuhan petugas dalam penggunaan APD sesuai indikasi. Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan Kepala Ruangan.

**17. Penanganan Jenazah Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Instalasi Pemulasaran Jenazah**

Supervisi dan monitoring/evaluasi penanganan Jenazah di Instalasi Pemulasaran Jenazah.

## Penanganan Jenazah di Unit Pemulasaran Jenazah Triwulan II Tahun 2020



### Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka penanganan jenazah di unit pemulasaran jenazah pada Triwulan II tahun 2020 tidak ada kegiatan penanganan jenazah selama Triwulan II.

Berdasarkan hasil monitoring, didapatkan bahwa :

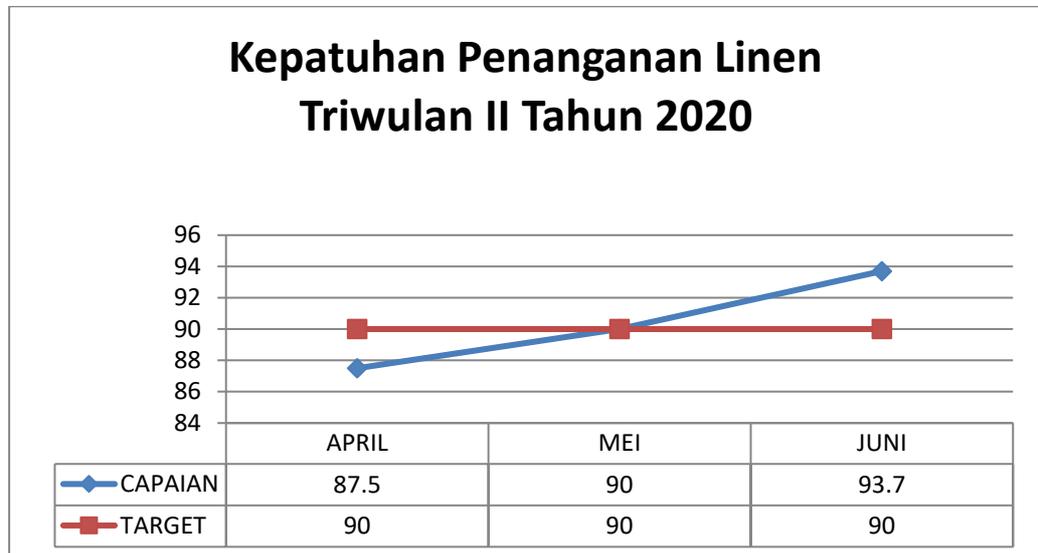
- Penyelenggaraan jenazah terlaksana sesuai dengan status pasien. Pasien covid-19 diselenggarakan di tempat pasien tersebut meninggal tanpa di bawa ke ruangan pemulasaran jenazah.

### Rekomendasi :

Perlu pengadaan kulkas jenazah. Supervisi dan monitoring IPCN dan PJ Instalasi pemulasaran jenazah.

