

# **LAPORAN MONITORING DAN EVALUASI**

---

**Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi  
(PPI) Triwulan IV  
(Oktober, November, Desember 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

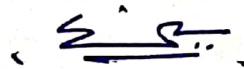
Segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan kemudahan sehingga kami dapat menyelesaikan **Laporan Monitoring Dan Evaluasi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Triwulan IV Tahun 2020.**

Laporan ini menyajikan data, analisa dan rekomendasi untuk menindaklanjuti permasalahan yang terkait dengan pelaksanaan program PPI pada triwulan IV 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, 07 Januari 2021  
Ketua Komite PPI



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

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Berdasarkan hasil survey di Rumah Sakit Amerika Serikat didapati angka kejadian HAIs mencapai 722,000 di unit rawat akut dan 75.000 pasien meninggal karena HAIs (*Center for Disease Control/CDC, 2016*). Kejadian HAIs juga terjadi di Indonesia. Pada beberapa penelitian di Indonesia, masih juga banyak terdapat HAIs. Dari hasil survey yang dilakukan oleh Perdalim dan Rumah Sakit di DKI Jakarta didapat angka infeksi HAIs untuk kejadian IDO (18,9%), ISK (15, ‰), IADP (26,46 ‰), VAP (24,5 ‰), Plebitis (21‰ ), (Kemenkes RI,2001)

Gambaran HAIs di Indonesia hingga saat ini belum begitu jelas karena penanganan secara nasional baru saja dimulai. Hasil survey point prevalensi dari 11 Rumah Sakit (RS) di DKI Jakarta yang dilakukan oleh Perdalim (Persatuan Pengendalian Infeksi) Jaya dan RS Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso Jakarta didapatkan angka infeksi nosokomial untuk Infeksi Daerah Operasi (SSI) 18,9%, Infeksi Saluran Kemih (ISK) 15,1%, Infeksi Aliran Darah Primer (IDO) 26,4%, Pneumonia 24,5% dan Infeksi Saluran Napas lain 25,1% serta Infeksi lain 32,1%. Terkait masalah dan akibat infeksi nosokomial yang ditimbulkan, maka perlu ditingkatkan pengendalian infeksi nosokomial dan kesehatan lingkungan.

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 IV bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan melalui Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang dilaksanakan oleh semua unit dengan meliputi kualitas pelayanan, management resiko, clinical governance, serta kesehatan dan keselamatan kerja.

### **2. Tujuan Khusus**

- Tercapainya pelaksanaan penerapan kewaspadaan isolasi yang terdiri dari kewaspadaan isolasi yang terdiri dari kewaspadaan standard dan kewaspadaan transmisi.
- 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 samplingan
    - 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
- Perbaikan 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
- Perbaikan system pengelolaan linen dan *laundry* dari seting ruangan, alur, dan sistem pendistribusiannya
- Pemantauan pengelolaan linen dari pencucian (pre-cleaning, cleaning), pengeringan, penyetrikaan 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 pajanan
  - 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 IV TAHUN 2020**

N O	SATUAN KERJA TARGET	OKTOBER			NOVEMBER			DESEMBER		
		N	D	‰	N	D	‰	N	D	‰
1	ICU	0	1	0.000	0	0	0.000	0	0	0.000
	RERATA (‰)			<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 :

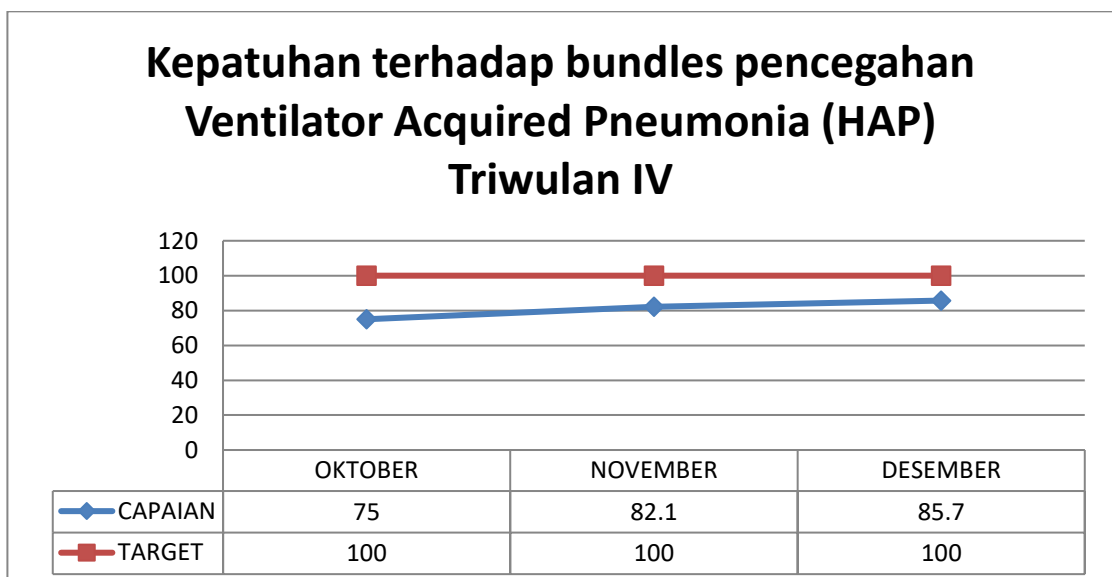
Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat Insiden Rate Ventilator Associated Pneumonia (VAP) pada triwulan IV tahun 2020 adalah 0 (nol).

b. Data insiden rate HAP

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

N O	SATUAN KERJA TARGET	OKTOBER			NOVEMBER			DESEMBER		
		N	D	‰	N	D	‰	N	D	‰
1	ICU	0	0	0.000	0	0	0.000	0	0	0.000
2	NEUROLOGI	0	83	0.000	0	67	0.000	0	62	0.000
3	HCU INTERNE	0	22	0.000	0	99	0.000	0	57	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 Hospital Acquired pneumonia (HAP) pada Triwulan IV tahun 2020 tidak terjadi (0‰) dengan lama hari pasien tirah baring 390 hari dengan jumlah pasien tirah baring 84. Kejadian HAP pada Triwulan IV 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 IV TAHUN 2020**

N O	SATUAN KERJA TARGET	OKTOBER			NOVEMBER			DESEMBER		
		N	D	‰	N	D	‰	N	D	‰
1	PERINA	0	0	0.000	0	0	0.000	0	0	0.000
	RERATA (‰)			<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 :

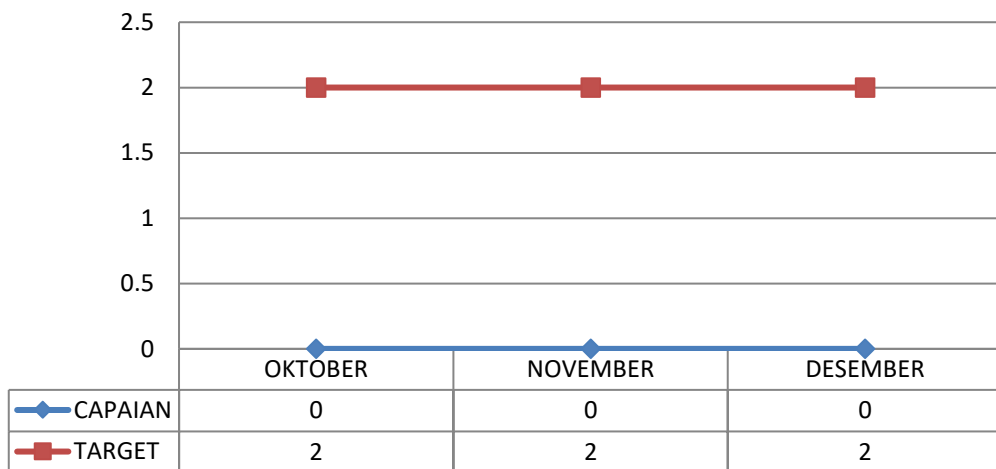
1. Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat Insiden Rate Infeksi Aliran Darah (IAD) pada triwulan IV tahun 2020 adalah 0 (nol), karena tidak ada kasus ditemukan. Untuk IAD di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan yang dihitung adalah pemasangan umbilical pada bayi di ruang Perina.

d. Data insiden rate IDO

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

N O	SATUAN KERJA TARGET	OKTOBER			NOVEMBER			DESEMBER		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	KEBIDANAN	0	57	0.00	0	55	0.00	0	50	0.00
2	BEDAH	0	118	0.00	0	52	0.00	0	64	0.00
	RERATA (%)			<b>0,00</b>			<b>0,00</b>			<b>0,00</b>
	STANDAR			<b>2</b>			<b>2</b>			<b>2</b>
	KETERANGAN			<b>RENDAH</b>			<b>RENDAH</b>			<b>RENDAH</b>

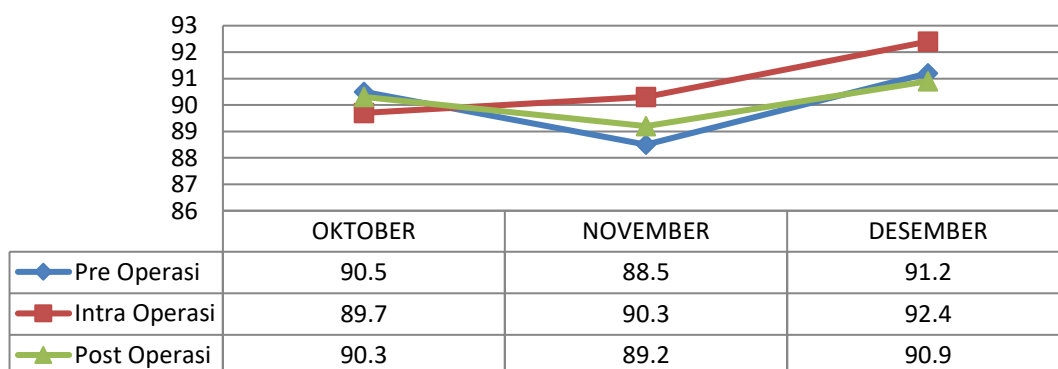
### Insiden Rate Infeksi Daerah Operasi (IDO) Triwulan IV Tahun 2020



Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat Insiden Rate Infeksi daerah Operasi (IDO) pada triwulan IV 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 :

### KEPATUHAN TERHADAP BUNDLES PENCEGAHAN IDO TRIWULAN IV TAHUN 2020



**Analisa :**

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka kepatuhan terhadap penerapan bundles pencegahan Infeksi Daerah Operasi (IDO) pada Triwulan IV tahun 2020 belum sesuai standar yang ditetapkan (100%). Dimana angka yang terendah pada bulan Oktober 2020 di penerapan bundles IDO pre operasi (88,5%). Bulan Desember terjadi peningkatan pengisian bundles IDO Intra Operasi (92,4%). Rata-rata kepatuhan petugas dalam menerapkan bundles pencegahan IDO adalah 90,3%. Pemberian antibiotik profilaksis belum bisa terkoordinir dalam waktu pemberian. Pemeriksaan gula darah yang rutin dilaksanakan hanya untuk pasien usia  $\geq 40$  tahun ke atas.

