

**LAPORAN PELAKSANAAN PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN  
INFEKSI RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN  
TAHUN 2020**



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

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611  
Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756-21398

## KATA PENGANTAR

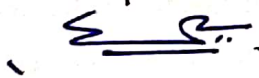
Puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga kita bisa menyelesaikan **Laporan Kinerja Pencegahan dan pengendalian Infeksi di RSUD Dr.Muhammad Zein Painan tahun 2017.**

Sebagaimana Program PPI pada tahun 2020 masih banyak membutuhkan upaya-upaya agar sasaran program tercapai dengan baik, maka diperlukan upaya-upaya agar lebih keras telah dilaksanakan agar program PPI berjalan dengan baik untuk melindungi pasien, keluarga dan pengunjung dari risiko penyebaran infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan.

Kami menyadari bahwa laporan ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu kami terbuka terhadap segala masukan dan kritikan yang membangun demi kesempurnaan dikemudian hari.

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

Painan, Januari 2020  
Ketua Komite PPIRS,



**dr.Evi Sovianty, Sp.PK**  
**NIP. 19621027 199001 2 001**

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **I. LATAR BELAKANG**

Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk dapat memberikan pelayanan yang bermutu sesuai standar yang sudah ditentukan.

Program pencegahan dan pengendalian infeksi RSUD Dr.Muhammad Zein Painan selalu bertitik tolak dari target indikator pencapaian indikator kinerja yang telah ditetapkan. 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 sampai kepada karyawan pelaksana.

Infeksi HAIs yaitu 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.

## **II. TUJUAN**

### **a. Tujuan Umum**

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

### **b. Tujuan Khusus**

- Untuk melakukan monitoring terhadap kegiatan Komite PPI di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Tahun 2020
- Untuk mengetahui evaluasi, realisasi kegiatan Komite PPI di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Tahun 2020

## **BAB II PEMBAHASAN**

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

#### **1. Program Surveilans HAIs**

- a. Melakukan pengumpulan data HAIs (Surveilans HAIs)
  - 1) Data Insiden rate VAP
  - 2) Data Insiden rate HAP
  - 3) Data Insiden rate IADP
  - 4) Data Insidin rate IDO
  - 5) Data Insiden rate ISK/CAUTI
  - 6) Data Insiden rate phlebitis/CLABSI
- b. Melakukan entry data surveialans
- c. Membuat analisa data dan interprestasi hasil surveilans
- d. Menyusun laporan surveilans

#### **2. ICRA**

##### **a. ICRA HAIs**

- 1) Melakukan metode dasar manajemen resiko
- 2) Melakukan observasi kejadian infeksi disetiap unit
- 3) Membuat laporan kejadian infeksi dan laporan identifikasi resiko infeksi.
- 4) Membuat analisa masalah
- 5) Melakukan pengukuran masalah : tingkat kesalahan, resiko samplingan.
- 6) Melakukan rencana tindak lanjut untuk mencegah menurunkan kejadian infeksi

##### **b. ICRA renovasi/demolisi bangunan**

- 1) Manajemen membuat surat permohonan akan dilakukan renovasi/demolisi bangunan, pembangunan gedung dengan

melampirkan proposal metoda pelaksanaan dari vendor ke Komite PPI

- 2) Komite PPIRS membuat kajian resiko pencegahan infeksi sebelum dilakukan renovasi/demolisi
  - 3) Membuat rencana tindak lanjut yang akan dilakukan dalam proses renovasi/demolisi.
  - 4) Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan renovasi/demolisi.
  - 5) Membuat laporan ICRA renovasi/demolisi bangunan.
3. Penerapan prinsip-prinsip isolasi serta kewspadaan standard an kewaspadaan berbasis transmisi di satuan kerja.

Kegiatan :

a. Pemrosesan peralatan perawatan pasien

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

b. Manajemen linen dan laundry

- 1) Sosialisasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan linen di ruangan maupun di *laundry*
- 2) Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan linen yang sudah dijalankan setiap hari untuk melakukan pembenahan manajemen linen dan *laundry* yang memenuhi standar rumah sakit.

- 3) Perbaiki sistem pengelolaan linen dan *laundry* dari seting ruangan, alur, dan sistem pendistribusiannya
- 4) Pemantauan pengelolaan linen dari pencucian (pre-cleaning, cleaning), pengeringan, penyetrikaan sampai dengan penyimpanan.
- 5) Pemantauan kebersihan ruangan dan peralatan di *laundry*
- 6) Monitoring dan evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan di ruangan *laundry*

c. Pengelolaan makanan di Gizi

- 1) Sosialisasi pelaksanaan pengelola makanan di Gizi
- 2) Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan makanan yang sudah dijalankan setiap hari untuk melakukan pembenahan program ruang gizi yang memenuhi standar rumah sakit.
- 3) Perbaiki sistem pengelolaan makanan dari seting ruangan, alur, dan sistem pendistribusiannya.
- 4) Pemantauan pengelolaan makanan dari penerimaan bahan mentah, penyimpanan bahan makanan, pengelolaan makanan, dan pendistribusian makanan.
- 5) Pemantauan kebersihan ruangan dan peralatan makanan dan minuman gizi.
- 6) Monitoring dan evaluasi hasil pemeriksaan kegiatan di ruang gizi.

d. Pengendalian lingkungan

- 1) Pemantauan secara berkala terhadap kebersihan dinding, langit-langit, lantai, atap, pintu, furniture dan peralatan lainnya.
- 2) 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.
- 3) Pemantauan kebersihan lingkungan perawatan dan membatasi peralatan serta perlengkapan pasien yang tidak perlu.
- 4) Pemantauan pembuangan sampah yang dihasilkan dari unit penghasil sampah sampai ketempat pembuangan sampah akhir.

- 5) Pemantauan pengendalian binatang, serangga pengganggu di rumah sakit.
- 6) Pemantauan uji kualitas udara maupun air secara berkala.
- e. Penempatan pasien ( ruang isolasi dan system kohorting)
  - 1) Penempatan pasien dengan immunocompromised
  - 2) Penempatan pasien dengan airborne/disease
  - 3) Edukasi petugas yang akan bertanggung jawab dalam melaksanakan tugas diruangan isolasi.
- f. Pemakaian alat pelindung diri (APD)
  - 1) Pemantauan penggunaan APD sesuai indikasi
  - 2) Audit kepatuhan penggunaan APD yang benar
- g. Kebersihan tangan (Hand Hygiene)
  - 1) Penerapan kebersihan tangan
  - 2) Menyelenggarakan program kebersihan tangan
  - 3) Audit fasilitas cuci tangan
  - 4) Edukasi kebersihan tangan
- h. Kesehatan perlindungan karyawan
  - 1) Membuat sistem pelaporan yang jelas bagi petugas atau karyawan yang terpapar atau terkena pajanan
  - 2) Pelaporan data kesakitan karyawan, penyakit menular dan tidak menular
  - 3) Menerima laporan insiden pajanan infeksius.
  - 4) Melakukan analisa kejadian pajanan dan membuat rekomendasi penanganan paska pajanan
  - 5) Berkoordinasi dengan K3RS atau satuan kerja pelayanan medic terkait dalam penanganan insiden pajanan bahan infeksius.
  - 6) Monitoring dan evaluasi pasca pajanan.
  - 7) Merekomendasikan pemeriksaan kesehatan berkala dan pemberian imunisasi bagi karyawan.
  - 8) Mengusulkan kebijakan dan standar penanganan paska pajanan bahan infeksius bagi karyawan.



- i. Pengelolaan limbah
  - 1) Pengawasan pembuangan limbah sesuai jenisnya dan tempatnya
  - 2) Audit kepatuhan pembuangan limbah sesuai jenisnya dan tempatnya.
  - 3) Melakukan pengawasan dalam penanganan pembuangan darah dan komponen darah.
- j. Kebersihan pernafasan (etika batuk)
  - 1) Edukasi etika batuk/bersin yang benar
- k. Teknik penyuntikan yang aman
  - 1) Audit kepatuhan dalam tindakan teknik menyuntik yang aman.
- 4. Program bundles HAIs (menerapkan sasaran upaya mengurangi HAIs)
  - a. Penerapan bundles pencegahan Infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
  - b. Penerapan bundles pencegahan Infeksi Hospital Acquired Pneumonia (HAP)
  - c. Penerapan bundles pencegahan Infeksi Aliran Darah (IAD)
  - d. Penerapan bundles pencegahan Infeksi Daerah Operasi (IDO)
  - e. Penerapan bundles pencegahan Infeksi Saluran Kemih (ISK)
  - f. Penerapan bundles pencegahan Infeksi Aliran Darah Perifer (Plebitis)
  - g. Entry data, analisa data, hasil kegiatan supervise 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 :
    - 1) Indikator Mutu Rumah Sakit Terkait PPI
    - 2) Indikator Kinerja Terpilih Direktur Rumah Sakit terkait PPI
    - 3) Indikator Kinerja PPI satuan kerja
  - c. Menyusun prioritas perbaikan mutu
  - d. Melakukan upaya perbaikan mutu menggunakan metode FOCUS PDSA