## 18. Ketepatan Penanganan Linen di Laundry

Supervisi dan monitoring/evaluasi ketepatan penanganan linen di Laundry



### Analisa :

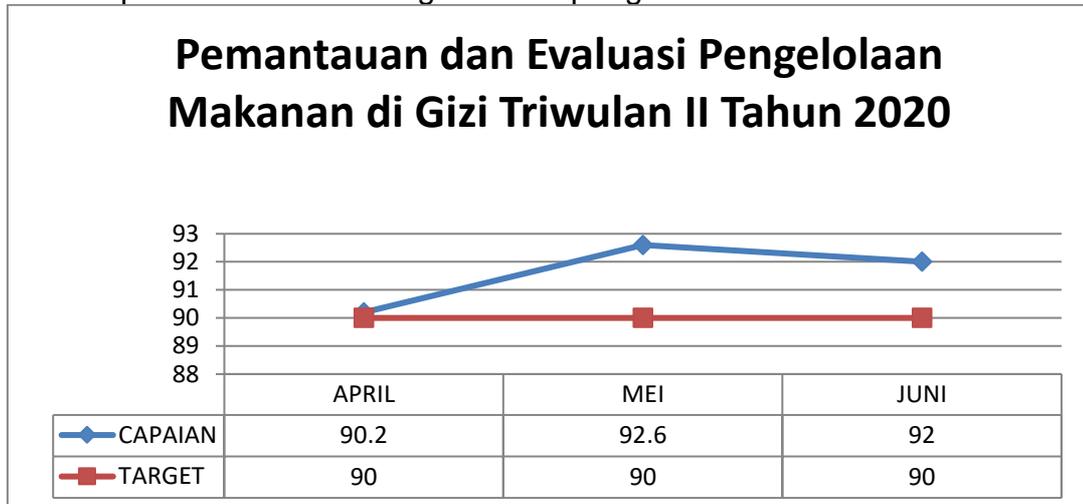
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka ketepatan penanganan linen, pencegahan dan pengendalian infeksi di Laundry pada Triwulan II tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Ketepatan penanganan linen rendah pada bulan April yaitu 87,5 %, karena pemenuhan kebutuhan linen yang tidak sesuai dengan linen masuk dan linen keluar. Rata-rata ketepatan penanganan linen Rumah Sakit Triwulan II Tahun 2020 yaitu 92%.

### Rekomendasi :

Tingkatkan ketepatan penanganan linen di Laundry dengan pengadaan lemari dari bahan yang tidak berpori., Lakukan serah terima linen secara konsisten. Apabila linen tidak sesuai jumlah atau ada yang robek/tidak layak pakai, segera laporkan ke yang berwenang.

## 19. Pemantauan dan Evaluasi Pengelolaan Makanan di Gizi

Supervisi dan monitoring/evaluasi pengelolaan makanan di Gizi



### Analisa :

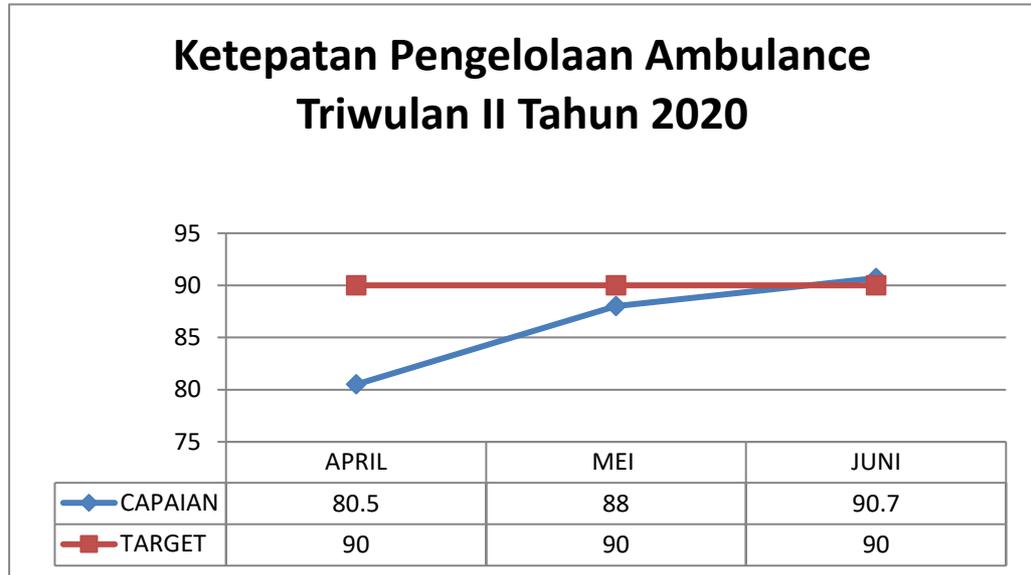
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka pemantauan dan evaluasi pengelolaan makanan di Gizi pada Triwulan II tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%), dengan capaian rata-rata yang hampir sama yaitu 91,6%. Permasalahan yang masih ditemukan, Air panas untuk perendaman tidak memadai, sirkulasi udara tidak bagus akibat ada bangunan gedung baru, vektor masih ada dan pengontrolan suhu belum rutin dilakukan.