**Rekomendasi :**

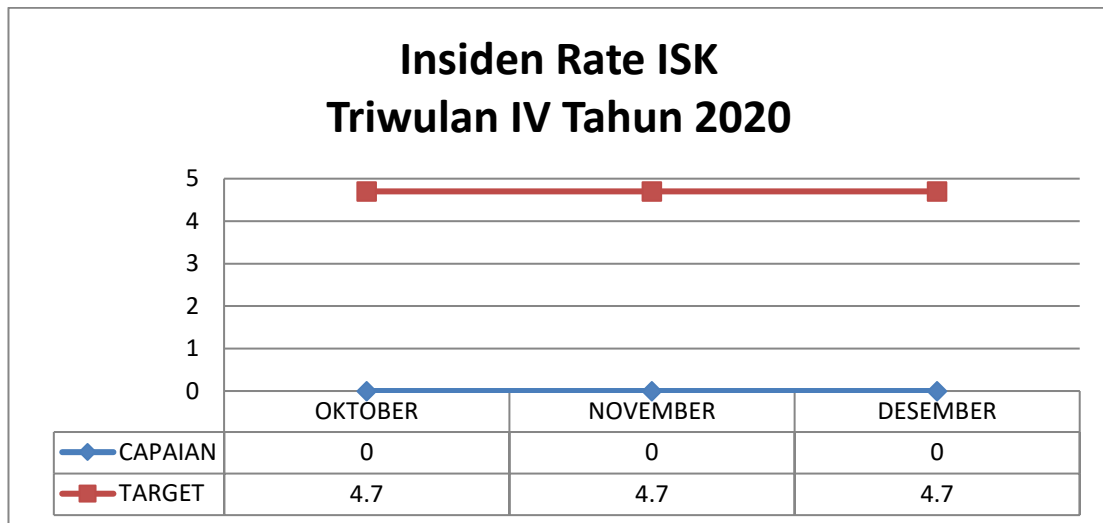
Perlu pemberian antibiotik profilaksis 1 jam sebelum operasi, pemeriksaan gula darah terhadap semua calon pasien operasi dan tingkatkan monitoring evaluasi dari IPCN serta petugas kesehatan yang memberikan asuhan pada pasien yang operasi serta meningkatkan sosialisasi tentang bundles IDO.

**e. Data insiden rate ISK**

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

N O	SATUAN KERJA TARGET	OKTOBER			NOVEMBER			DESEMBER		
		N	D	‰	N	D	‰	N	D	‰
1	KEBIDANAN	0	125	0.000	0	63	0.000	0	104	0.000
2	PERINA	0	0	0.000	0	0	0.000	0	0	0.000
3	BEDAH	0	42	0.000	0	27	0.000	0	130	0.000
4	ICU	0	21	0.000	0	59	0.000	0	65	0.000
5	VIP	0	19	0.000	0	17	0.000	0	4	0.000
6	INTERNE	0	97	0.000	0	135	0.000	0	92	0.000
7	ANAK	0	3	0.000	0	5	0.000	0	0	0.000
8	ISOLASI PINERE	0	152	0.000	0	4	0.000	0	7	0.000
9	PARU	0	23	0.000	0	16	0.000	0	8	0.000
10	NEURO	0	88	0.000	0	69	0.000	0	61	0.000
RERATA (‰)				<b>0,00</b>			<b>0,00</b>			<b>0,00</b>

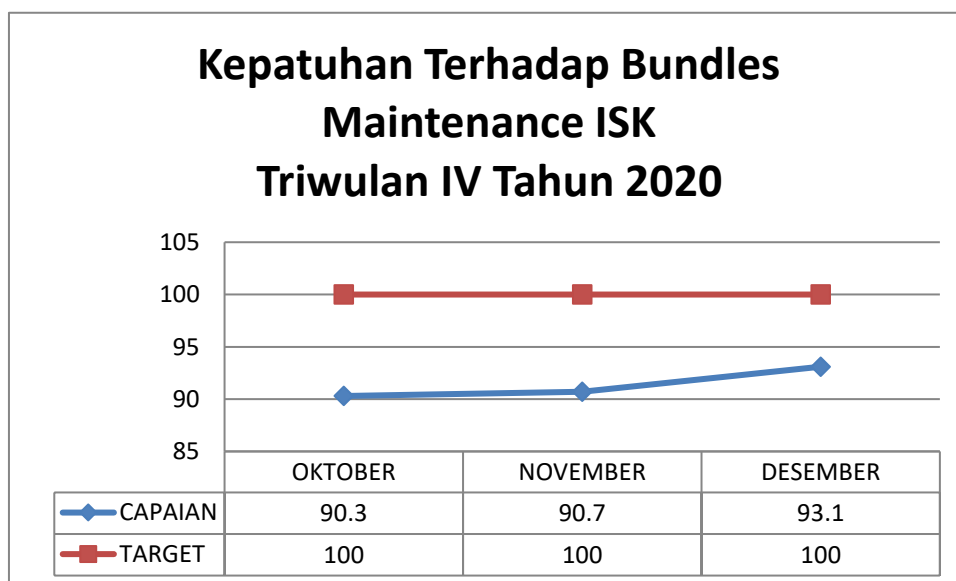
STANDAR			$\leq 4,7$			$\leq 4,7$			$\leq 4,7$
KETERANGAN			RENDAH			RENDAH			RENDAH



Interprestasi :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat Insiden Rate Infeksi Saluran Kemih (ISK) pada triwulan IV 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 :



Interprestasi :

Berdasarkan grafik di atas, menunjukan bahwa nilai tertinggi adalah nilai

Analisa :

1. Tidak ada tersedianya jelly steril sekali pakai.
2. Teknik steril yang tidak dilakukan, terlihat petugas membawa alat2 tanpa troly dan meletakkan peralatan di atas tempat tidur pasien.

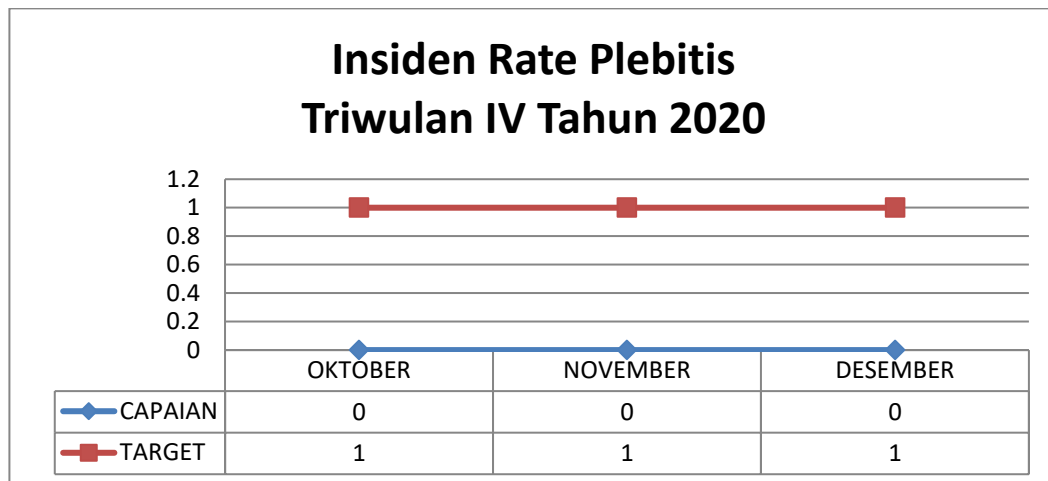
Rekomendasi :

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

f. Data insiden rate phlebitis

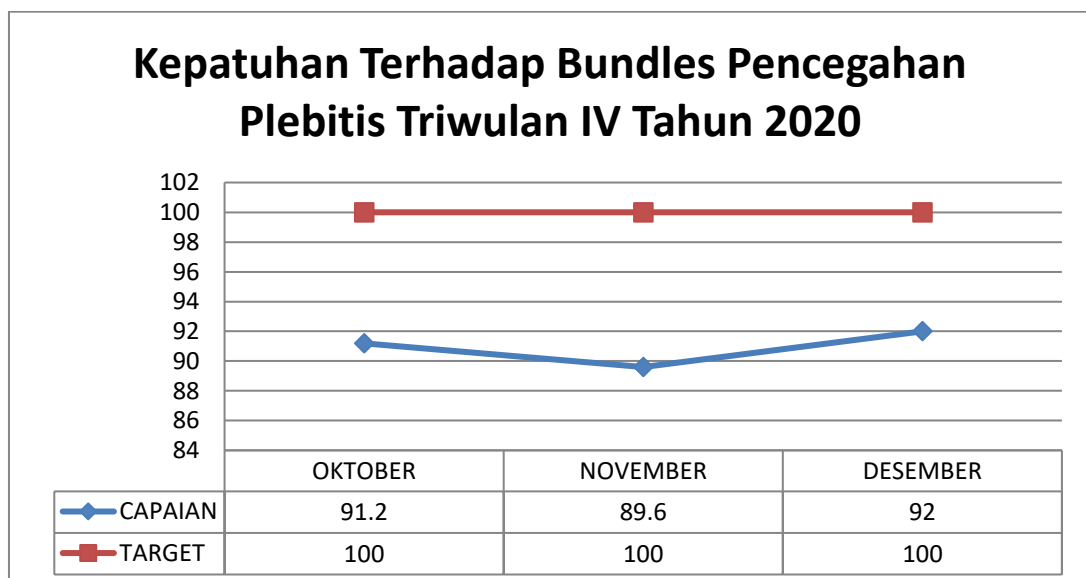
**TABEL  
INSIDEN RATE PLEBITIS  
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN  
TRIWULAN IV TAHUN 2020**