- e. Benchmarking capaian indikator mutu dengan institusi pelayanan rumah sakit setipe
  - f. Membuat laporan perbaikan mutu
- 6. Meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antibiotik secara aman.
  - a. 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.
  - a. Melakukan monitoring pada peralatann yang kadaluarsa.
- 9. Pengelolaan/mitigasi risiko HAIs di RSUD Dr.Muhammad Zein Painan.
  - a. Identifikasi risiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan dirumah 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 :
    - (1) Prosedur/proses pelayanan kesehatan
    - (2) Petugas, pasien, keluarga, dan pengunjung/masyarakat
    - (3) Sarana dan peralatan rumah sakit
    - (4) Pekerjaan konstruksi, renovasi dan demolisi
- 10. Pemeliharaan dan penyediaan sarana/prasarana yang mendukung upaya PPI.
  - a. Ketersediaan sarana prasarana kebersihan tangan
  - b. Ketersediaan APD

- c. Ketersediaan sarana prasarana dan proses penanganan benda tajam terkonfirmasi
- 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 *Laundry*.
- h. Ketersediaan sarana/prasarana dan proses penyiapan makanan
- i. Ketersediaan spill kit dan 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 thermostat
- 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 dilapangan.
- 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

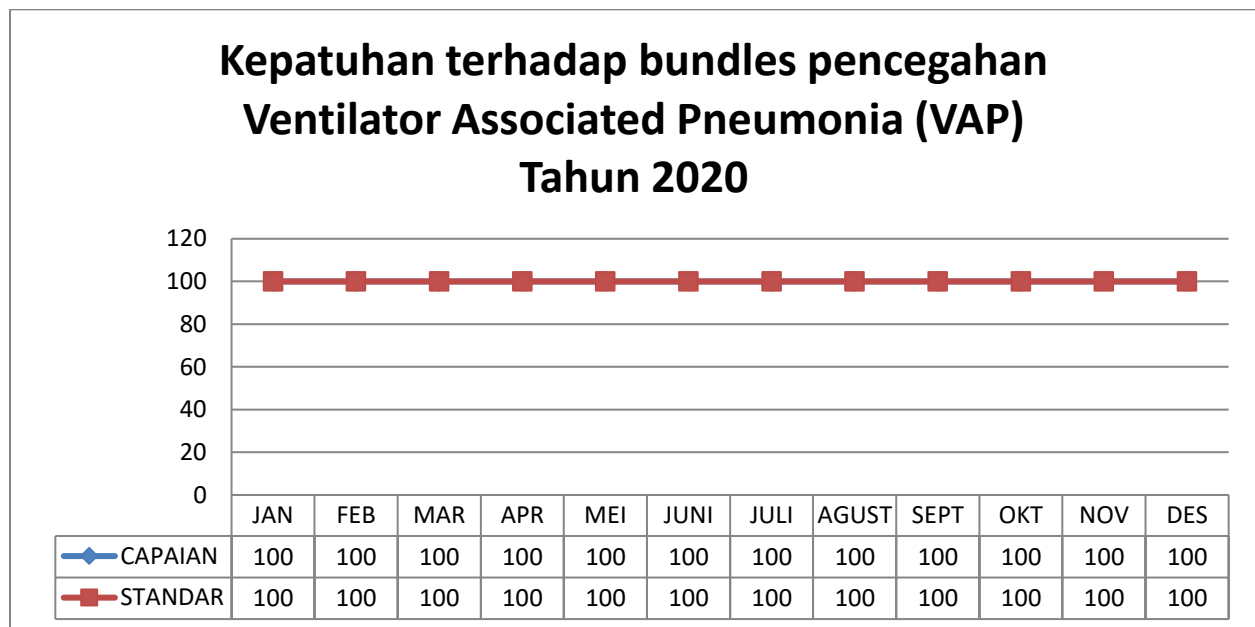
### BAB III

#### HASIL KEGIATAN DAN ANALISA

##### A. HASIL

Pencapaian kinerja program pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit Tahun 2020 di RSUD Dr.Muhammad Zein Painan berdasarkan indikator kinerja yang telah ditetapkan tahun 2020 dapat di jabarkan sebagai berikut :

1. Program Surveilans HAIs
  - a. Supervisi dan Monitoring/ Evaluasi penerapan bundles pencegahan Infeksi Ventilator (VAP)



Angka kepatuhan penerapan terhadap bundles pencegahan Ventilator Associated Pneumonia (VAP) telah sesuai dengan standar yang diharapkan (100%)

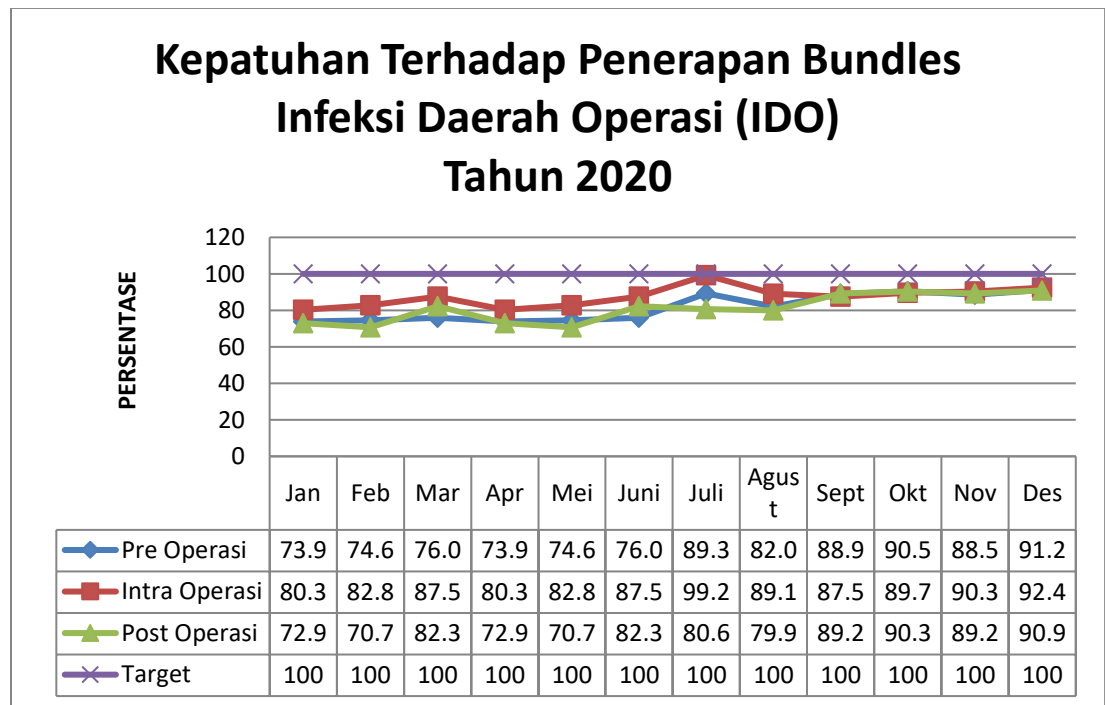
- [illegible]

c. Supervisi dan Monitoring/ Evaluasi penerapan bundles pencegahan Infeksi (IADP)



Angka kepatuhan penerapan terhadap bundles pencegahan Ventilator Infeksi Aliran Darah Primer dengan rerata 88,5%, ini belum sesuai dengan standar yang diharapkan (100%), ini disebabkan kemungkinan pasien yang terpasang Infuse Vena Central Line (IVL) tidak ada pergantian selang infuse ganti sebelum 24 jam (pemberian lipid/protein). Tidak ada tersedianya peralatan/instrument steril + duk steril yang menutupi kepala hingga kaki pasien)

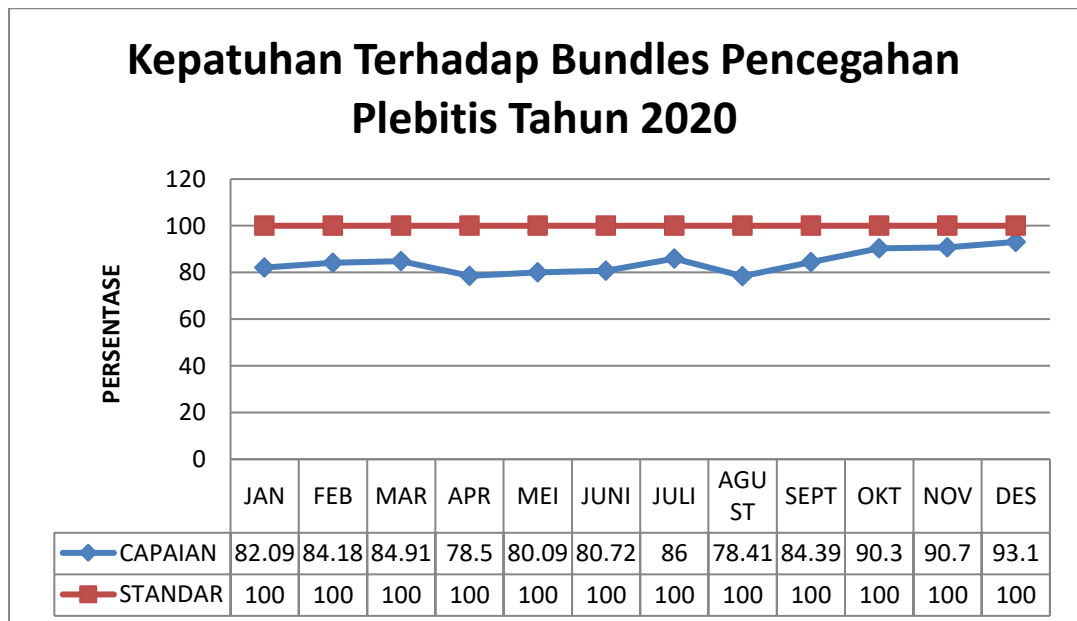
- d. Supervisi dan Monitoring/ Evaluasi penerapan bundles pencegahan Infeksi Daerah Operasi (IDO)



Angka kepatuhan penerapan bundles pencegahan Infeksi Daerah Operasi (IDO) berada di bawah standar, sehingga tidak sesuai dengan standar yang diharapkan. Hal ini secara langsung akan mempengaruhi Insiden Rate IDO menjadi fluktuatif.