### Rekomendasi :

Tingkatkan pengelolaan makanan di Gizi, lakukan teknik perendaman peralatan. Lakukan usaha-usaha untuk menghilangkan binatang/serangga (kucing, kecoa, semut, tikus), yang masih ditemukan di ruangan Gizi. Lakukan pengontrolan suhu secara rutin.

## 20. Audit Ambulance

Supervisi dan Monitoring/ evaluasi ketepatan pengelolaan ambulance.



### Analisa :

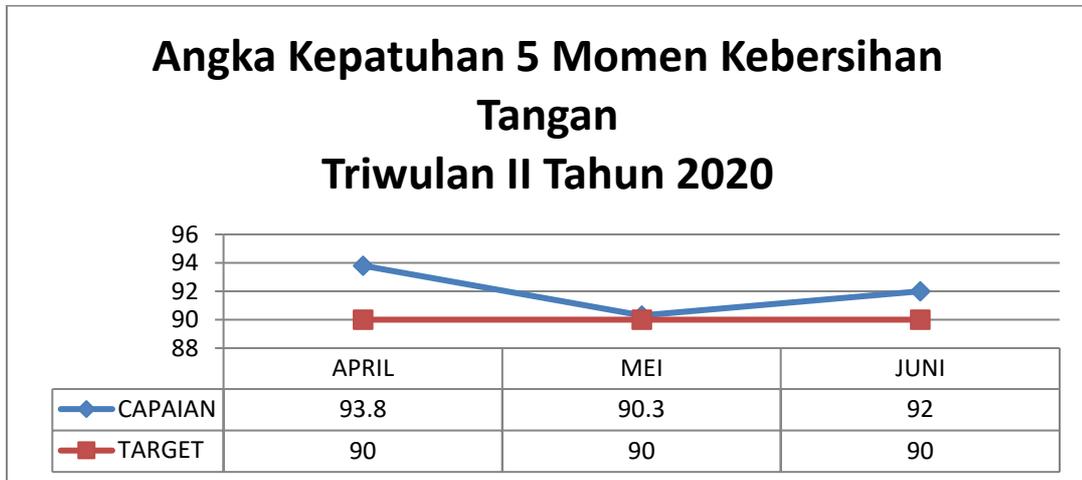
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka ketepatan pengelolaan ambulance pada Triwulan II tahun 2020 terendah pada bulan April yaitu 80,5%, pada bulan Juni terjadi peningkatan sudah mencapai target yang telah ditetapkan (90%). Permasalahan yang ditemukan adalah tempat tidur pasien di ambulance tidak di dekontaminasi setiap setelah digunakan belum dilakukan dengan maksimal dan APD belum lengkap tersedia di unit kerja petugas ambulance, masih dipenuhi oleh unit-unit lainnya.

### Rekomendasi :

Tingkatkan monitoring IPCN dan PJ Ambulance untuk ketepatan pengelolaan ambulance.

## 21. Hand Hygiene

Supervisi dan monitoring/ evaluasi penerapan kebersihan tangan.

