

INFECTION RISK ASSESSMENT (ICRA) **PROGRAM KOMITE PPI**

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
Tahun 2022



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611

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

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan atau *Healthcare Associated Infection* (HAIs) merupakan salah satu masalah kesehatan diberbagai negara di dunia, termasuk Indonesia. Dalam forum *Asian pasific Economic Comitte* (APEC) atau Global Health Security Agenda (GHSA) penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan menunjukkan bahwa HAIs yang di timbulkan berdampak secara langsung sebagai beban ekonomi negara. Secara prinsip, kejadian HAIs sebenarnya dapat dicegah bila fasilitas pelayanan kesehatan secara konsisten melaksanakan program PPI.

Pencegahan dan Pengendalian infeksi merupakan upaya untuk memastikan perlindungan kepada setiap orang terhadap kemungkinan tertular infeksi dari sumber masyarakat umum dan di saat menerima pelayanan kesehatan pada berbagai fasilitas kesehatan.

Dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan sangat penting bila terlebih dahulu petugas dan mengambil kebijakan memahami konsep dasar infeksi penyakit. Oleh karena itu perlu di susun *Infection Control Risk Assesment* (ICRA) HAIs suatu metode untuk melakukan identifikasi dan penilaian resiko infeksi pasien di rumah sakit. ICRA merupakan bagian dari proses perencanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). Yang merupakan langkah awal untuk mengembangkan rencana dengan baik dalam menyusun program PPI kedepan. Perencanaan yang dilakukan secara bersama adalah bentuk dasar dari program. Selain itu, ICRA juga dapat membantu melakukan fokus surveilans dan kegiatan program lainnya.

Dari data indikator mutu nasional PPI pada pelaksanaan Kebersihan Tangan, pemakaian APD sesuai indikasi dan kewaspadaan standar lainnya, masih ada angka kepatuhan dibawah standar yang di tetapkan seperti pemakaian APD tidak sesuai indikasi dan transmisi, penyuntikan yang aman pada tahun 2022. Untuk meningkatkan mutu layanan komite PPI merancang strategi yaitu dengan melakukan audit dan monitoring, sehingga dapat mencapai target yang ditetapkan.

B. TUJUAN

a. Tujuan Umum

1. Meningkatkan keselamatan pasien, karyawan, pengunjung di rumah sakit
2. Mengembangkan hipotesa untuk mengantisipasi resiko
3. Meningkatkan efesiensi
4. Menghindari potensi kejadian tidak diharapkan (KTD)

b. Tujuan Khusus

1. Tersusun data identifikasi dan grading risiko infeksi di rumah sakit
2. Tercapainya penurunan resiko HAIs di pelayanan kesehatan
3. Tersedianya rencana program PPI terkait ICRA HAIs

BAB II
HASIL KAJIAN RESIKO INFEKSI

A. Infection Control Risk Assessment (ICRA) Program

| NO | JENIS KELOMPOK RISIKO | PROBABILITAS | | | | | RISIKO/DAMPAK | | | | | SISTEM YANG ADA | | | | | SKOR | Level/ Band | | | | Rangking Resiko |
|-----|---|-------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|--------------|---------------|---------------|------------------|---------------------|---|--|---|---|------|-------------|----------|------|----------|-----------------|
| | | Expectit (1x/mgg) | Likely (> 1x/th) | Maybe (1x/1-2th) | Rate (1x/>2-5th) | Never (1x/>5th) | Mengancam Hidup | Cidera Berat | Cidera Sedang | Cidera Ringan | Tidak Ada Cidera | Tidak Ada Peraturan | Peraturan ada, Fasilitas tidak ada,tidak dilaksanakan | Peraturan Ada, Fasilitas Ada, Tidak Dilaksanakan | Peraturan Ada, Fasilitas Ada, Tidak selalu dilaksanakan | Peraturan dan Fasilitas Ada dan selalu dilaksanakan | | Low | Moderate | High | Exxtreme | |
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| I | PROSES KEGIATAN DI AREA-AREA BERESIKO TINGGI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Tidak terlaksananya pemakaian APD yang sesuai dengan indikasi dan transmisi | | | | 2 | | | | | 1 | | | | | 2 | | 4 | | | | 1 | |
| II | PELAYANAN YANG MENGGUNAKAN PERALATAN YANG BERESIKO INFEKSI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Kurangnya melakukan desinfektan dan teknik desinfeksi | | | | 2 | | | | | 2 | | | | | 2 | | 8 | | | | 2 | |
| 2 | Alat nasal prong re-use (Perinatalogi) | | | 3 | | | | | 3 | | | | | | | 1 | 9 | | | | 1 | |
| III | PROSEDUR TINDAKAN TINDAKAN BERESIKO TINGGI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Pemakaian APD yang kurang tepat atau tidak sesuai | | | | 2 | | | | | 2 | | | | | 2 | | 8 | | | | 2 | |
| 2 | Resiko terpajan penyakit menular dan tertusuk | | | 3 | | | | | | 2 | | | | | 2 | | 12 | | | | 1 | |