N O	SATUAN KERJA TARGET	OKTOBER			NOVEMBER			DESEMBER		
		N	D	‰	N	D	‰	N	D	‰
1	KEBIDANAN	0	243	0.000	0	113	0.000	0	222	0.000
2	PERINA	0	122	0.000	0	169	0.000	0	116	0.000
3	BEDAH	0	509	0.000	0	324	0.000	0	576	0.000
4	ICU	0	68	0.000	0	65	0.000	0	83	0.000
5	VIP	0	38	0.000	0	78	0.000	1	66	0.
6	INTERNE	0	225	0.000	0	392	0.000	0	326	0.000
7	ANAK	0	87	0.000	0	78	0.000	0	102	0.000
8	ISOLASI PINERE	0	513	0.000	0	328	0.000	0	383	0.000
9	PARU	0	165	0.000	0	166	0.000	0	154	0.000
10	NEURO	0	144	0.000	0	103	0.000	0	101	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>



Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat Insiden Rate plebitis pada triwulan IV 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 :



Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan bundles pencegahan plebitis pada Triwulan IV 2020 masih cenderung naik namun belum sesuai dengan standar yang ditetapkan (100,00%) dimana angka yang tertinggi terdapat pada bulan Desember 2020 ( 92%) dan angka yang terendah terjadi pada bulan November 2020 (89,6%). Rata rata kepatuhan petugas dalam menerapkan bundles pencegahan plebitis Triwulan IV 2020 adalah 90,9%.

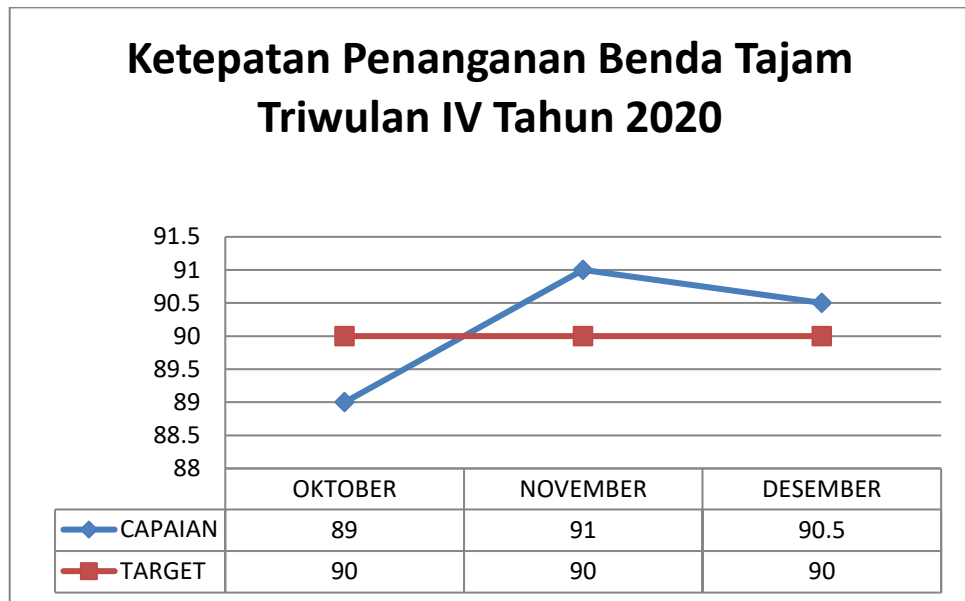
Tidak tercapainya target kepatuhan penerapan bundles plebitis (100%) disebabkan dimana masih ditemukan oleh IPCN penggantian tempat insersi bila  $\geq 3$  hari tidak dilakukan dengan alasan pasien dan ceklist supervise tidak ada dilakukan. Ukuran transparan dressing untuk anak2 tidak tersedia.

Rekomendasi :

- Lakukan pemantauan supervisi sehingga penerapan bundles phlebitis bisa dilaksanakan dengan tepat.
- Perlu ditingkatkan monitoring dan evaluasi dari IPCN
- Mengajukan pengadaan transparan dessing untuk anak2
- 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 :**

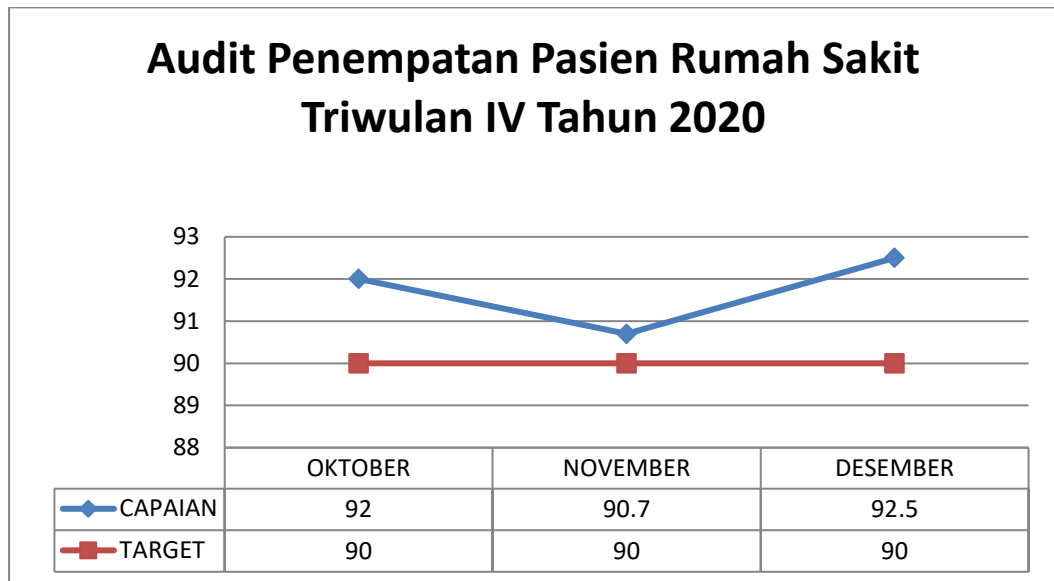
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka ketepatan penanganan benda tajam di satuan kerja pada Triwulan IV tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata ketepatan penanganan benda tajam di satuan kerja pada Triwulan IV adalah 90,1%. Belum terlaksana serah terima safety box antara cleaning service ruangan dengan petugas TPS dengan alasan jadwal petugas TPS tidak jelas, dan sering tidak berada di tempat.

**Rekomendasi :**

- Koordinasi dengan staf kesling dalam pengaturan serah terima safety box.

### **3. Penempatan Pasien**

Supervisi dan monitoring/evaluasi penempatan pasien.



#### Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat audit penempatan pasien pada Triwulan IV tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata audit penempatan pasien pada Triwulan IV adalah 91,7%.

Hal ini disebabkan karena skrining batuk dan penerapan etika batuk yang sudah berjalan dengan maksimal, sehingga pasien di rawat di ruangan, setelah dilakukan skrining pasien diletakkan sesuai penempatan pasien.

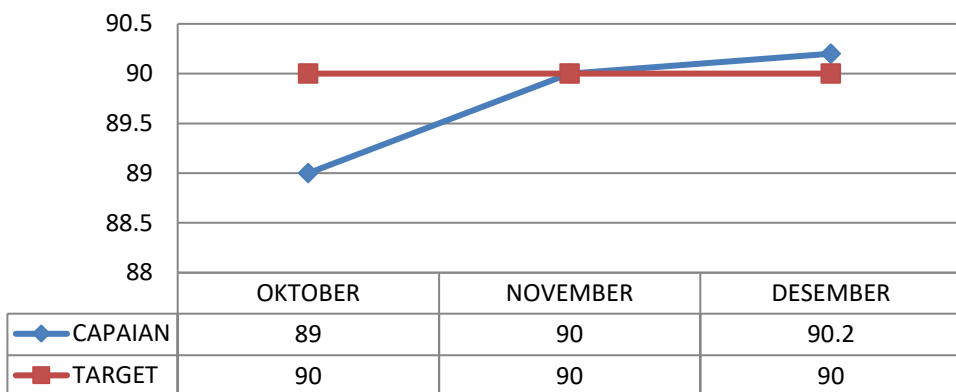
#### Rekomendasi :

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)