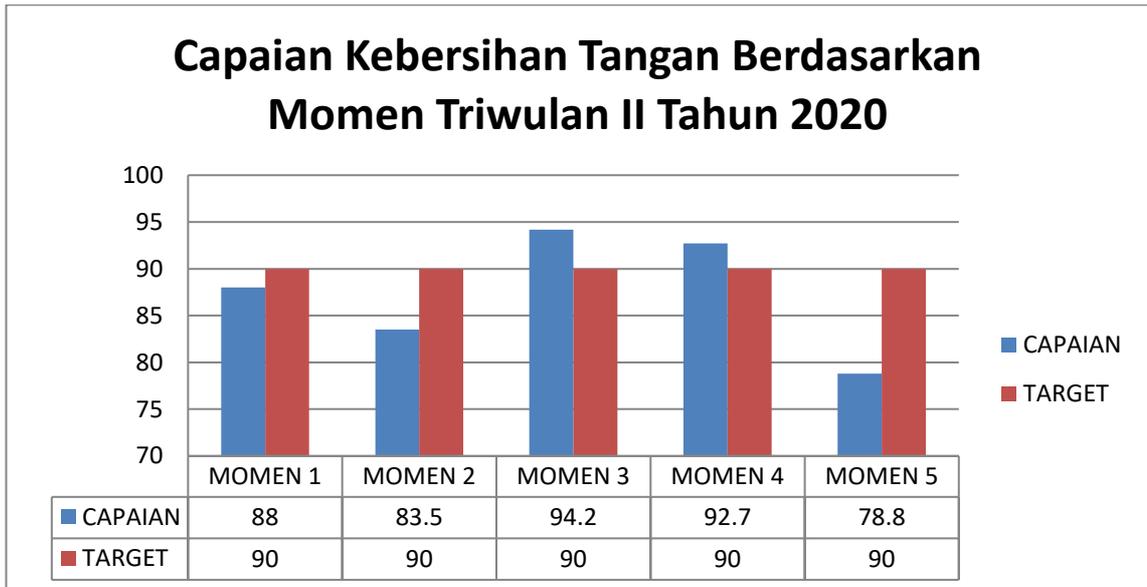


### Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat penerapan kebersihan tangan pada Triwulan II tahun 2020 cenderung meningkat, dimana angka yang tertinggi pada bulan April 93,8% sudah mencapai target yang ditetapkan (90%) dan angka terendah pada bulan Mei 90,3%. Rata-rata kebersihan tangan pada Triwulan II adalah 92,0%. Ditemukan petugas tidak melakukan kebersihan tangan karena menggunakan handscoon tanpa melepas handscoon antara pasien yang satu ke pasien yang lainnya, dan juga memakai handscoon pada saat memegang kertas.

### Rekomendasi :

Tingkatkan monitoring dan edukasi IPCN dan IPCLN.



**Analisa :**

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat bahwa capaian kebersihan tangan per momen pada triwulan II 2020 adalah momen 1 (88%), momen 2 (83,5%), momen 3 (83,5%), momen 4 (92,7%) dan momen 5 (78,8%). Nilai tertinggi pada momen 3 setelah terpapar cairan tubuh pasien (94,2%) dan sudah mencapai target yang ditetapkan. Sedangkan momen yang lain belum mencapai target yang ditetapkan, nilai terendah pada momen 5 yaitu setelah terpapar lingkungan pasien sebanyak 78,8%. Berdasarkan pengamatan IPCN di lapangan, kurangnya angka kepatuhan kebersihan tangan ini disebabkan karena kebiasaan memakai handscoon tanpa sesuai indikasi dan melakukan kebersihan tangan pada petugas belum membudaya, sebagian besar petugas hanya melakukan kebersihan tangan setelah terpapar cairan tubuh pasien (momen 3).

**Rekomendasi :**

Tingkatkan monitoring dan evaluasi IPCN dan IPCLN untuk mengawasi kepatuhan petugas dalam melaksanakan kebersihan tangan di unit kerjanya.

## 22. Etika Batuk

Supervisi dan Monitoring/ evaluasi etika batuk



Analisa :