- e. Supervisi dan Monitoring/ Evaluasi penerapan bundles pencegahan Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Angka kepatuhan penerapan bundles pencegahan Infeksi Saluran Kemih (ISK) rerata 86,6%, ini berada di bawah standar (100%), sehingga tidak sesuai dengan standar yang diharapkan. Hal ini secara langsung akan mempengaruhi Insiden Rate ISK menjadi fluktuatif.





Angka kepatuhan penerapan bundles pencegahan phlebitis, belum sesuai dengan standar yang diharapkan. Mayoritas di akibatkan oleh prosedural yaitu teknik mencuci tangan, dan melupakan untuk memeriksa alat dari kemungkinan terkontaminasi.

g. ICRA

1. ICRA HAIs

Identifikasi risiko terkait dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit (Risk Register).

a) ICRA HAIs

ASESMENT RISIKO INFEKSI (ICRA) HAIs

RSUD dr.MUHAMMAD ZEIN PAINAN 2020

| NO | IDENTIFIKASI RISIKO        |                  |                  | PERINGKAT RISIKO |   |   |   |   |        |   |   |   |   | Skor<br>D x P | BAND |   |   |   | Rangking<br>Risiko | STRATEGI UNTUK<br>MENURUNKAN RISIKO<br>INFEKSI                         |                   | Monitoring & Evaluasi |   | Penanggung<br>Jawab |
|----|----------------------------|------------------|------------------|------------------|---|---|---|---|--------|---|---|---|---|---------------|------|---|---|---|--------------------|--|-------------------|-----------------------|---|---------------------|
|    |                            |                  |                  | PROBABILITAS     |   |   |   |   | DAMPAK |   |   |   |   |               | L    | M | H | E |                    |  |                   | Tgl                   | Capaian RTL   |                     |
|    | JENIS<br>RISIKO            | RUANG<br>LINGKUP | KATEGORI<br>RISK | 1                | 2 | 3 | 4 | 5 | 1      | 2 | 3 | 4 | 5 |               |      |   |   |   |                    |  |                   |                       |   |                     |
| 1  | Resiko terjadinya Plebitis | Infeksi Kontrol  | Tindakan Invasif |                  |   |   | 4 |   |        |   |   |   | 5 | 20            |      |   |   |   | 1                  | 1  | Kebersihan tangan | Apr-20                | Melakukan koordinasi dengan IPCLN terkait kepatuhan pelaksanaan bundles atau maintenance pada saat pemasangan infus pasien dan pemantauan secara rutin, serta penegakan | PPIRS               |
|    |                            |                  |                  |                  |   |   |   |   |        |   |   |   |   |               |      |   |   |   | 2                  | kelengkapan APD : Sarung tangan bersih, apron k/p, pelindung wajah k/p |                   |                       |   |                     |
|    |                            |                  |                  |                  |   |   |   |   |        |   |   |   |   |               |      |   |   |   | 3                  | Teknik aseptik (peralatan/instrumen steril)                            |                   |                       |   |                     |
|    |                            |                  |                  |                  |   |   |   |   |        |   |   |   |   |               |      |   |   |   | 4                  | Perlak+pengalas  |                   |                       |   |                     |
|    |                            |                  |                  |                  |   |   |   |   |        |   |   |   |   |               |      |   |   |   | 5                  | Antiseptik kulit dengan alkohol 70% (alkohol swab)                     |                   |                       |   |                     |
|    |                            |                  |                  |                  |   |   |   |   |        |   |   |   |   |               |      |   |   |   | 6                  | Slang infus ganti/24 jam (terapi lipid/protein)                        |                   |                       |   |                     |

[illegible]

b) ICRA HAls Covid-19

**Kewaspadaan standar**

- (1) Kebersihan tangan
  - (a) Ketidakpatuhan petugas dalam kebersihan tangan sebelum kontak dan sebelum melakukan Tindakan aseptik
  - (b) Fasilitas kebersihan tangan kurang
- (2) Alat Pelindung Diri ( APD)
  - (a) Ketidakpatuhan dalam menggunakan APD
  - (b) Ketidaksesuaian pemasangan APD dan pelepasan APD
  - (c) Fasilitas APD tidak cukup
- (3) Penanganan Limbah
  - (a) Pembuangan limbah yang tidak sesuai
  - (b) Pemilahan limbah yang tidak sesuai
  - (c) Kebersihan tempat sampah kurang
  - (d) Ketidakpatuhan membuang limbah benda tajam
- (4) Penanganan Linen
  - (a) Ketidakpatuhan pemilahan linen
  - (b) Pengelolaan linen yang tdiak tepat
- (5) Pemrosesan alat bekas pakai pasien
  - (a) Kurang maksimalnya pencucian alat
  - (b) Kualitas alat yang tidak sesuai
  - (c) Pencampuran cairan desinfektan yang tidak sesuai
- (6) Lingkungan
  - (a) Kamar pasien berdebu dan kotor
  - (b) Adanya jamur dan *water intrusion*
  - (c) Campuran cairan deisnfectan yang tidak sesuai
- (7) Kesehatan karyawan
  - (a) Kurang konsisten dalam pelaksanaan vaksin terhadap petugas
  - (b) Medical cek up tidak dilakukan secara periodic
  - (c) Insiden Needle Stick Injuri
  - (d) Kurangnya tenaga petugas dalam menangani covid -19
- (8) Penempatan pasien
  - (a) Ketidaksesuaian penempatan pasien susp, probable dan konfirmasi
- (9) Penyuntikan yang aman
  - (a) Recapping
  - (b) Bekas suntik tidak langsung dibuang
- (10) Etika batuk
  - (a) Tidak melakukan etika batuk dengan benar

### **Kewaspadaan Transmisi**

- (1) Airborne Precaution yang kurang
- (2) Droplet precaution yang kurang
- (3) Kontak precaution yang kurang
- (4) Kurangnya monitoring terhadap fasilitas ruang Covid-19
- (5) Kurangnya monitoring terhadap tekanan, suhu, dan kelembaban ruangan akibat peralatan yang tidak ada
- (6) Ruangan yang tidak standar
- (7) Pembersihan ruangan yang tidak tepat

### **Pendidikan dan pelatihan**

- (1) Kurangnya pelatihan tentang PPI Covid-19 terhadap petugas medis
- (2) Kurangnya edukasi terhadap pengunjung
- (3) Kurangnya pelatihan terhadap petugas kebersihan , maintenance dan petugas lainnya
- (4) Terhambatnya kelancaran pelatihan selama pandemic

## **2. ICRA Renovasi/demolisi bangunan**

- a. ICRA pembangunan gudang genset
- b. ICRA pembangunan workshop
- c. ICRA renovasi ruangan CSSD
- d. ICRA renovasi ruangan isolasi VIP
- e. ICRA pembangunan ruangan isolasi sementara PDP covid-19 dan rawatan terkonfirmasi Covid-19
- f. ICRA pembangunan gedung paru
- g. ICRA pembongkaran bangunan VIP lama

Dari seluruh ICRA yang ada, hanya 1 ICRA yang tidak terlaksana, karena persepsi pelaksanaan yang tidak sesuai, sehingga laporan ICRA pembongkaran bangunan VIP lama tidak dapat di laporkan.