### Kepatuhan Proses Penyuntikkan yang Aman Triwulan IV Tahun 2020



#### Analisa :

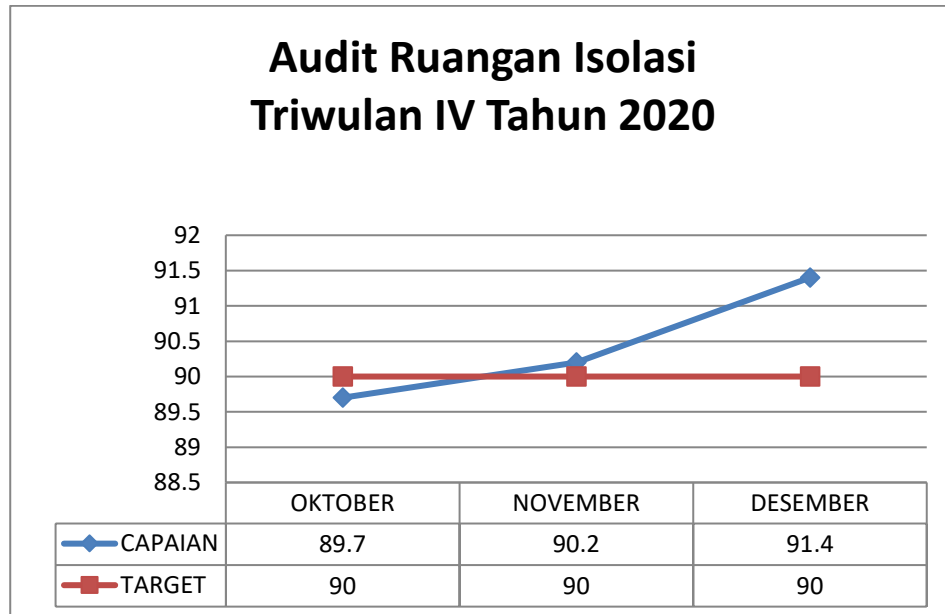
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka kepatuhan proses penyuntikkan yang aman pada Triwulan IV tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan proses penyuntikkan yang aman pada Triwulan IV adalah 89,7%. Hal ini disebabkan karena belum ada ruangan khusus proses pengaplusan 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 :

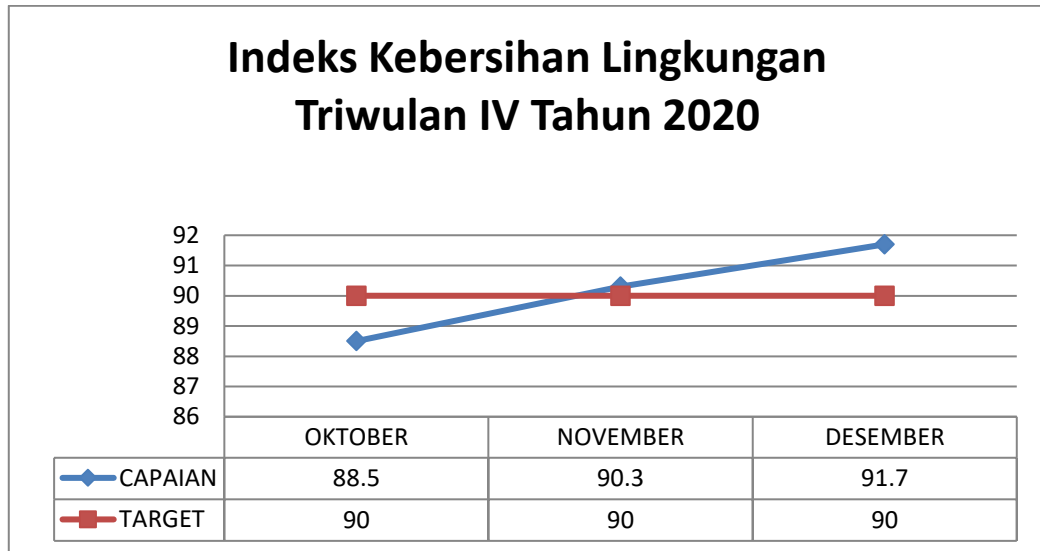
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat audit ruangan isolasi pada Triwulan IV tahun 2020 meningkat dari Oktober sampai dengan Desember 2020. Triwulan IV ini belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Hal ini disebabkan petugas masih ada yang tidak menggunakan APD, pintu anteroom masih ada ditemukan terbuka. Magnehelic belum terpasang, sehingga tidak bisa mengukur tekanan udara ruangan.

Rekomendasi :

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

## 6. Kebersihan Lingkungan

Supervisi dan monitoring/evaluasi kebersihan lingkungan



### Analisa :

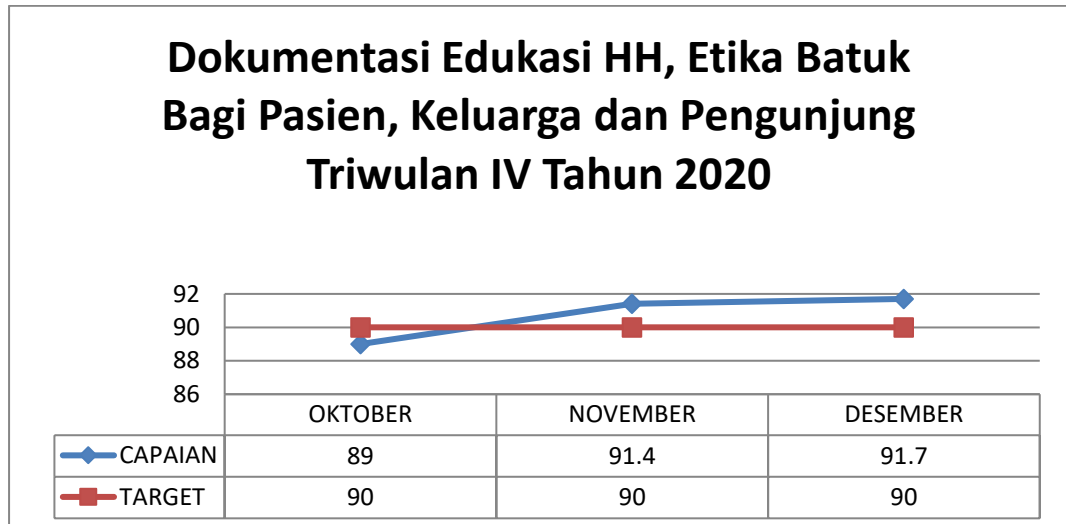
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat indeks kebersihan lingkungan pada Triwulan IV pada bulan November dan Desember 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Secara umum kebersihan lingkungan dapat terpenuhi, namun untuk pengukuran kualitas udara dan kualitas air belum dilakukan sesuai standar. 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. Lakukan pembahasan dalam rapat ICRA bangunan terkait saluran drainase saluran air selokan supaya tidak tersumbat.

## 7. Dokumentasi Edukasi PPI bagi Pasien dan Keluarga

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



Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat dokumentasi edukasi hand hygiene, etika batuk bagi pasien, keluarga dan pengunjung Triwulan IV tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata dokumentasi edukasi adalah 90,7%.

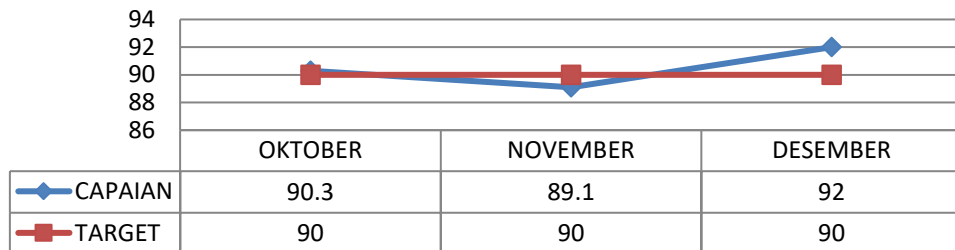
Rekomendasi :

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 IV Tahun 2020



#### Analisa :

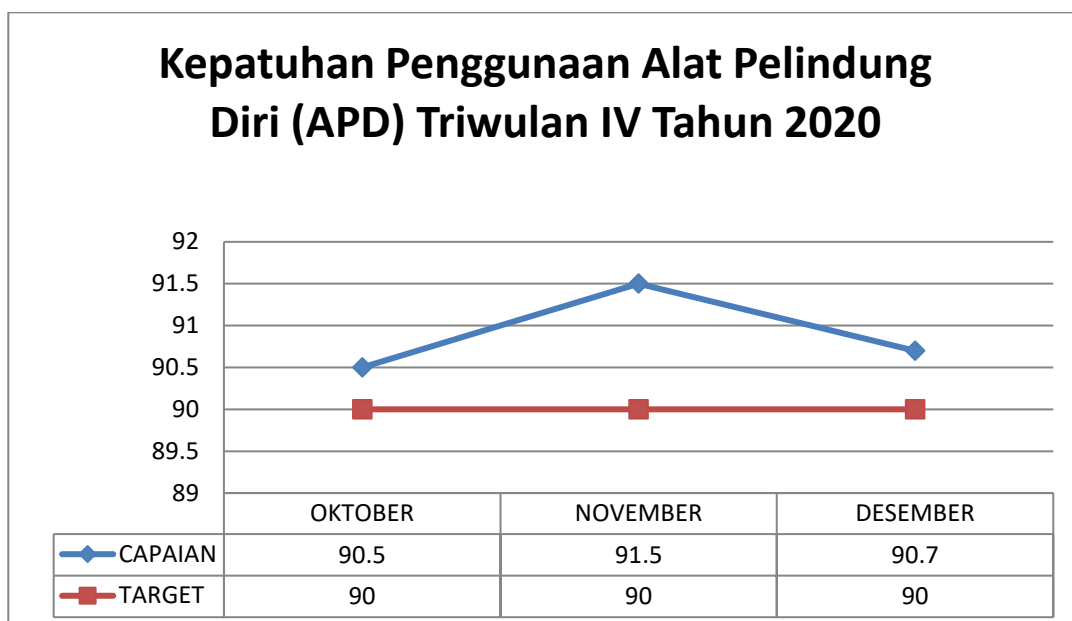
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat pelaksanaan edukasi hand hygiene, etika batuk bagi pasien, keluarga dan pengunjung Triwulan IV tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata pelaksanaan edukasi adalah 90,4%.