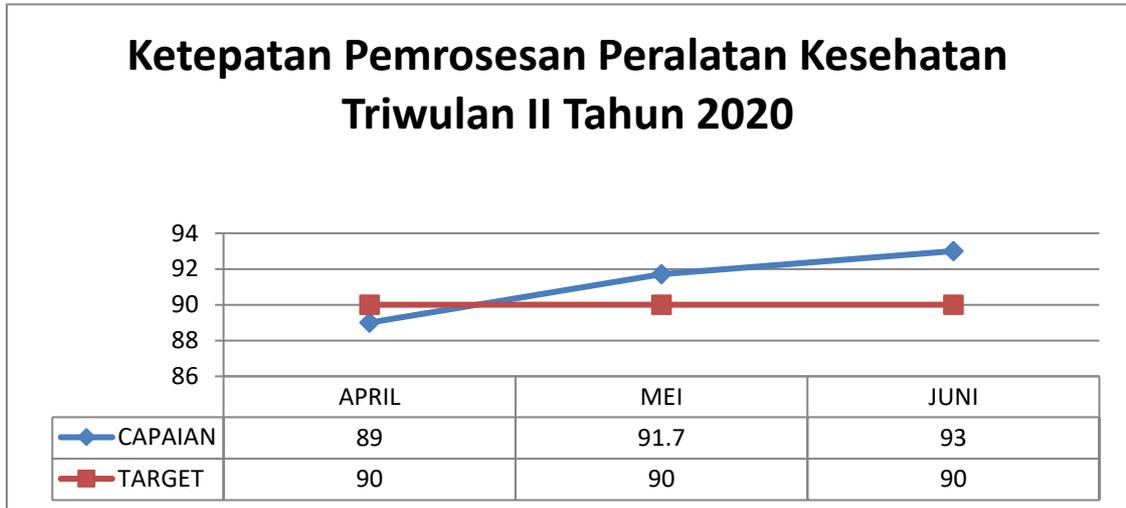
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat penerapan etika batuk pada Triwulan II tahun 2020 cenderung bervariasi, dimana angka yang tertinggi pada bulan April 95,7% sudah mencapai target yang ditetapkan (90%) dan angka terendah pada bulan Mei 90%. Rata-rata penerapan etika batuk pada Triwulan II adalah 92,2%.

Rekomendasi :

Melakukan monitoring dan edukasi IPCN dan IPCLN.

### 23. Pemrosesan Peralatan Perawatan Pasien di CSSD

Supervisi dan Monitoring/ evaluasi ketepatan pemrosesan peralatan perawatan pasien.



#### Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka kepatuhan pengelolaan peralatan kesehatan di CSSD pada Triwulan II tahun 2020 sudah sesuai standar yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan pengelolaan peralatan kesehatan di CSSD adalah 91,2%. Angka kepatuhan pengelolaan peralatan kesehatan di CSSD pada bulan April masih dibawah standar yaitu 89%, hal ini disebabkan oleh

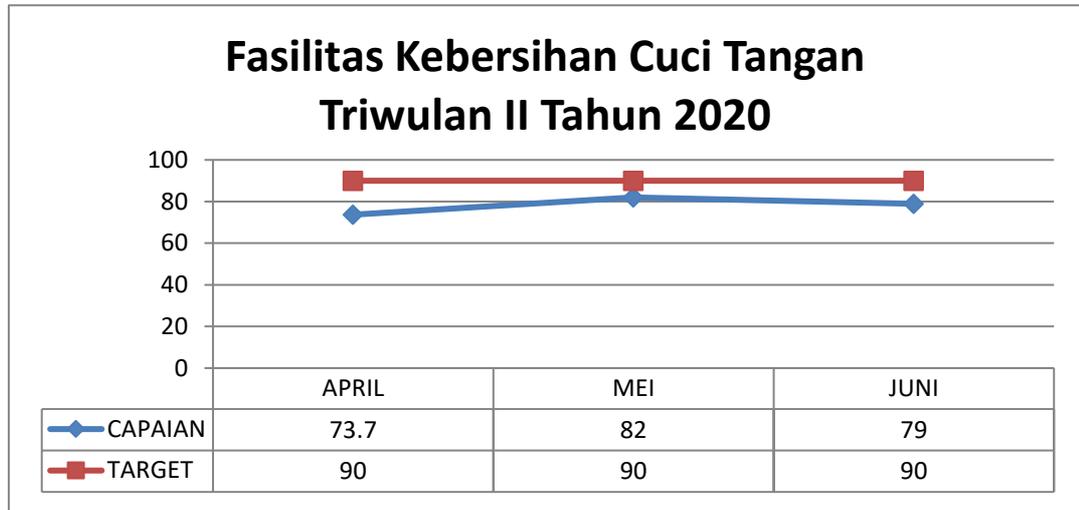
- Belum ada kegiatan penerimaan dan penyerahan peralatan terdokumentasi dalam form serah terima secara berkesinambungan.
- Belum dilakukan uji kultur alat medis steril

#### Rekomendasi :

Ini perlu pemantauan dan di evaluasi secara bersama oleh kepala ruangan CSSD dan Komite PPI sehingga pemrosesan peralatan yang ada dilakukan sesuai dengan standar. Lakukan uji kultur alat.