- h. Supervisi Monitoring/ Evaluasi penanganan benda tajam
  1. Menerima laporan insiden pajanan benda tajam
  2. Ketepatan Penanganan Benda Tajam

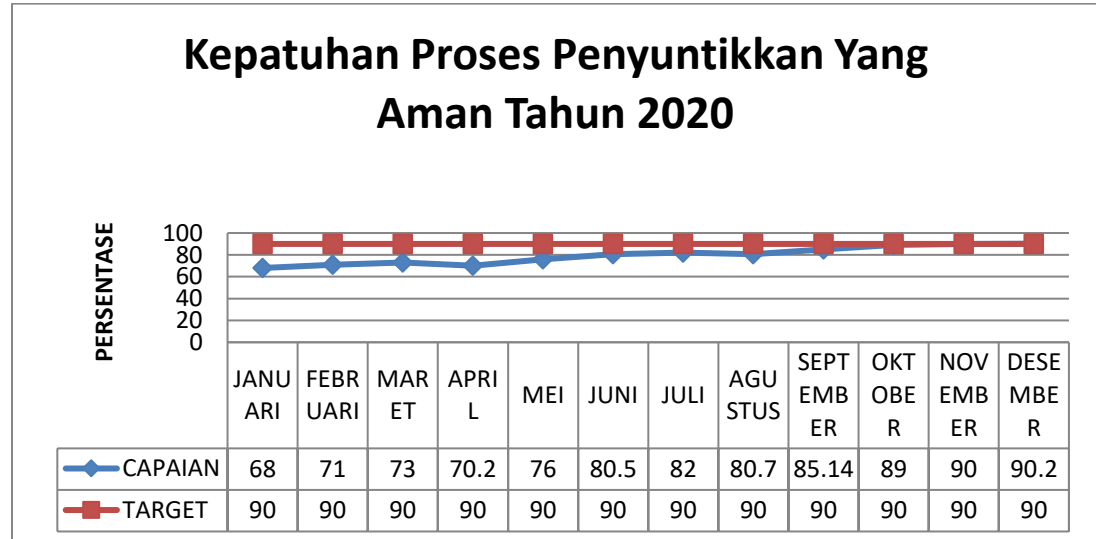
[illegible]

i. Supervisi Monitoring Evaluasi Penempatan pasien

[illegible]

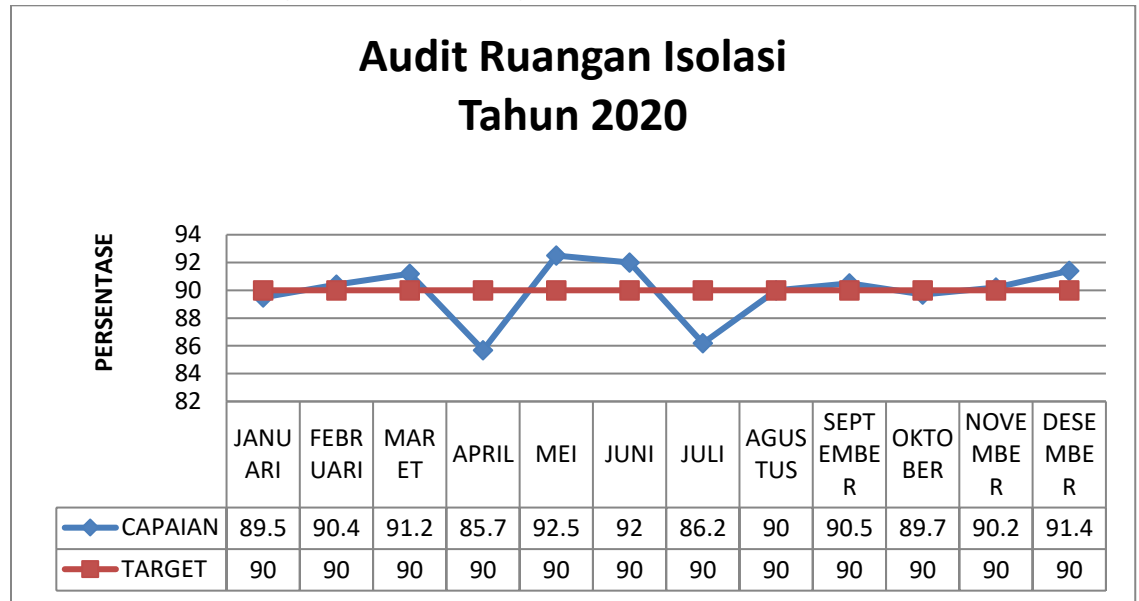
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat audit penempatan pasien pada Tahun 2020, rerata belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata audit penempatan pasien pada Tahun 2020 adalah 83,5%. Hal ini disebabkan karena skrining batuk dan penerapan etika batuk yang belum berjalan dengan maksimal.

j. Supervisi Monitoring Evaluasi tindakan invasif (Penyuntikan yang Aman)



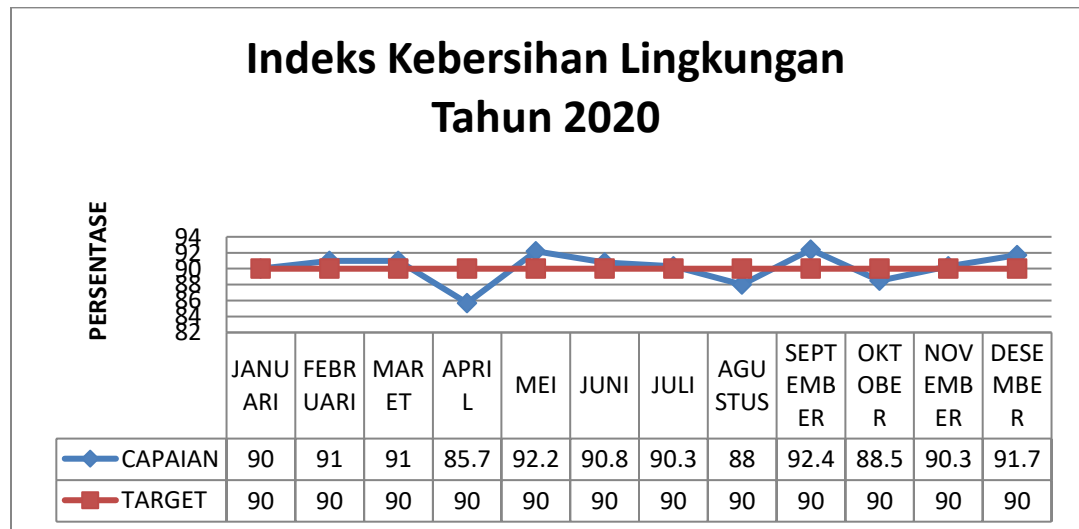
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka kepatuhan proses penyuntikkan yang aman pada Tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan proses penyuntikkan yang aman pada Tahun 2020 adalah 79,6%. Hal ini disebabkan karena belum ada ruangan khusus proses pengaplusan obat, 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).

k. Supervisi Monitoring Evaluasi Ruang Isolasi



Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat audit ruangan isolasi pada Tahun 2020 sudah mencapai standar yang ditetapkan (90%). Rerata audit ruangan isolasi adalah 89,9%, hal ini masih disebabkan oleh tidak adanya alat pengukur tekanan udara dan kelembaban seperti pemasangan alat magnehelic dan pengukur ACH dengan menggunakan Veneometer.

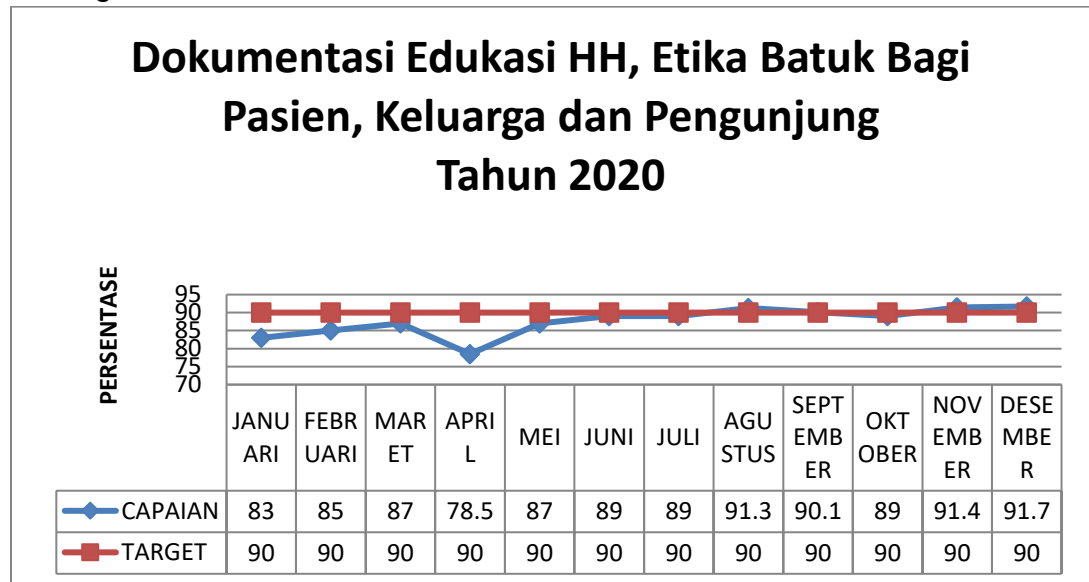
l. Supervisi Monitoring Evaluasi Kebersihan lingkungan



Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat indeks kebersihan lingkungan

pada Tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%) yaitu rerata 90,1%. Secara umum kebersihan lingkungan dapat terpenuhi, namun untuk pengukuran kualitas udara dan kualitas air belum dilakukan sesuai standar. Masih ditemukan kebocoran dan dinding masih berjamur.