[illegible]

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|---|---|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|----|--|--|--|---|
| 1 | Ketidakpatuhan pembuangan limbah infeksius dan cairan tubuh | | | 2 | | | | | 2 | | | | | 2 | | 8 | | | | 2 |
| 2 | Petugas terkena tumpahan darah pada saat pembuangan komponen darah | | | 3 | | | | | 2 | | | | | 2 | | 12 | | | | 1 |
| IX | PENYEDIAAN MAKANAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Ketidakpatuhan dalam penggunaan APD | | | 3 | | | | | 2 | | | | | 2 | | 12 | | | | 1 |
| 2 | Pencucian peralatan makanan yang kurang tepat | | | | 2 | | | | 2 | | | | | 2 | | 8 | | | | 2 |
| X | PENGELOLAN KAMAR JENAZAH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Kelengkapan APD | | | | 2 | | | | 2 | | | | | 2 | | 8 | | | | 2 |
| 2 | Suhu penyimpanan jenazah didalam kulkas jenazah tidak stabil | | | | 2 | | | | 2 | | | | | 2 | | 8 | | | | 1 |

B. Prioritas Masalah

| NO | POTENSIAL RISK/MASALAH | SCORE | RANGKING |
|----|--|-------|----------|
| 1 | PELAYANAN PENGELOLAAN PERALATAN KESEHATAN DI CSSD | 27 | 1 |
| 2 | PENGELOLAAN LINEN DI LAUNDRY | 27 | 2 |
| 3 | PELAYANAN DISTRIBUSI LINEN BERSIH DAN KOTOR | 12 | 3 |
| 4 | KEBERSIHAN PERMUKAAN LINGKUNGAN | 12 | 4 |
| 5 | PROSEDUR TINDAKAN TINDAKAN BERESIKO TINGGI | 12 | 5 |
| 6 | PENGELOLAAN SAMPAH/LIMBAH | 12 | 6 |
| 7 | PENYEDIAAN MAKANAN | 12 | 7 |
| 8 | PELAYANAN YANG MENGGUNAKAN PERALATAN YANG BERESIKO INFEKSI | 9 | 8 |
| 9 | PENGELOLAN KAMAR JENAZAH | 8 | 9 |

C. Plan Of Action (POA)

| NO | Jenis Kelompok Resiko | SKOR | PRIORITAS | TUJUAN UMUM | TUJUAN KHUSUS | STRATEGI | EVALUASI | PROGRES/ ANALISIS |
|----|--------------------------|------|-----------|-------------|------------------|----------|----------|----------------------|
|----|--------------------------|------|-----------|-------------|------------------|----------|----------|----------------------|

| | | | | | | | | |
|----|---|----|---|--|---|---|---|---|
| 1 | Pelayanan pengelolaan peralatan kesehatan di cssd | 27 | 1 | Mengetahui faktor resiko kejadian tertusuk jarum dan benda tajam kepada petugas | Mencegah penularan penyakit ke petugas cssd | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan monitoring kepatuhan serah terima pengelolaan peralatan medis di cssd 2. Evaluasi dokumen serah terima peralatan medis habis pakai di cssd 3. Lakukan pemeriksaan pasca pajanan pada petugas yang terpajan brnda tajam | <ol style="list-style-type: none"> 1. Telah dilaksanakan monitoring kepatuhan serah terima pengelolaan peralatan di cssd 2. Telah dilaksanakan pengecekan dokumentasi serah terima peralatan di cssd 3. Telah dilaksanakan pemeriksaan kesehatan petugas pasca pajanan terkena benda tajam | Hasil monitoring dan evaluasi terdapat 0% angka kejadian tertusuk jarum pada laporan triwulan IV oleh IPCN Petugas telah dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil pemeriksaan normal. |
| 2. | Pengelolaan linen dan laundry | 27 | 2 | Telaksananya pencucian linen infeksius yang sesuai untuk meminimalisasi resiko bagi pasien dan petugas | Proses pencucian linen infeksius sesuai standar | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi manajemen linen di laundry kepada petugas di unit kerja laundry 2. Revisi pengelolaan linen di laundry 3. Memonitoring | <ol style="list-style-type: none"> 1. Telah dilaksanakan sosialisasi manajemen linen di laundry 2. Telah dilaksanakan SPO terkait pengelolaan linen di laundry di revisi 3. Telah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi manajemen linen di laundry kepada petugas laundry sudah terlaksana 2. SPO terkait pengelolaan linen di laundry sudah di revisi oleh Kepala Ruangan Laundry 3. Monitoring |