## 24. Fasilitas Kebersihan Cuci Tangan

Supervisi dan Monitoring/ evaluasi fasilitas kebersihan cuci tangan.



### Analisa :

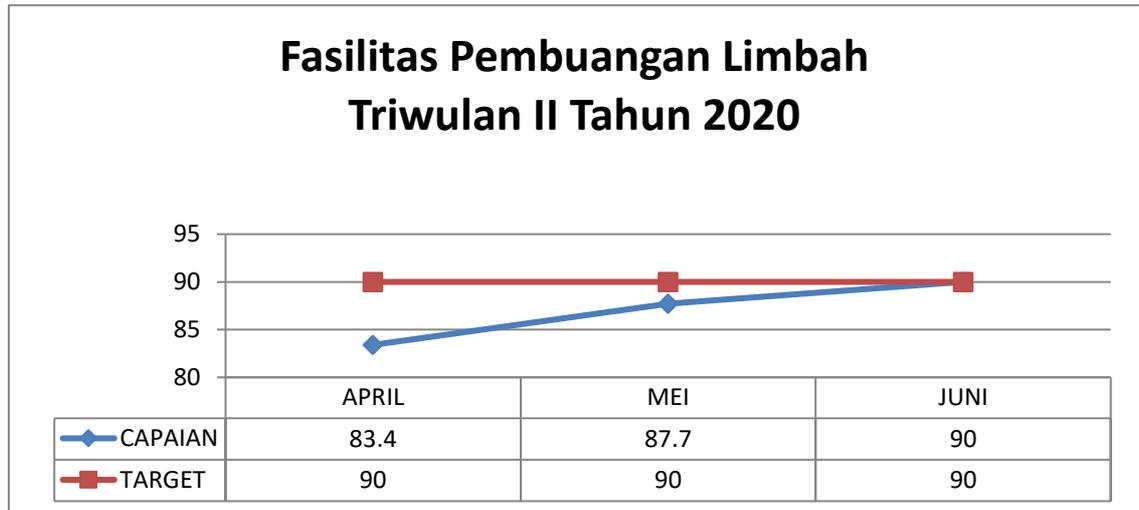
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat fasilitas kebersihan cuci tangan pada Triwulan II tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata fasilitas kebersihan cuci tangan pada Triwulan II adalah 78,2%, ini jauh dibawah standar akibat ketersediaan tissue dan handrub terbatas ketersediaan di Gudang Farmasi.

### Rekomendasi :

Pertahankan dan terus dilakukan monitoring dan evaluasi fasilitas kebersihan cuci tangan oleh IPCN, IPCLN dan satker terkait. Lakukan penghitungan kebutuhan minimal pada penyediaan BHP.

## 25. Fasilitas Pembuangan Limbah

Supervisi dan Monitoring/ evaluasi fasilitas pembuangan limbah



### Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat fasilitas pembuangan limbah pada Triwulan II tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata fasilitas pembuangan limbah pada Triwulan II adalah 87,0%. Trolley besar untuk pengangkutan sampah dari unit ke penampungan dalam kondisi tidak tertutup karena masih rusak.