- m. Supervisi Monitoring Evaluasi Dokumentasi Edukasi PPI bagi pasien dan keluarga



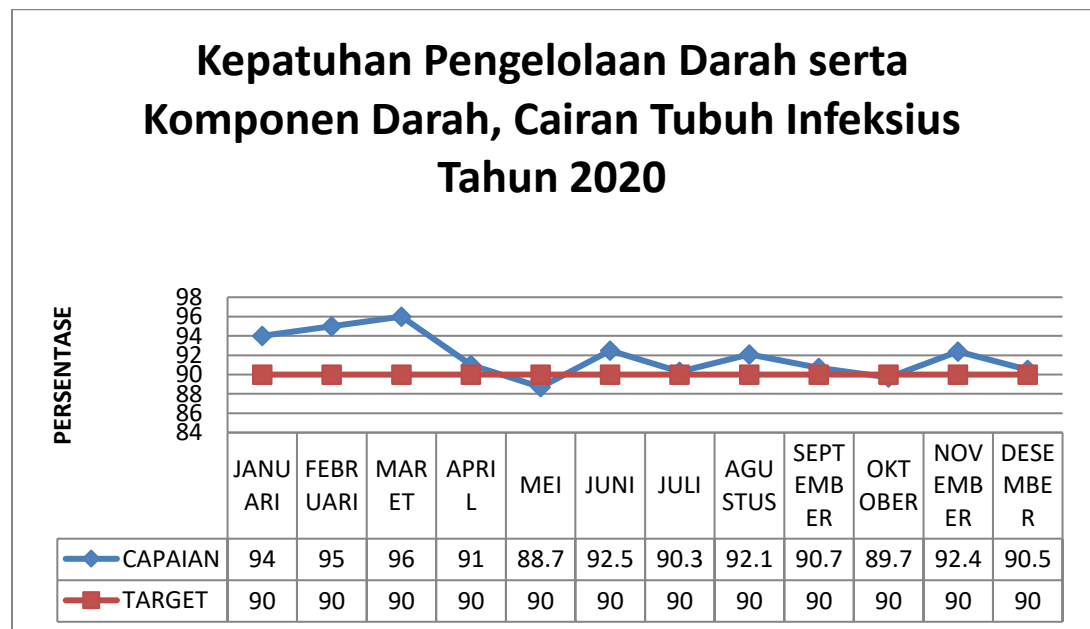
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat dokumentasi edukasi hand hygiene, etika batuk bagi pasien, keluarga dan pengunjung Tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata dokumentasi edukasi adalah 87,6%. Ini disebabkan kan persepsi petugas bahwa di ruangan selain rawatan perinatalogi, tidak perlu dokumentasi edukasi Hand hygiene bagi pasien, keluarga dan pengunjung.





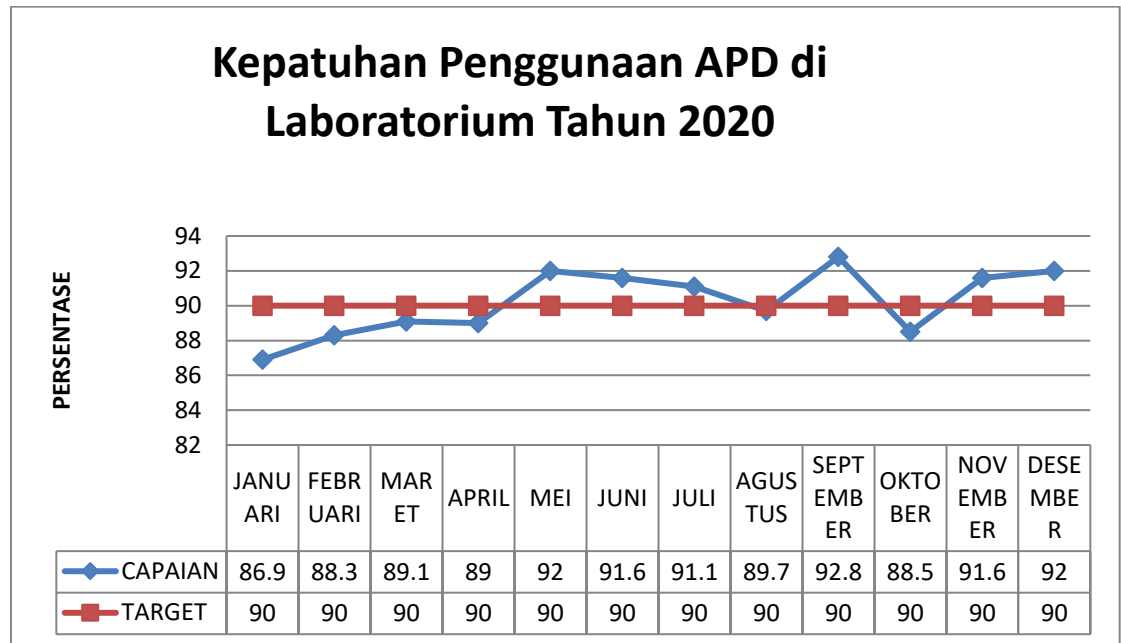
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penanganan linen di satuan kerja Tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Rerata kepatuhan penanganan linen Tahun 2020 adalah 90,6%. Masih ditemukan kereta pembawa linen kotor tidak ditutup oleh petugas serta masih ditemukan kapasitas trolley linen kotor yang melimpah.

- p. Supervisi Monitoring Evaluasi Kepatuhan Pengelolaan darah serta Komponen Darah, Cairan Tubuh Infeksius



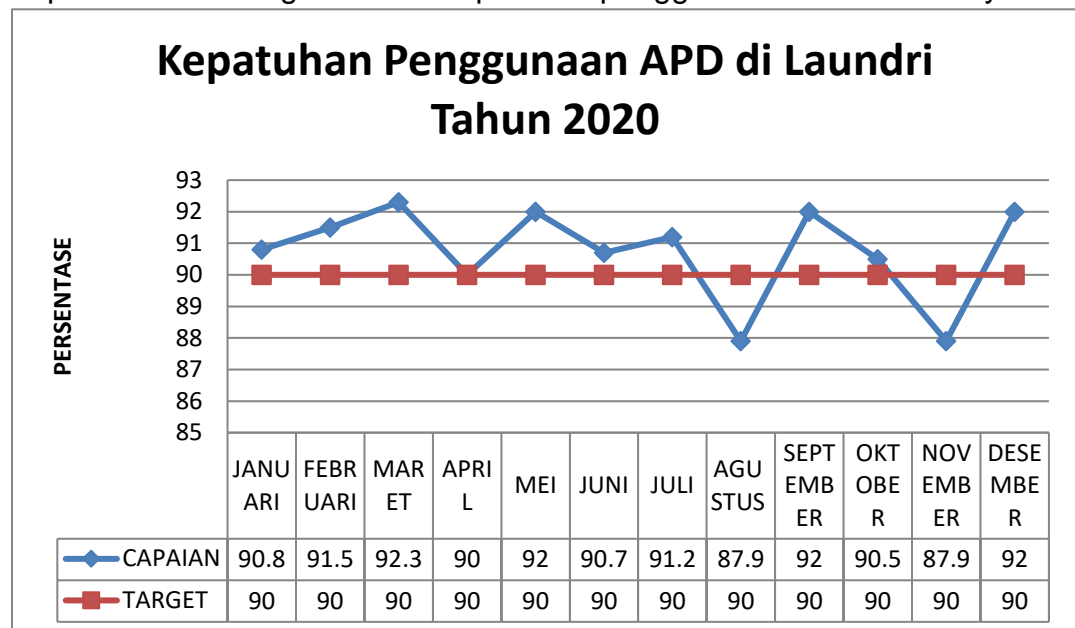
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan pengelolaan darah serta komponen darah, cairan tubuh infeksius Tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan pengelolaan darah serta komponen darah, cairan tubuh infeksius adalah 91,9%. Setiap darah yang tidak terpakai, di simpan langsung ke TPS/Coolbox.

- q. Supervisi Monitoring Evaluasi Kepatuhan penggunaan APD di laboratorium



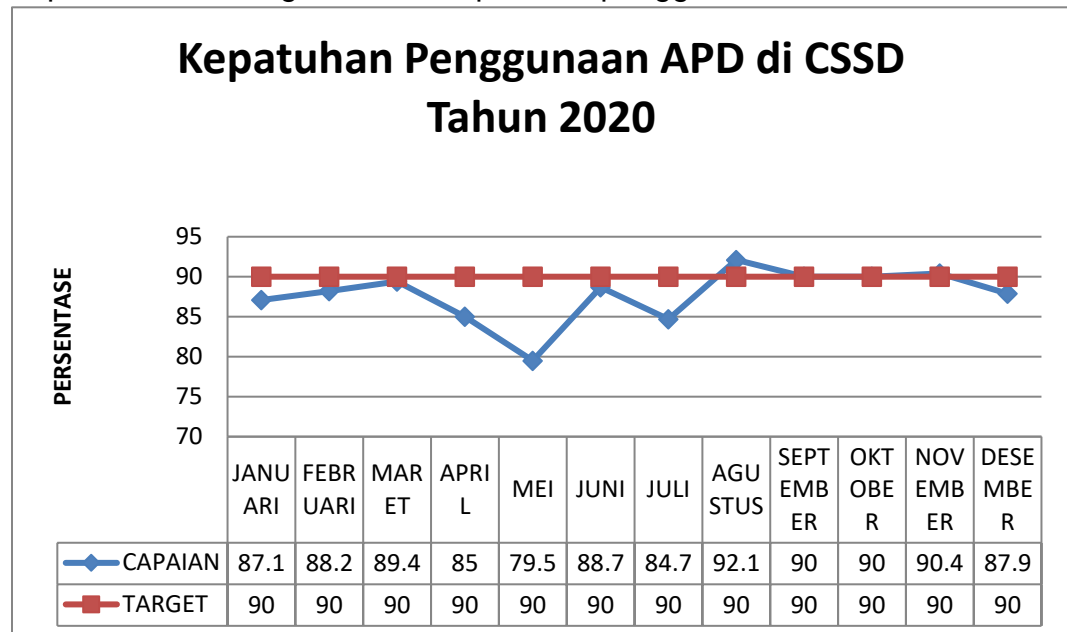
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Laboratorium Tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan yaitu (90%). Rata-rata kepatuhan penggunaan APD adalah 90,2%. Ada beberapa hal petugas masih tidak menggunakan sepatu boot dalam melakukan pemeriksaan sampel.