#### 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)



#### Analisa :

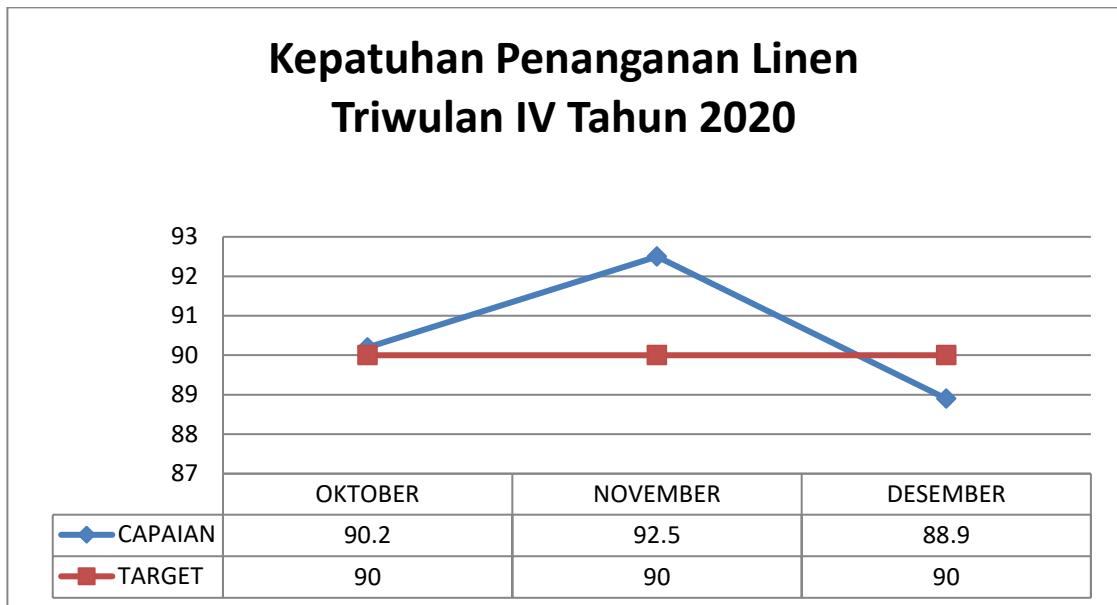
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Triwulan IV tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan penggunaan APD adalah 90,9%. Angka kepatuhan tertinggi pada bulan November 2020.

#### 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.



#### Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penanganan linen di satuan kerja Triwulan IV tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90,5%), Masih ditemukan kapasitas troly linen kotor yang melimpah dan juga pada saat mengangkat kantong linen dari ember ke trolley, kantong linen tidak diikat.

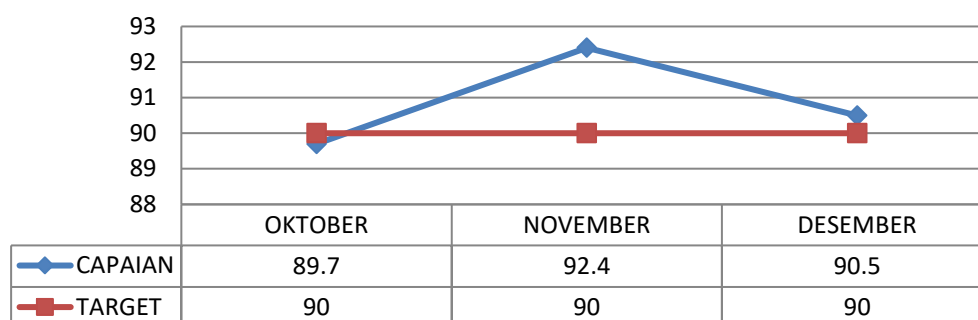
#### Rekomendasi :

Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan IPCLN tentang kepatuhan pengisian kantong linen  $\frac{3}{4}$  penuh dan di ikat langsung.

### 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 IV Tahun 2020



#### Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan pengelolaan darah serta komponen darah, cairan tubuh infeksius Triwulan IV tahun 2020 pada bulan November tertinggi (92,4%). Rata-rata kepatuhan pengelolaan darah serta komponen darah, cairan tubuh infeksius adalah 90,8%.

#### 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 :

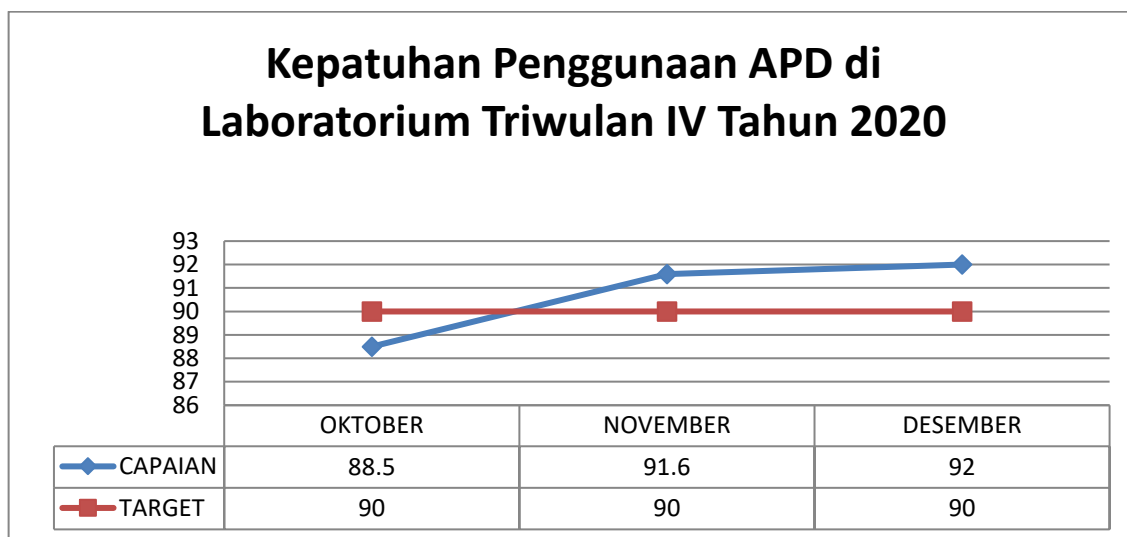
Pada Triwulan IV tahun 2020 tidak ada kegiatan pemulasaran jenazah, hanya ada pemulasaran jenazah covid-19 dengan teknik tayamum di ruangan rawatan dimana tempat pasien tersebut meninggal. Untuk kepatuhan penggunaan APD pada Triwulan IV tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Angka kepatuhan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

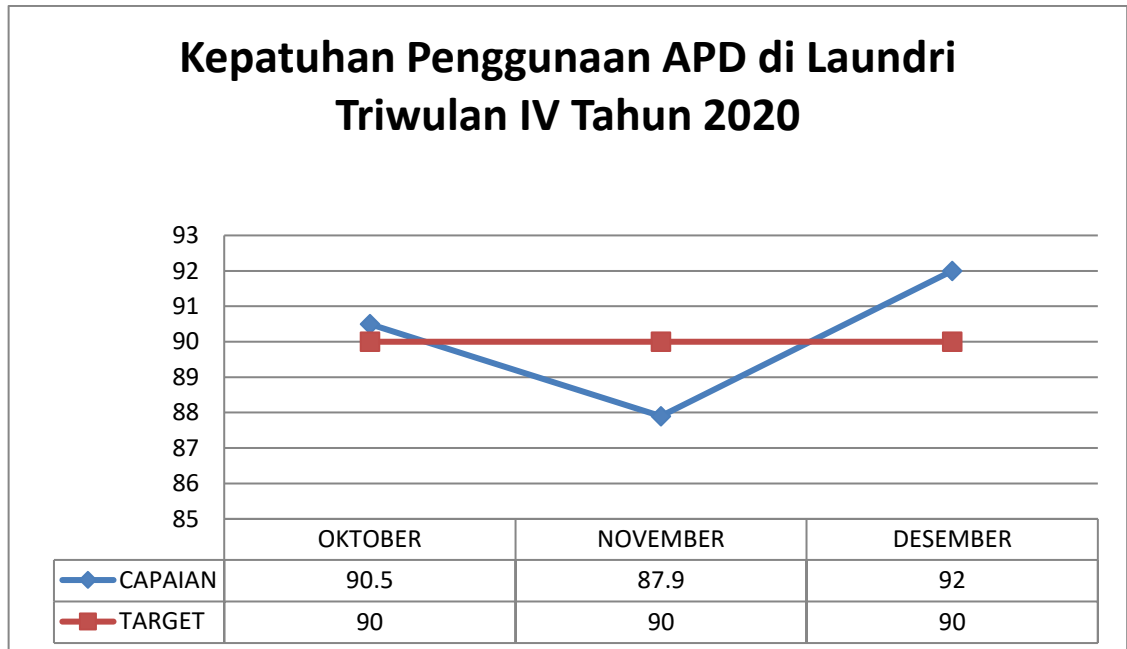
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Laboratorium Triwulan IV tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan pada bulan November dan Desember (90%). Rata-rata kepatuhan penggunaan APD adalah 90,7%. Hal ini disebabkan petugas masih tidak menggunakan sepatu boot dalam melakukan pemeriksaan sampel.

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 :

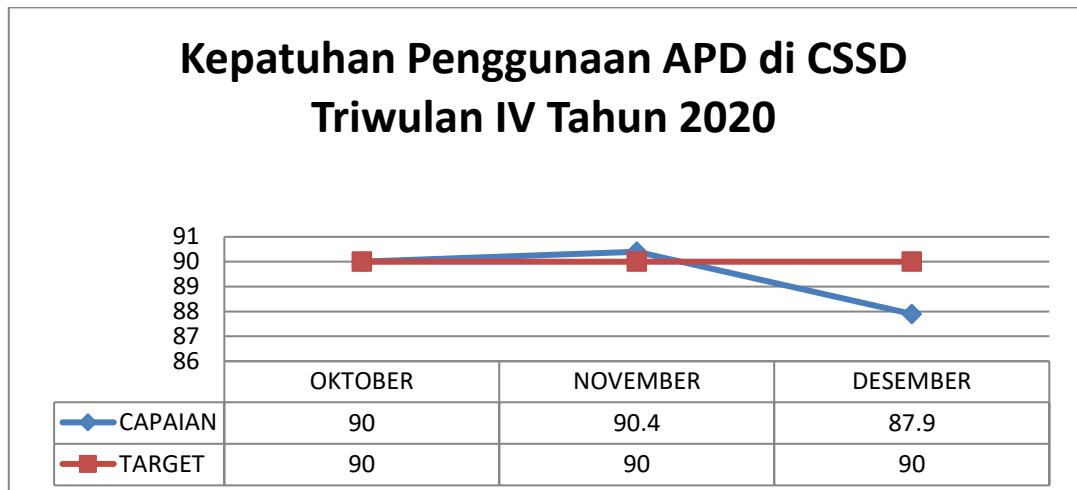
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Laundry Triwulan IV tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan penggunaan APD adalah 90,1%. Ditemukan petugas laundry tidak menggunakan goggle pada saat menerima linen kotor dan pencucian dengan alasan tidak nyaman.