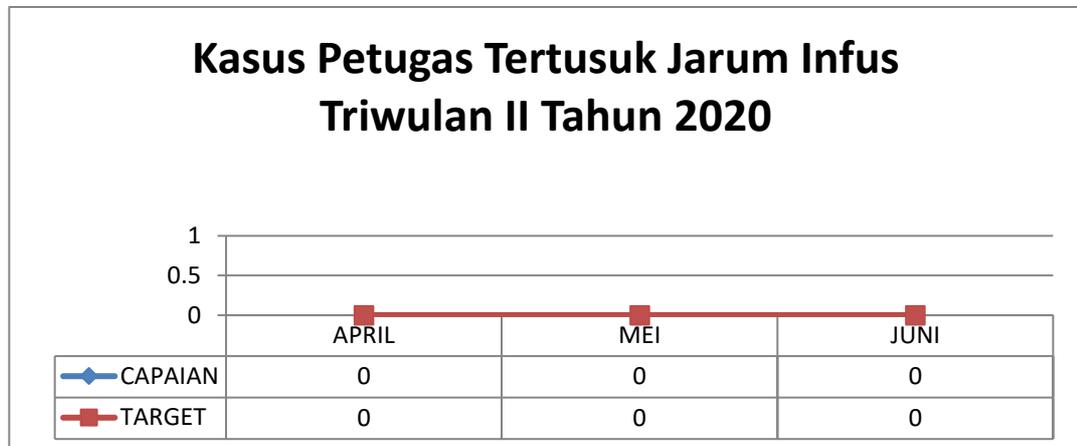
### Rekomendasi :

Perbaiki trolley pengangkutan sampah tertutup. Tingkatkan monitoring IPCN dan IPLRS.

## 26. Kesehatan dan Perlindungan Karyawan

Kegiatan :

a. Menerima laporan insiden tertusuk jarum



Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa selama Triwulan II 2020 tidak ada kasus karyawan tertusuk jarum,. Hal ini mengindikasikan ketepatan petugas dalam penanganan benda tajam sudah mulai sesuai SPO dan tingkat kehati-hatian petugas dalam melakukan tindakan mulai optimal.

Rekomendasi :

IPCN selalu berkoordinasi dengan Kepala Ruangan yang juga sebagai IPCLN untuk mengawasi kepatuhan petugas dalam penanganan benda tajam di unit kerjanya.

b. Melakukan analisa kejadian pajanan dan membuat rekomendasi penanganan pasca pajanan apabila terjadi tertusuk jarum.

NO	MODUS KEJADIAN	JAN	%	FE	%	MA	%	TOTAL	%
1.	Recapping jarum	0	0	0	0	0	0	0	0
2.	Serah terima benda tajam	0	0	0	0	0	0	0	0
3.	Penanganan/ penempatan benda tajam	0	0	0	0	0	0	0	0
4.	Pemrosesan alat/linen	0	0	0	0	0	0	0	0
5.	Pasien gelisah	0	0	0	0	0	0	0	0
6.	Tertusuk jarum heacting/pisau bedah	0	0	0	0	0	0	0	0
7.	Lain-lain	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		0	0	0	0	0	0	0	0

Analisa :

Berdasarkan table diatas, dapat dilihat angka kejadian tertusuk jarum tidak ada pada Triwulan II.

## **27. Meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antibiotik secara aman**

Data penggunaan antibiotic

Jenis antibiotic yang digunakan selama Triwulan II tahun 2020

- 1) Amoxicilin
- 2) Ampicilin
- 3) Azitromisin
- 4) Cefadroxil
- 5) Cefazolin
- 6) Cefepime
- 7) Cefoperazone
- 8) Cefofaxim
- 9) Ceftriaxon
- 10) Cefuroxime
- 11) Cloramfenicol
- 12) Ciprofloxacine
- 13) Clindamisin
- 14) Cotrimoxazol
- 15) Erytromisin
- 16) Etambutol
- 17) Gentamisin
- 18) Isoniazid
- 19) Itrakonazol
- 20) Kanamysin
- 21) Levofloxacine
- 22) Meropenem
- 23) Metronidazol
- 24) Pycin (Ampicilin sulbactam)
- 25) Pyrazinamid
- 26) Rifampicin
- 27) Tiamfenicol

## **28. Investigasi Outbreak/Kejadian Luar Biasa (KLB)**

Kejadian Luar Biasa (Outbreak) COVID-19 yang menjadi Pandemi di seluruh dunia, juga terjadi di wilayah Kabupaten Pesisir Selatan mulai pada bulan Maret 2020. Dalam menghadapi Outbreak ini, Komite PPI telah menyiapkan beberapa regulasi terkait COVID-19, yaitu