- r. Supervisi Monitoring Evaluasi Kepatuhan penggunaan APD di laundry



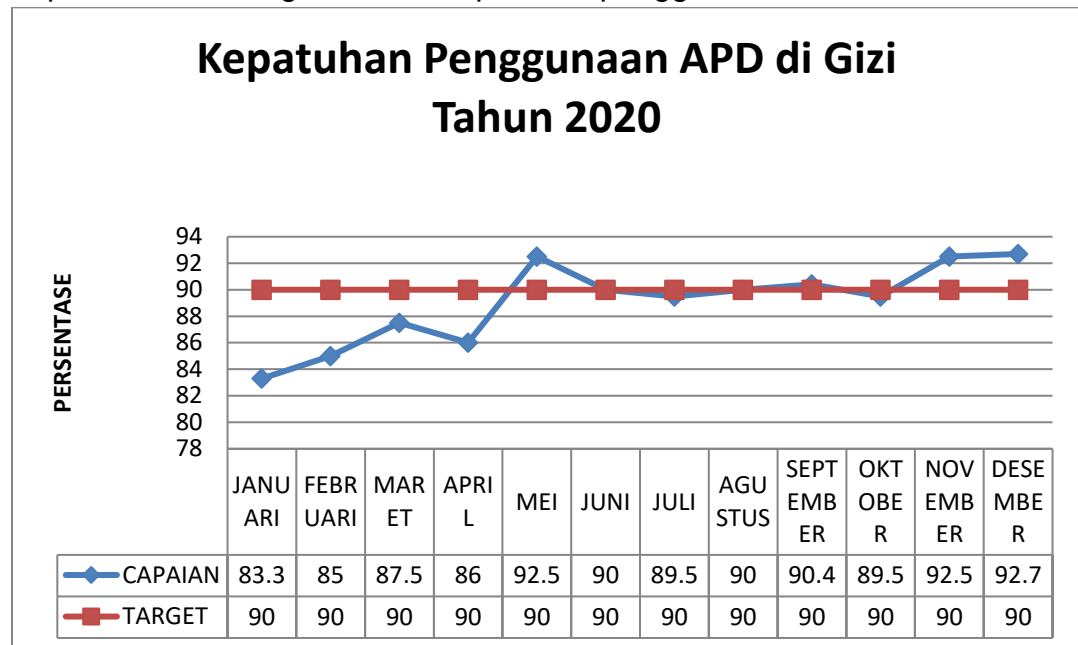
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Laundry Tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan penggunaan APD adalah 90,7%. Masih ditemukan petugas laundry tidak menggunakan goggle pada saat menerima linen kotor dan pencucian dengan alasan tidak nyaman.

s. Supervisi Monitoring Evaluasi Kepatuhan penggunaan APD di CSSD



Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di CSSD 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.

- t. Supervisi Monitoring Evaluasi Kepatuhan penggunaan APD di Gizi



Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Gizi Tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%), Rata-rata kepatuhan penggunaan APD adalah 89%.

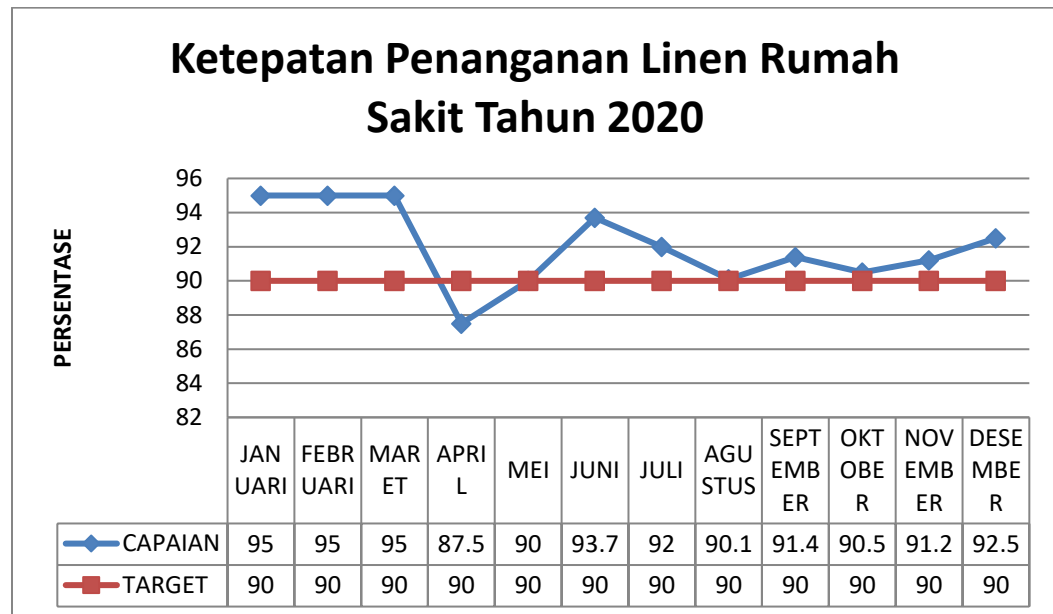
- u. Supervisi Monitoring Evaluasi Penanganan Jenazah di Unit pemulasaran jenazah.

Pada Tahun 2020 ada 2 kegiatan pemulasaran jenazah. Untuk pemulasaran jenazah Covid-19 dengan teknik tayamum di ruangan rawatan dimana tempat pasien tersebut meninggal.

Untuk kepatuhan penggunaan APD pada Tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Angka kepatuhan penggunaan APD adalah 100%.

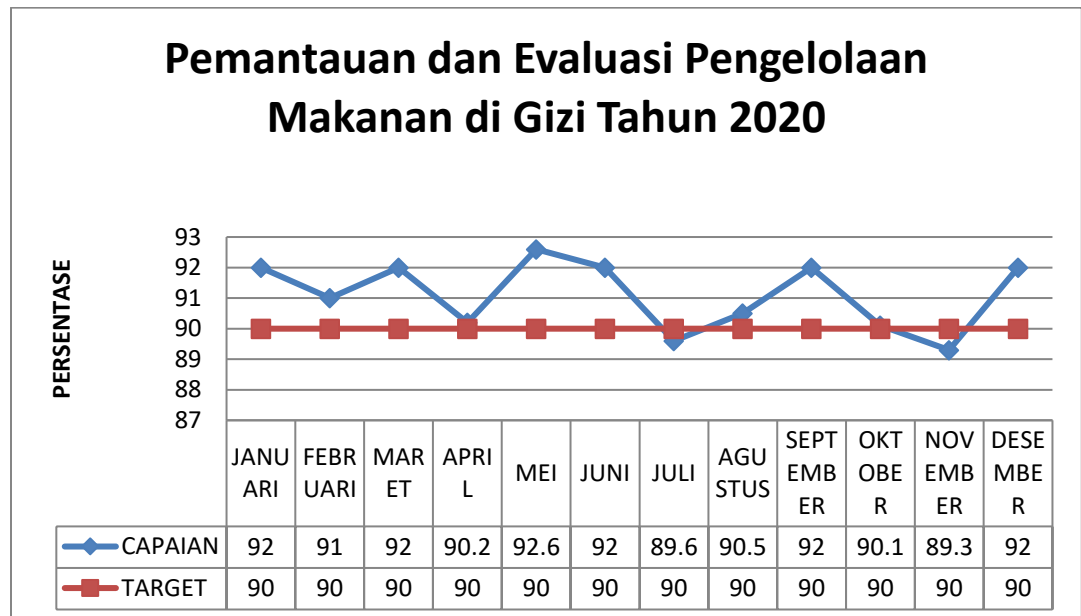
- Penyelenggaraan jenazah terlaksana sesuai dengan status pasien. Pasien covid-19 diselenggarakan di tempat pasien tersebut meninggal tanpa di bawa ke ruangan pemulasaran jenazah.

v. Supervisi Monitoring Evaluasi Ketepatan Penanganan Linen Rumah sakit



Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka kepatuhan penanganan linen, pencegahan dan pengendalian infeksi di Laundry pada Tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Kepatuhan 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 Tahun 2020 yaitu 90,6%.