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 IV tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan penggunaan APD adalah 89,4%. Hal ini disebabkan karena petugas belum patuh menggunakan goggle dan masih ditemukan petugas CSSD tidak menggunakan sarung tangan latex pada saat melakukan pencucian, dan juga tidak memakai sepatu boot.

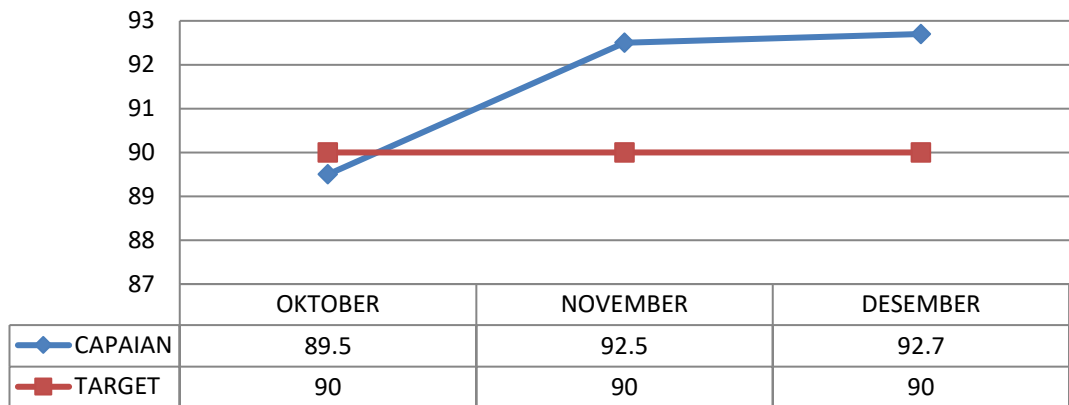
**Rekomendasi :**

Edukasi kepatuhan petugas dalam penggunaan APD sesuai indikasi..  
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.

### Kepatuhan Penggunaan APD di Gizi Triwulan IV Tahun 2020



#### Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Gizi Triwulan IV tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%) yaitu terjadi peningkatan pada bulan Desember 92,7 %. Rata-rata kepatuhan penggunaan APD adalah 91,5%.

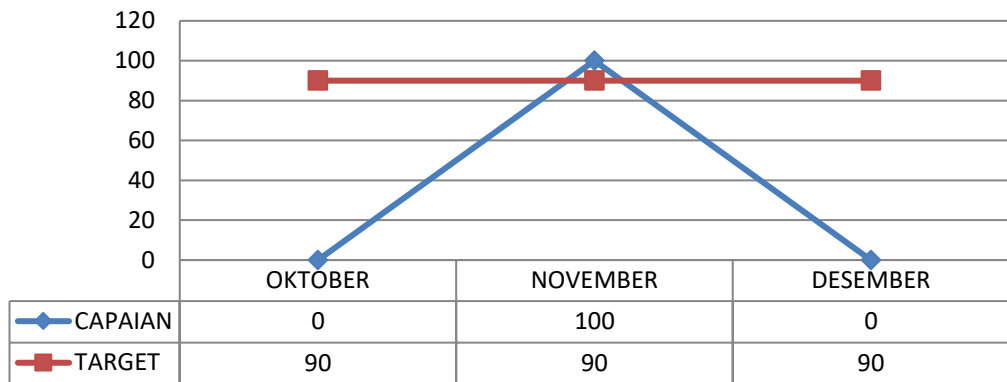
#### Rekomendasi :

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 IV Tahun 2020



#### Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka penanganan jenazah di unit pemulasaran jenazah pada Triwulan IV tahun 2020 100%, ini sudah mencapai target dalam penanganan jenazah di unit pemulasaran jenazah.

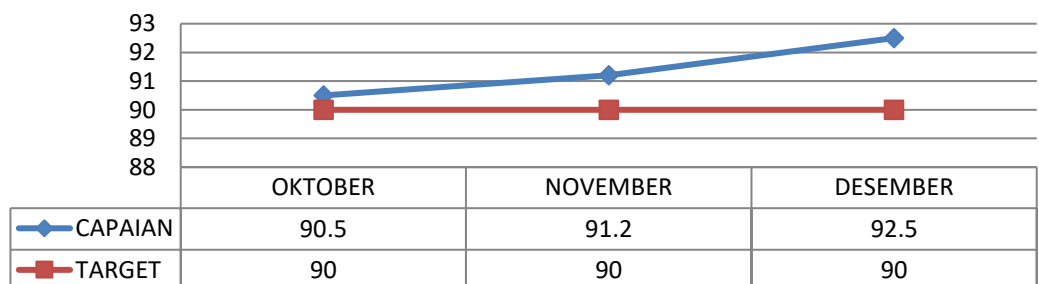
#### Rekomendasi :

Supervisi dan monitoring IPCN dan PJ Instalasi pemulasaran jenazah.

### 18. Ketepatan Penanganan Linen di Laundry

Supervisi dan monitoring/evaluasi ketepatan penanganan linen di Laundry

### Ketepatan Penanganan Linen Rumah Sakit Triwulan IV Tahun 2020



#### Analisa :

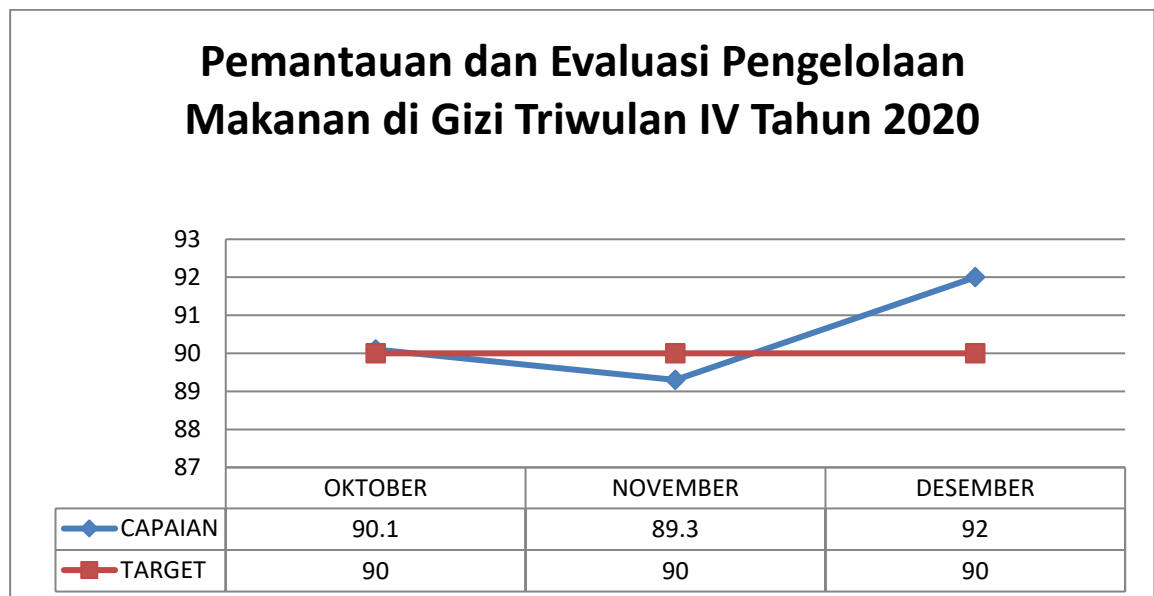
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka kepatuhan penanganan linen, pencegahan dan pengendalian infeksi di Laundry pada Triwulan IV tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Kepatuhan penanganan linen rendah pada bulan Oktober yaitu 90,5%, karena pemenuhan kebutuhan linen yang tidak sesuai dengan linen masuk dan linen keluar. Rata-rata ketepatan penanganan linen Rumah Sakit Triwulan IV Tahun 2020 yaitu 91,4%.

#### 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 lapor 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 IV tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%), dengan capaian rata-rata yaitu 90,4%.

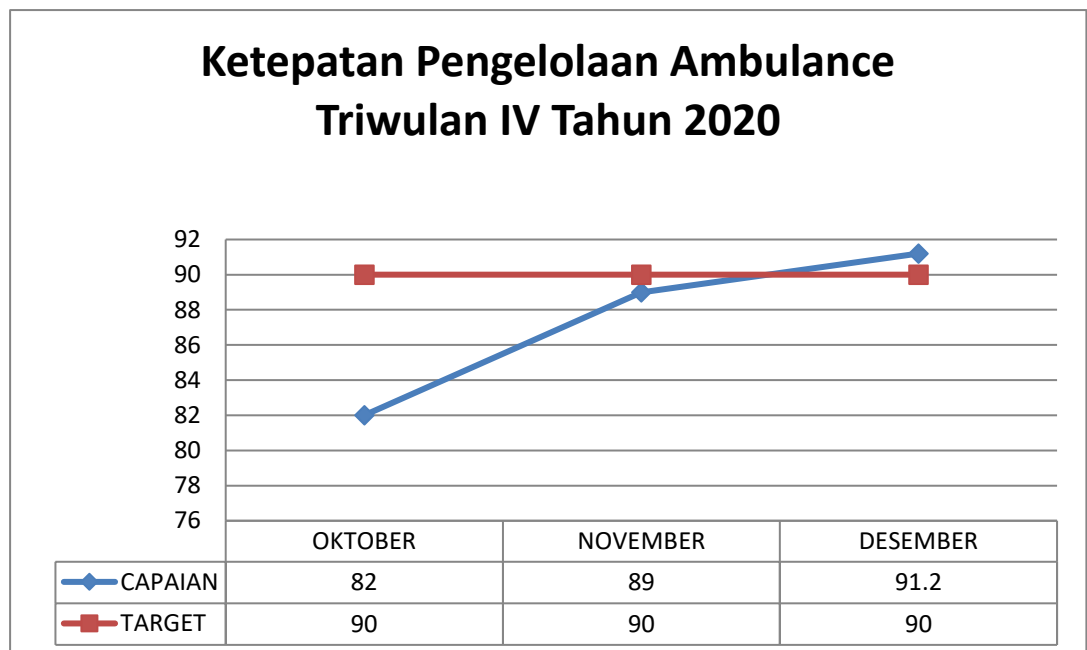
Permasalahan yang masih ditemukan, Air panas untuk perendaman tidak memadai, sirkulasi udara tidak bagus akibat ada bangunan gedung baru, vektor masih ada.