1. Panduan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi COVID-19 Komite PPI RSUD Dr. M. Zein Painan

2. SPO Pemulasaran Jenazah Pasien Terinfeksi COVID-19
3. SPO Desinfeksi Lingkungan Ruangan Isolasi
4. SPO Skrining Pengunjung Melalui Poliklinik dan IGD
5. SPO Desinfeksi Ambulance
6. SPO Melepaskan APD Transmisi Kontak
7. SPO Pemakaian dan Pemeliharaan Masker N95
8. SPO Alur Pemrosesan Masker N95
9. SPO Desinfeksi Penyakit Menular
10. SPO Alur Pemeriksaan Pasien Terkonfirmasi COVID-19
11. SPO Pemasangan dan Pelepasan APD Covid-19

Selain regulasi, Komite PPI telah mensosialisasikan bagaimana cara penggunaan APD dan pelepasan APD untuk petugas yang kontak dengan pasien PDP dan positif COVID-19 melalui video dan petunjuk gambar. Komite PPI juga terlibat dalam rapat-rapat, zoominar, serta sosialisasi langsung dengan teknik protokol kesehatan dalam menghadapi Pandemi COVID-19.

## **29. Program Pendidikan dan Pelatihan**

Diklat untuk karyawan baru dan mahasiswa praktek

NO	TANGGAL ORIENTASI	INSTITUSI	JUMLAH
1.	10 September 2020	FK UNAND	6 orang

Setiap karyawan baru dan mahasiswa praktek di RSUD Dr. M. Zein Painan, selalu dilakukan sosialisasi tentang program PPI, antara lain hand hygiene, pemakaian APD, penyuntikan yang aman, pembuangan limbah, etika batuk, dan hal-hal lain yang berhubungan dengan program PPI lainnya.

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Hasil monitoring dan evaluasi Program Kerja PPI Triwulan II 2020 menunjukkan bahwa secara keseluruhan kinerja program PPI sudah mengalami peningkatan dan secara bertahap mulai mencapai sasaran yang sudah ditetapkan.

Namun masih ada 2 (tiga) masalah utama yang menjadi fokus perhatian, yaitu :

1. Angka rata-rata kepatuhan petugas dalam melaksanakan 5 moment kebersihan tangan selama Triwulan II 2020 meningkat tetapi belum signifikan, rerata Triwulan II 92,0%. Ditemukan petugas tidak melakukan kebersihan tangan karena menggunakan handscoon tanpa melepas handscoon antara pasien yang satu ke pasien yang lainnya, dan juga memakai handscoon pada saat memegang kertas, hal ini menjadi masalah yang harus diperhatikan. Melakukan kebersihan tangan dapat memutus mata rantai (transmisi) penyebaran kuman penyebab infeksi.
2. Permasalahan yang ditemukan adalah tempat tidur pasien di ambulance tidak di dekontaminasi setiap setelah digunakan belum dilakukan dengan maksimal dan APD belum lengkap tersedia di unit kerja petugas ambulance, masih dipenuhi oleh unit-unit lainnya

#### **B. Rekomendasi**

1. Re-edukasi tentang potensial risiko akibat tidak menerapkan cuci tangan yang benar
2. Perlu pengadaan jelly steril sekali pakai untuk pemasangan kateter
3. Perlu ketepatan pelaksanaan jam pemberian antibiotik profilaksis dengan jam mulai operasi, pemeriksaan gula darah terhadap semua calon pasien operasi
4. Usulkan pengadaan ruangan khusus pengaplusan obat, pengadaan laminary airflow di setiap depo farmasi dan sosialisasi penerapan parafilm/transparan dressing untuk penutup bagian kepala vial untuk obat multidose.
5. Uji kultur alat medis
6. Pengawasan CSSD dalam Reuse alat nasal prong perinatologi
7. Perbaiki trolley pengangkutan sampah tertutup