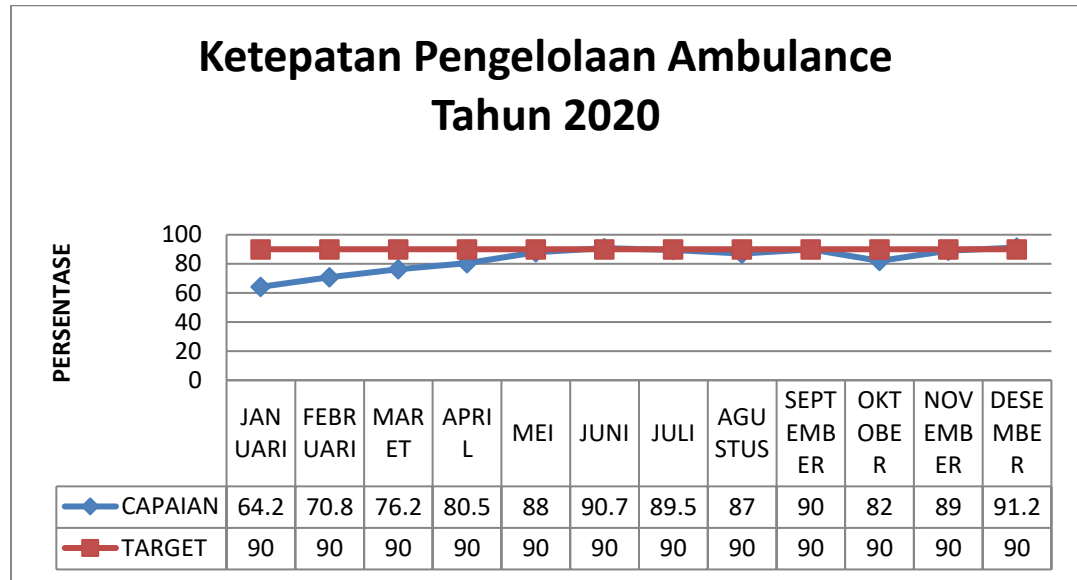
- w. Supervisi Monitoring Evaluasi pemantauan dan Evaluasi Pengelolaan Makanan di Gizi.



Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka pemantauan dan evaluasi pengelolaan makanan di Gizi pada Tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%), dengan capaian rata-rata yaitu 91,1%. Analisa yang didapatkan pada grafik diatas adalah hasil dari pemantauan suhu yang selalu tinggi terutama di tempat pengelolaan makanan dan masih ditemukan vector. Ehouse fan tidak berfungsi dengan baik.

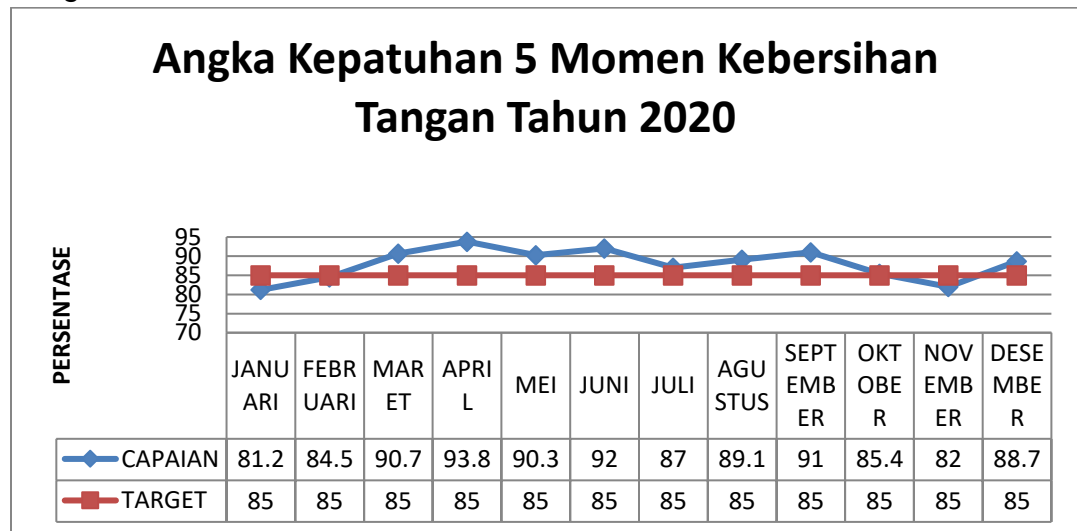


x. Supervisi Monitoring Evaluasi Ketepatan Pengelolaan Ambulance



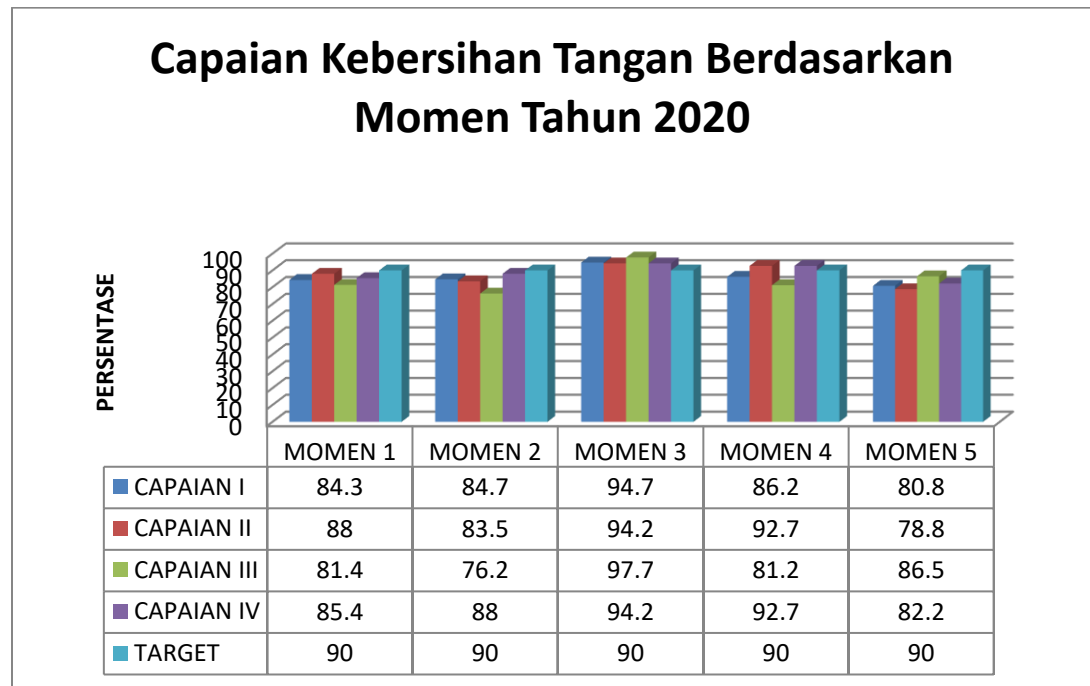
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka ketepatan pengelolaan ambulance pada Tahun 2020 terendah pada bulan Januari yaitu 64,2%, rata-rata ketepatan pengelolaan ambulance adalah (83,2%). Permasalahan yang ditemukan adalah tempat tidur pasien di ambulance tidak di dekontaminasi setiap setelah digunakan belum dilakukan dengan maksimal dan APD belum lengkap tersedia di unit kerja petugas ambulance, masih dipenuhi oleh unit-unit lainnya.

- y. Supervisi Monitoring Evaluasi Angka kepatuhan 5 Momen Kebersihan Tangan



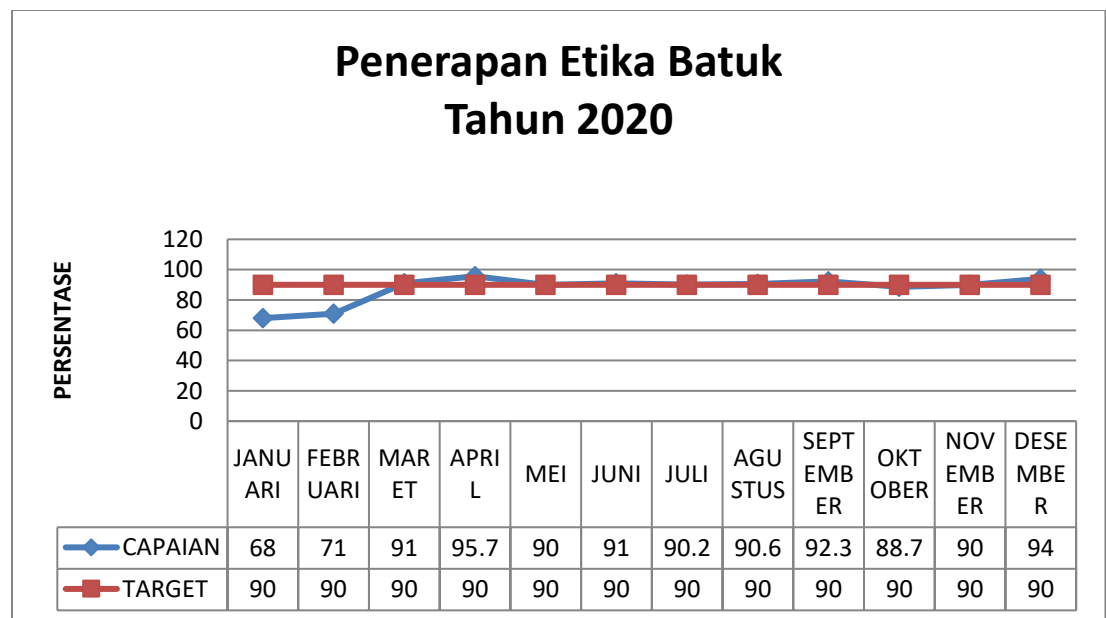
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat penerapan kebersihan tangan pada Tahun 2020 cenderung fluktuatif, dimana angka yang tertinggi pada bulan April 90,7% sudah mencapai target yang ditetapkan (90%) dan angka terendah pada bulan Januari yaitu 81,2%%. Rata-rata kebersihan tangan pada Tahun 2020 adalah 87,9%. 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.

- z. Supervisi Monitoring Evaluasi Capaian Kebersihan Tangan Berdasarkan Momen.