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.

20. Audit Ambulance

Supervisi dan Monitoring/ evaluasi ketepatan pengelolaan ambulance.



Analisa :

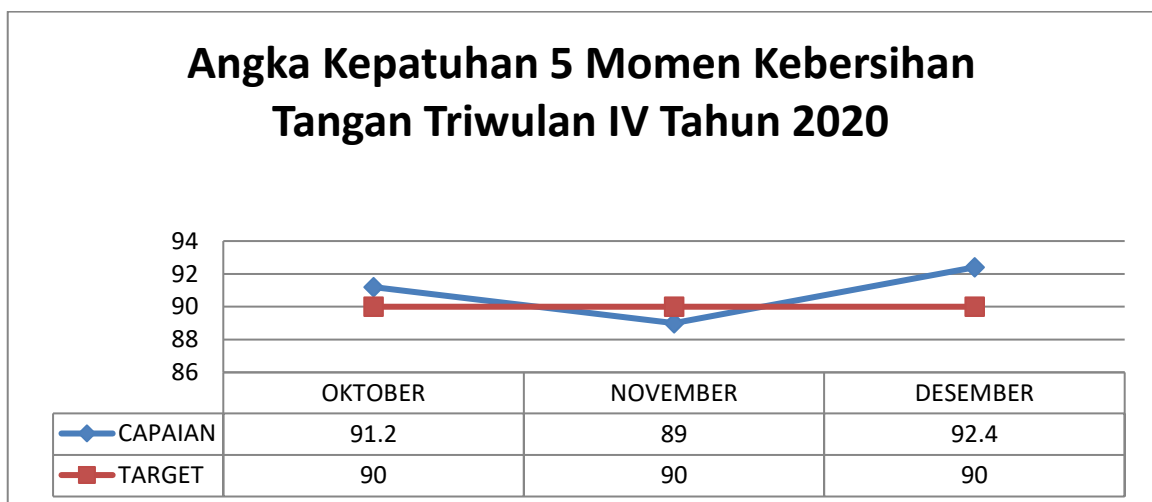
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka ketepatan pengelolaan ambulance pada Triwulan IV tahun 2020 terendah pada bulan Oktober yaitu 82%, pada bulan September terjadi peningkatan sudah mencapai target yang telah ditetapkan (90%). Permasalahan yang ditemukan adalah tempat tidur pasien di ambulance 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.



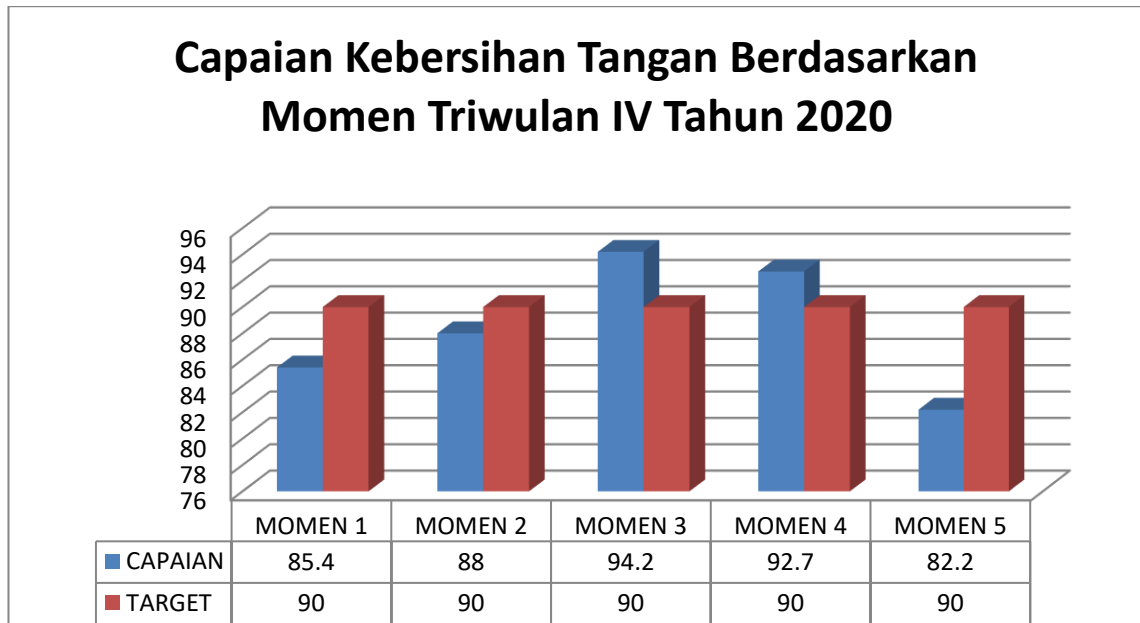
Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat penerapan kebersihan tangan pada Triwulan IV tahun 2020 cenderung meningkat, dimana angka yang tertinggi pada bulan Desember 92,4% sudah mencapai target yang ditetapkan (90%) dan angka terendah pada bulan November 89%. Rata-rata kebersihan tangan pada Triwulan IV adalah 90,8%. Ditemukan sebagian petugas tidak melakukan kebersihan tangan karena menggunakan handscoon tanpa melepas handscoon antara pasien yang satu ke pasien yang lainnya atau

melakukan hand rub pada saat masih memakai handscoon.

Rekomendasi :

Tingkatkan monitoring dan edukasi IPCN dan IPCLN.



Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat bahwa capaian kebersihan tangan per momen pada triwulan IV 2020 adalah momen 1 (85,4%), momen 2 (88%), momen 3 (94,2%), momen 4 (92,7%) dan momen 5 (82,2%). Nilai tertinggi pada momen 3 setelah terpapar cairan tubuh pasien (97,7%) dan sudah mencapai target yang ditetapkan. Sedangkan momen yang lain belum mencapai target yang ditetapkan, nilai terendah pada momen 2 yaitu setelah terpapar lingkungan pasien sebanyak 88%. Berdasarkan pengamatan IPCN di lapangan, kurangnya angka kepatuhan kebersihan tangan ini disebabkan karena sebagian petugas memiliki 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 dan 4).

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 :

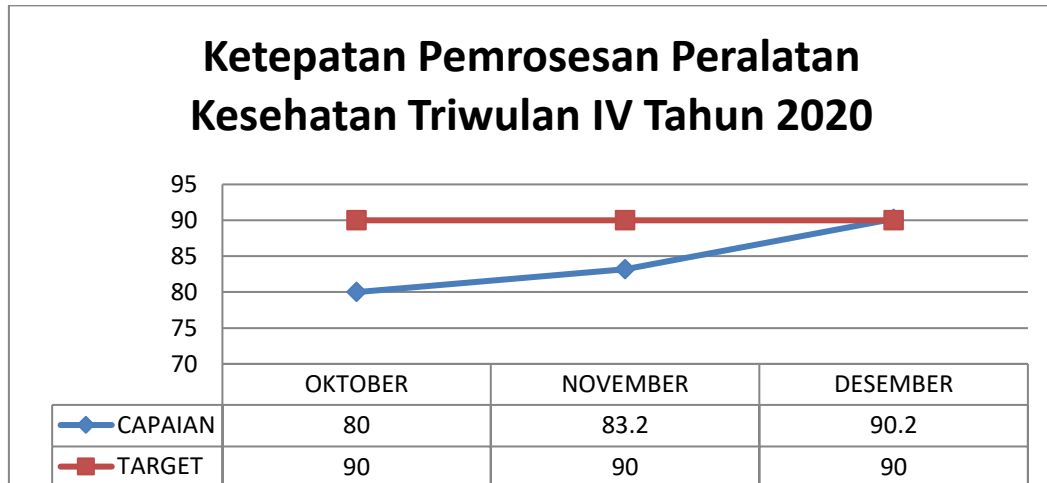
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat penerapan etika batuk pada Triwulan IV tahun 2020 cenderung meningkat, dimana angka yang tertinggi pada bulan Desember 94% sudah mencapai target yang ditetapkan (90%) dan angka terendah pada bulan Oktober 88,7%, masih dalam kategori target belum tercapai. Rata-rata penerapan etika batuk pada Triwulan IV adalah 90,9%.

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 IV tahun 2020 sudah sesuai standar yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan pengelolaan peralatan kesehatan di CSSD adalah 84,4%. Angka kepatuhan pengelolaan peralatan kesehatan di CSSD pada bulan Oktober masih dibawah standar yaitu 80%, hal ini disebabkan belum dilakukan uji kultur alat untuk menentukan kelayakan peralatan siap pakai.

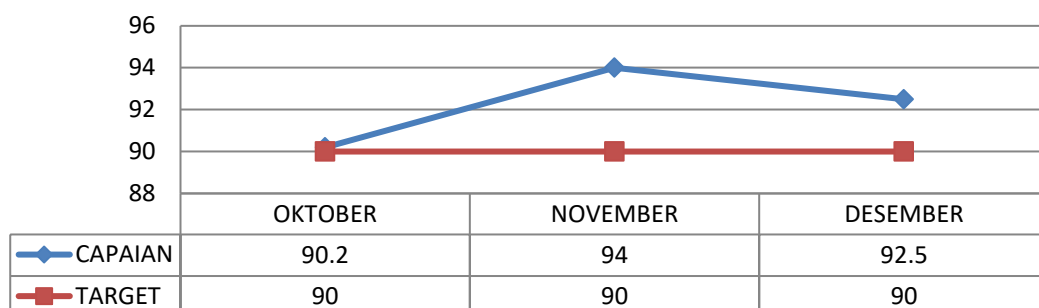
**Rekomendasi :**

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.