| | | | | | | | | |
|----|---|----|---|--|--|---|--|---|
| | | | | | | pemilahan linen di unit kerja rawat inap | dilaksanakan evaluasi dan monitoring tentang pemilahan linen di unit kerja rawat inap | terkait pengelolaan linen di unit kerja rawat inap sudah mulai patuh dalam pemilahan linen infeksius dan non infeksius oleh IPCN |
| 3. | Kepatuhan penggunaan APD dalam pengelolaan linen di laundry | 18 | 3 | Terlaksananya pemakaian APD dalam pengelolaan linen di laundry | Kepatuhan petugas dalam pemakaian APD pada saat pengelolaan linen di laundry | <ol style="list-style-type: none"> 1. Re-sosialisasi pemakaian APD sesuai indikasi dan transmisi di laundry 2. Monitoring dan evaluasi kepatuhan petugas dalam pemakaian APD di laundry | <ol style="list-style-type: none"> 1. Terlaksananya re-sosialisasi kepada petugas laundry dalam pemakaian APD sesuai indikasi dan transmisi pada saat rapat berkala 4. Melakukan monitoring dan evaluasi kepatuhan petugas dalam pemakaian APD sesuai indikasi dan transmisi | Hasil monitoring dan evaluasi kepatuhan petugas dalam pemakaian APD sesuai indikasi, terdapat 100% petugas mengetahui pemakaian APD sesuai indikasi dan transmisi oleh IPCN |
| 4. | Pelayanan distribusi linen bersih dan kotor | 12 | 4 | Terselenggaranya pengelolaan distribusi linen bersih dan kotor | Kepatuhan petugas dalam pelaksanaan pengelolaan distribusi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan pendistribusian linen bersih dan kotor mulai dari ruangan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan monitoring pelaksanaan pendistribusian linen bersih dan kotor mulai dari | Hasil monitoring dan evaluasi kepatuhan dalam pengelolaan linen terkait pendistribusian |

| | | | | | | | | |
|----|-----------------------------------|----|---|--|---|--|--|---|
| 5. | Kebersihan permukaan lingkungan | 12 | 5 | Terselenggaranya kebersihan permukaan lingkungan | <p>linen bersih dan kotor</p> <p>Mencegah terjadinya infeksi silang dengan teknik desinfeksi yang standar</p> | <p>rawatan ke ruangan laundry sesuai alur</p> <p>2. Lakukan audit bulanan pendistribusian linen bersih dan kotor</p> <p>1. Lengkapi sarana dan prasarana untuk desinfeksi lingkungan</p> <p>2. Lakukan monitoring dan evaluasi terkait kebersihan lingkungan</p> | <p>ruangan rawatan ke ruangan laundry sesuai alur</p> <p>2. Melakukan audit bulanan pendistribusian linen bersih dan kotor</p> <p>1. Mengajukan usulan kelengkapan sarana dan prasarana kepada manajemen</p> <p>2. Melakukan monitoring dan evaluasi terkait kebersihan lingkungan</p> | <p>linen bersih dan kotor sudah terlaksana oleh IPCN dan Kepala Ruangan Laundry</p> <p>Hasil monitoring evaluasi terkait kebersihan lingkungan sudah terlaksana dengan baik dan telah dilakukan pengusulan pengadaan sarana dan prasarana kepada manajemen dan vendor oleh Kepala Ruangan</p> |
| 6. | Prosedur tindakan beresiko tinggi | 12 | 6 | Proses kegiatan di area beresiko tinggi infeksi sesuai SPO | <p>Mencegah terjadinya infeksi penyakit menular dan tertusuk benda tajam terkait tindakan yang dilakukan</p> | <p>1. Lakukan monitoring dan audit bulanan ke unit kerja resiko tinggi</p> <p>2. Monitoring kepatuhan pelaksanaan tindakan sesuai SPO</p> | <p>1. Melakukan monitoring dan audit bulanan ke unit kerja resiko tinggi</p> <p>2. Melakukan monitoring kepatuhan pelaksanaan tindakan</p> | <p>Hasil monitoring dan evaluasi terkait tindakan yang beresiko tinggi sudah dilaksanakan oleh IPCN</p> |