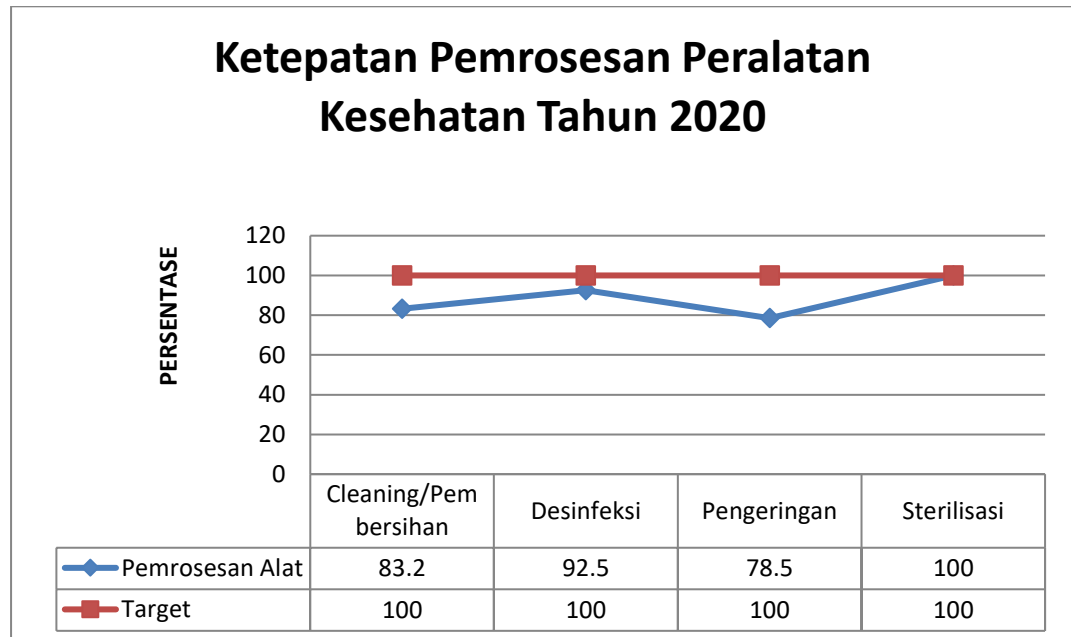
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat bahwa capaian kebersihan tangan per momen pada Tahun 2020 adalah momen 1 (83,3%), momen 2 (84,4%), momen 3 (94%), momen 4 (89,1%) dan momen 5 (84,3%). Nilai tertinggi pada momen 3 setelah terpapar cairan tubuh pasien (94%) dan sudah mencapai target yang ditetapkan. Sedangkan momen yang lain belum mencapai target yang ditetapkan, nilai terendah pada momen 1 yaitu sebelum kontak dengan pasien sebanyak 83,3%. 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).

aa. Supervisi Monitoring Evaluasi Penerapan Etika Batuk



Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat penerapan etika batuk pada Tahun 2020 cenderung meningkat, dimana angka yang tertinggi pada bulan April 95,7%, sudah mencapai target yang ditetapkan (90%) dan angka terendah pada bulan Februari 71%, masih dalam kategori target belum tercapai. Rata-rata penerapan etika batuk pada Tahun 2020 adalah 87,7%.

bb. Supervisi Monitoring Evaluasi Pemrosesan Peralatan Perawatan pasien di CSSD



Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka ketepatan pemrosesan peralatan kesehatan di CSSD pada Tahun 2020 sudah belum sesuai standar yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan pengelolaan peralatan kesehatan di CSSD adalah 88,5%. Angka kepatuhan pengelolaan peralatan kesehatan di CSSD pada proses pengeringan masih dibawah standar yaitu 78,5%, hal ini disebabkan alat pengeringan tidak bisa beroperasi dengan baik, sehingga pada saat mensterilkan alat, masih ditemukan peralatan berembun.

[illegible][illegible]

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat fasilitas pembuangan limbah pada Tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata fasilitas pembuangan limbah pada Tahun 2020 adalah 86,4%. Trolley besar untuk pengangkutan sampah dari unit ke penampungan dalam kondisi tidak tertutup karena masih rusak. Tempat TPS sampah infeksius tidak layak.

## B. Laporan Kinerja PPI

Sumber Daya manusia

Pola ketenagaan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

| NO | Jabatan | Kualifikasi  | Kebutuhan | Tersedia  |
|----|---------|--|-----------|---|
| 1  | IPCD    | 1. S1 kedokteran<br>2. Mengikuti pelatihan PPI Dasar<br>3. Mengikuti Pelatihan IPCD<br>4. Memiliki Leadership                                | 1 orang   | 1 (100%)<br>1 Ketua<br>komite                                       |
| 2  | IPCN    | 1. Pendidikan minimal S1 keperawatan<br>2. Pengalaman sebagai karu/setara<br>3. Memiliki sertifikat PPI Dasar<br>4. Memiliki sertifikat IPCN | 3 orang   | 3 (100%)<br>Purna waktu.<br>1 orang<br>rencana<br>pelatihan<br>IPCN |
| 3  | IPCLN   | 1. Pendidikan minimal D3 Keperawatan<br>2. Memiliki sertifikat PPI<br>3. Memiliki komitmen di bidang PPI<br>4. Memiliki Leadership           | 16 orang  | 12 orang<br>IPCLN<br>rawatan<br>4 orang<br>penunjang unit           |

### C. Kegiatan pelayanan

#### 1. Program manajerial

##### a. Menyusun Program Komite PPI

Evaluasi : Tersusunnya program kerja komite PPI, tercapai 80%

##### b. Menyusun rencana kebutuhan anggaran

Evaluasi : Tidak tercapai karena tidak memiliki anggaran tersendiri

##### c. Melakukan pertemuan berkala

Evaluasi : Tidak tercapai pertemuan karena ketersediaan waktu pada saat pandemi

##### d. Mengadakan pertemuan insidentil

Evaluasi : Terlaksana sebanyak 1 kali bimbingan teknis pada saat sebelum akreditasi SNARS edisi 1.1

#### 2. Program peningkatan SDM

| NO | TANGGAL ORIENTASI | INSTITUSI                             | JUMLAH   |
|----|-------------------|---------------------------------------|----------|
| 1. | 22 Januari 2020   | Pegawai Baru BLUD                     | 1 orang  |
| 2. | 10 Februari 2020  | FK UNAND                              | 3 orang  |
| 3. | 17 Februari 2020  | STIKES Perintis DIII Analis Kesehatan | 6 orang  |
| 4. | 9 Maret 2020      | STIKES Mercubakti Jaya Padang         | 71 orang |
| 5. | 10 September 2020 | FK UNAND                              | 6 orang  |
| 6. | 17 Desember 2020  | STIKES Syedza Saintika                | 25 orang |



## **BAB IV PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

#### **1. Capaian indikator kinerja PPI Tahun 2020**

##### **a. Optimalisasi tata kelola dan koordinasi program PPI**

- Tersusun program kerja Komite PPIRS 1 tahun periodik
- Manajemen PPI harus sesuai dengan kebijakan manajemen Rumah sakit
- Terselenggaranya rapat koordinasi dengan Komite K3RS dan Komite Mutu/PMKP

##### **b. Meningkatkan kuantitas dan kualitas/kompetensi SDM Komite PPIRS**

- Persentase IPCN yang terlatih 2 orang
- Persentase IPCN yang belum terlatih 1 orang
- Laporan bulanan PPIRS

##### **c. Mengoptimalkan pendidikan dan pelatihan PPI**

- Monitoring dan evaluasi edukasi bagi pasien dan keluarga di rawat inap
- Mengajukan rekomendasi pelatihan untuk meningkatkan kemampuan SDM RS dalam bidang PPI
- Pembelajaran metode ceramah atas kerjasama dengan Komite Komkordik

#### **2. Perumusan Masalah**

Hasil monitoring dan evaluasi Program kerja PPI Tahun 2020 menunjukkan bahwa secara bertahap kinerja program menuju sasaran yang telah ditetapkan. Setelah dilakukan analisa menggunakan fish bone maka dapat direncanakan tindakan perbaikan berdasarkan faktor penyebab masalah.

Melalui proses analisa, dimana risiko petugas mendapat infeksi silang akibat pemakaian APD tidak sesuai indikasi, sehingga pada saat melakukan kebersihan tangan juga tidak sesuai karena petugas menggunakan handscoon setiap shift dinas.

Oleh karena itu, diperlukan tindak lanjut segera untuk mengatasi masalah ini sesuai dengan alternative pemecahan masalah dengan melakukan validasi data.

### **B. Saran**

1. RE-edukasi tentang potensial resiko akibat tidak menerapkan cuci tangan yang benar
2. Lakukan pengawasan kepatuhan pemakai APD sesuai indikasi
3. Beri reward dan punisman kepada petugas terkait kepatuhan Hand Hygiene
4. Lakukan kebersihan tangan sesuai 5 momen
5. Pastikan semua petugas tidak ada yang memakai perhiasan seperti cincin ketika melakukan hand hygiene dan memberikan pelayanan kepada pasien

6. Sediakan poster/stiker kebersihan tangan seperti wastafel, tempat menggantung handrub, dll
7. Upayakan ketersediaan cairan pencuci tangan, handrub dan tissue pengering.
8. Kepala unit/ruangan beri etauladanan bagi staf dengan contoh perilaku sesuai SPO hand hygiene.