### Fasilitas Kebersihan Cuci Tangan Triwulan IV Tahun 2020



Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat fasilitas kebersihan cuci tangan pada Triwulan IV tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata fasilitas kebersihan cuci tangan pada Triwulan IV adalah 92,2%, ini sudah mencapai standar yang sudah terpenuhi nya kebutuhan fasilitas.

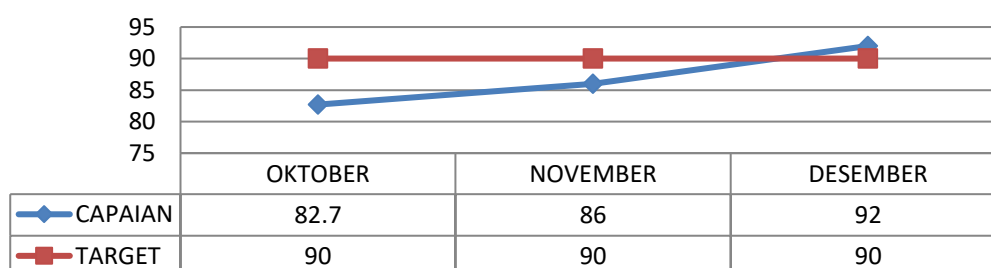
Rekomendasi :

Pertahankan dan terus dilakukan monitoring dan evaluasi fasilitas kebersihan cuci tangan oleh IPCN, IPCLN dan satker terkait. Lakukan penghitungan kebutuhan minimal pada penyediaan BHP baik di setiap unit kerja maupun di Gudang farmasi.

### 25. Fasilitas Pembuangan Limbah

Supervisi dan Monitoring/ evaluasi fasilitas pembuangan limbah.

### Fasilitas Pembuangan Limbah Triwulan IV Tahun 2020



Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat fasilitas pembuangan limbah pada Triwulan IV tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata fasilitas pembuangan limbah pada Triwulan IV adalah 86,9%. Trolley besar untuk pengangkutan sampah dari unit ke penampungan dalam kondisi tidak tertutup karena masih rusak.

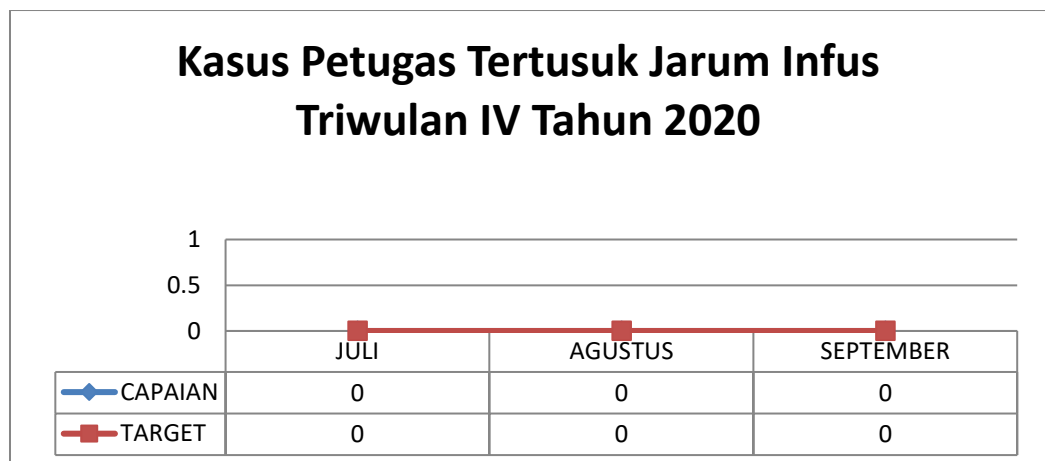
Rekomendasi :

Perbaiki trolley atau pengadaan sarana trolley pengangkutan sampah tertutup. Tingkatkan monitoring IPCN dan IPLRS.

## 26. Kesehatan dan Perlindungan Karyawan

Kegiatan :

a. Menerima laporan insiden tertusuk jarum



Analisa :

Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa selama Triwulan IV 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	OKT	%	NOV	%	DES	%	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 IV.

## 27. Meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antibiotik secara aman

Data penggunaan antibiotic

Jenis antibiotic yang digunakan selama Triwulan IV 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) Ciprofloxacin
- 13) Clindamisin
- 14) Cotrimoxazol
- 15) Erytromisin
- 16) Etambutol
- 17) Gentamisin
- 18) Isoniazid

- 19) Itrakonazol
- 20) Kanamysin
- 21) Levofloxacin
- 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 :

Analisa :

### **a. Area Petugas**

- In House Training/Workshop/Sosialisasi PPI tentang Covid-19 sudah dilakukan, tetapi kurangnya waktu, tenaga dan penerapan social distancing.
- Penyusunan SPO PPI Covid-19 sudah ada
- Panduan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi COVID-19 Komite PPI RSUD Dr. M. Zein Painan
- SPO Pemulasaran Jenazah Pasien Terinfeksi COVID-19
- Koordinasi dengan Tim Covid-19 dan unit terkait sudah dilakukan.
- Merekomendasikan fasilitas APD Standar sudah terlaksana.
- Sosialisasi pemakaian APD dan pelepasan APD sudah terlaksana dengan secara langsung dengan menerapkan protokol kesehatan dan melalui video.
- SPO Pemakaian APD dan Pelepasan APD sudah ada
- Monitoring kepatuhan penggunaan APD masa pandemic sesuai zonasi sudah di sosialisasikan, tetapi sebagian petugas lebih merasa aman dan nyaman sesuai dengan keyakinan.
- Monitoring kepatuhan cara pemakaian APD, karena banyaknya referensi dari kolegium dan sosial media.
- Monitoring kepatuhan cara pelepasan APD, banyaknya petugas

yang tergesa-gesa dan kurangnya kesadaran pentingnya moment pelepasan APD.

- Pemenuhan fasilitas kebersihan tangan ( handwash dan hand rub) terpenuhi
- Audit kepatuhan 5 moment cuci tangan sebagian petugas memakai sarung tangan yang tidak sesuai indikasi.
- Pemeriksaan Swab PCR bagi petugas tercapai 100%
- Pemberian suplemen vitamin pada petugas yang merawat pasien covid-19 tercapai 100 %
- Pengelolaan/tindak lanjut bagi petugas yang terpapar covid-19 tercapai 100%.

b. Area Pasien

- Ikut serta dalam penyusunan SPO alur pelayanan covid-19
- Renovasi ruang isolasi covid-19 di IGD dan ruangan isolasi Pinere tercapai 100%
- Melaksanakan transport pasien eksternal rumah sakit menggunakan ambulance
- Melengkapi fasilitas ruang isolasi covid-19 di IGD, isolasi pinere dapat terpenuhi, tetapi alat ukur tekanan udara belum tersedia.

c. Area Pengunjung/Keluarga

- SPO Skrining Pengunjung Melalui Poliklinik dan IGD
- Penyuluhan kesehatan covid-19 bekerja sama dengan PKRS di poliklinik, belum tercapai karena keterbatasan tenaga dan waktu tanggap darurat *Covid-19*
- Penyuluhan tentang kebersihan tangan dan etika batuk tercapai 100 %
- Pengadaan fasilitas handwash dan hand rub untuk umum ada di area- tertentu seperti pintu masuk poliklinik, area tengah gedung area arah gedung bagian belakang.
- Menyusun kebijakan larangan jam bezuk/kunjungan, penunggu cukup 1 orang, physical distancing, wajib cuci tangan dan memakai masker.

d. Area Lingkungan RS

- SPO Desinfeksi Lingkungan Ruangan Isolasi
- SPO Dekontaminasi Ambulance
- SPO Pemakaian dan Pemeliharaan Masker N95
- SPO Alur Pemrosesan Masker N95
- SPO Desinfeksi Penyakit Menular
- SPO Alur Pemeriksaan Pasien Terkonfirmasi *Covid-19*
- SPO pengelolaan limbah *Covid-19*
- Melaksanakan koordinasi dengan bagian kesling, cleaning service, Laundry, CSSD, sopir dan unit terkait lainnya
- Memenuhi fasilitas tempat sampah injak dan stiker tercapai 100%
- Melaksanakan Mechanical Engineering Control ruangan isolasi belum tercapai karena belum tersedia alat ukur tekanan ruangan isolasi.

Rekomendasi :

1. Belum terlaksananya *Mechanical Engineering Control* ruangan isolasi dikarenakan belum tersedia alat ukur tekanan ruangan isolasi.
2. In House Training/Workshop/Sosialisasi PPI tentang Covid-19 dilakukan dengan menggunakan aplikasi zoom meeting.

Selain regulasi, Komite PPI juga terlibat dalam rapat-rapat, zoominar, serta sosialisasi langsung dengan teknik protokol kesehatan dalam menghadapi Pandemi COVID-19.

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.	17 Desember 2020	Mahasiswa kebidanan	25 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 IV 2020 menunjukkan bahwa secara keseluruhan kinerja program PPI sudah mengalami peningkatan dan secara bertahap mulai mencapai sasaran yang sudah ditetapkan.

Namun masih ada masalah utama yang menjadi fokus perhatian, yaitu :

1. Belum terlaksananya *Mechanical Engineering Control* ruangan isolasi dikarenakan belum tersedia alat ukur tekanan ruangan isolasi.

#### **B. Rekomendasi**

1. Penyediaan alat ukur tekanan ruangan isolasi
2. Mengadakan In House Training/Workshop/Sosialisasi PPI tentang Covid-19 dilakukan dengan menggunakan aplikasi zoom meeting per TW.
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