| | | | | | | | | |
|----|--------------------|----|---|---|--|--|--|--|
| 7. | Pengelolaan sampah | 12 | 7 | Terselenggaranya manajemen sampah yang sesuai standar | pada area resiko tinggi Terjaganya kebersihan lingkungan rumah sakit yang aman dan nyaman | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung ketersediaan sarana dan prasarana di bagian unit kerja 2. Lengkapi sarana dan prasarana, alur dan prosedur 3. Lakukan monitoring dan evaluasi terkait pengelolaan sampah | <p>penmilahan benda tajam sesuai SPO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghitung ketersediaan sarana dan prasarana per bulan 2. Mengajukan usulan melengkapi sarana dan prasarana, alur dan prosedur 3. Lakukan monitoring dan evaluasi terkait pengelolaan sampah | Hasil monitoring dan evaluasi terkait pengelolaan sampah sudah dilaksanakan oleh IPCN |
| 8. | Penyediaan makanan | 12 | 8 | Terselenggaranya penyehatan dan pengelolaan sanitasi dan hygiene makanan sesuai standar | Mencegah terjadinya infeksi silang | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lengkapi sarana dan prasarana terkait penyediaan makanan 2. Lakukan monitoring dan evaluasi audit kepatuhan pengelolaan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkapi sarana dan prasarana terkait penyediaan makanan 2. Makukan monitoring dan evaluasi audit kepatuhan pengelolaan | <p>Hasil monitoring evaluasi dan monitoring pengelolaan sanitasi hygiene makanan sesuai standar oleh IPCN</p> <p>Hasil monitoring dan evaluasi penggunaan peralatan beresiko infeksi telah</p> |

| | | | | | | | | |
|-----|--|---|----|--|---|---|---|--|
| 9. | Pelayanan yang menggunakan peralatan yang beresiko infeksi | 9 | 9 | Penggunaan peralatan beresiko infeksi sesuai SPO | Mencegah terjadinya infeksi terhadap pemasangan nasal prong | sanitasi hygiene makanan sesuai standar 1. Lengkapi sarana dan prasarana kepada manajemen 2. Lakukan monitoring dan evaluasi terkait tindakan penggunaan peralatan beresiko infeksi | sanitasi hygiene makanan sesuai standar 1. Melengkapi sarana dan prasarana kepada manajemen 2. Melakukan monitoring dan evaluasi terkait tindakan penggunaan peralatan beresiko infeksi | dilaksanakan oleh IPCN dan IPCLN Hasil evaluasi dan monitoring oleh IPCN, telah dilaporkan usulan perbaikan atau kalibrasi penyimpanan atau kulkas jenazah. |
| 10. | Pengelolaan kamar jenazah | 8 | 10 | Terselenggaranya pemantauan suhu kulkas jenazah | Memonitoring suhu penyimpanan/ kulkas jenazah | 1. Lengkapi sarana dan prasarana untuk pemulasaran jenazah 2. Tersedianya staf di pemulasaran jenazah 3. Lakukan monitoring dan evaluasi terkait pemulkasara | 1. Melengkapi sarana dan prasarana untuk penyimpanan jenazah 2. Memenuhi standar staf di pemulasaran jenazah 3. Melakukan monitoring dan evaluasi terkait pemulkasara | |

BAB III

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Dari risk assesment program PPI, grading tertinggi yaitu penerapan pencegahan infeksi dari petugas yang masih kurang di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

B. Rekomendasi

1. Melakukan pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, menilai dan menyusun prioritas risiko, dengan tujuan untuk menghilangkan atau meminimalkan dampaknya dari suatu proses perawatan, pengobatan ataupun pelayanan yang diberikan.
2. Melakukan evaluasi terhadap setiap resiko yang sudah dilakukan identifikasi.

BAB IV PENUTUP

RSUD Dr. Muhammad Zein Painan secara proaktif telah melaksanakan pengkajian resiko pengendalian infeksi (ICRA) setiap tahunnya terhadap tingkat dan kecendrungan infeksi dan masalah layanan kesehatan, berfokus pada penggunaan infeksi di pelayanan kesehatan.

Dengan ICRA ini, diharapkan keberhasilan pelaksanaan program pengkajian risiko infeksi atau Infection Control Risk Assesment (ICRA) program PPI dapat terukur dengan baik dan kepatuhan penerapan oleh petugas melalui, audit, monitoring, dan evaluasi yang dilakukan oleh Komite PPI terlaksana dengan baik, sehingga pelaksanaan kegiatan tetap pada jalurnya yaitu sesuai dengan pedoman dan perencanaan program dalam rangka pencegahan dan pengendalian infeksi, dan juga untuk mengetahui hambatan dan penyimpangan yang terjadi sebagai masukan bagi RSUD Dr.Muhammad Zein Painan dalam melakukan perbaikan.

Painan, 18 Januari 2023

IPCN



Ns. Yoshi Ekadianti, S.Kep

IPCN



Ns. Cici Chamila Sari, S.Kep

IPCN



Ns. Salli Dannavrikha, S.Kep

Mengetahui
Ketua Komite PPI



dr. Evi Soviaty, Sp.PK

