

**LAPORAN PELAKSANAAN PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI  
RSUD Dr.MUHAMMAD ZEIN PAINAN  
TAHUN 2022**



**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 Pencegahan dan pengendalian Infeksi di RSUD Dr.Muhammad Zein Painan Tahun 2022.**

Sebagaimana Program PPI pada Tahun 2022 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, 12 Januari 2023  
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. Kejadian infeksi rumah sakit sudah menjadi perhatian serius dari Institusi Pelayanan Kesehatan. Karena dampaknya sangat merugikan terhadap pasien maupun Institusi itu sendiri.

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 dilingkungan RSUD Dr.Muhammad Zein Painan, baik petugas, pasien maupun pengunjung dengan komitmen yang tinggi dari pimpinan manajemen sampai kepada karyawan pelaksana.

Komite PPI setiap tahunnya membuat program kerja Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RSUD Dr.Muhammad Zein Painan tentang Surveilans HAI dan Kewaspadaan Standar. Hal ini dilakukan agar RSUD Dr.Muhammad Zein Painan selalu dapat memantau kejadian infeksi dan kecenderungan trend infeksi rumah sakit yang terjadi di rumah sakit, sehingga dapat segera memberikan intervensi dan evaluasi cepat yang tepat.

## **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 2022 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 2022
- Untuk mengetahui evaluasi, realisasi kegiatan Komite PPI di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Tahun 2022

## **BAB II PROGRAM KERJA**

### **1. Penerapan Kewaspadaan Isolasi**

#### **a. Kebersihan tangan (*Hand Hygiene*)**

- Monitoring dan audit kepatuhan 5 moment kepada petugas baik klinis maupun non klinis
  - \* Pelaksana kegiatan : IPCN dan IPCLN
  - \* Waktu pelaksanaan : Setiap bulan
  - \* Cara melaksanakan : Melakukan pengamatan kepada staf/petugas baik klinis maupun non klinis tentang kepatuhan 5 moment hand hygiene
- Monitor dan audit kelengkapan fasilitas kebersihan tangan
  - \* Pelaksana Kegiatan : IPCN dan IPCLN
  - \* Waktu pelaksanaan : setiap bulan
  - \* Cara melaksanakan : melakukan pengamatan kelengkapan fasilitas kebersihan tangan baik handrub maupun handwash
- Edukasi Kebersihan Tangan
  - \* Pelaksana Kegiatan : IPCN, IPCLN dan Perawat pelaksana
  - \* Waktu pelaksanaan : setiap hari
  - \* Cara melaksanakan : melakukan edukasi kepada seluruh staf, mahasiswa, pasien, keluarga, dan pengunjung

#### **b. Pemakaian alat pelindung diri (APD)**

- 1) Menyusun kebutuhan APD dan monitoring ketersediaan APD secara berkala.
- 2) Pemantauan penggunaan APD sesuai indikasi dan transmisi.
- 3) Audit kepatuhan penggunaan APD sesuai indikasi dan transmisi
- 4) Edukasi secara berkala kepada seluruh staf dan karyawan baru dalam penggunaan APD

#### **c. Dekontaminasi peralatan perawatan pasien**

- 1) Melakukan monitoring terhadap pelayanan sterilisasi
- 2) Sosialisasi tata cara penatalaksanaan perawatan peralatan pasien
- 3) Melakukan uji kultur swab terhadap alat yang sudah dilakukan sterilisasi
- 4) Evaluasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan peralatan yang sudah di jalankan setiap hari guna untuk melakukan pembenahan program CSSD

yang memenuhi standar rumah sakit

- 5) Perbaikan sistem pengelolaan peralatan dan CSSD dari pengaturan ruangan, alur, pendistribusian dan sistem sterilisasi
- 6) Pemantauan pengelolaan peralatan dari pencucian (pre-cleaning, cleaning), desinfeksi, sterilisasi sampai dengan penyimpanan
- 7) Pemantauan pembersihan ruangan dan peralatan di CSSD
- 8) Pemantauan pengujian proses validasi sterilitas peralatan secara berkala
- 9) Pemantauan uji sterilitas ruangan / kualitas udara secara berkala
- 10) Monitoring dan evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan di ruangan maupun CSSD

d. Pengendalian lingkungan

- 1) Pemantauan secara berkala terhadap pembersihan dinding, langit-langit, lantai, atap, pintu, furniture, fixture dan fitting, dan gorden
- 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 di bersihkan dari tumpukan debu dan menghindari pencemaran air minum
- 3) Pemantauan pembersihan lingkungan perawatan dan membatasi peralatan serta perlengkapan pasien yang tidak perlu
- 4) Pemantauan pembuangan sampah yang di hasilkan dari unit penghasil sampah sampai ke tempat pembuangan sampah akhir
- 5) Pemantauan pengendalian binatang, serangga pengganggu di rumah sakit
- 6) Pemantauan uji kualitas udara maupun air secara berkala

e. Pengolahan limbah

- 1) Pengawasan pembuangan limbah sesuai jenisnya dan tempatnya
- 2) Audit kepatuhan pembuangan limbah sesuai jenisnya dan tempatnya
- 3) Pengawasan pada pengelolaan limbah di incinerator
- 4) Monitoring dan evaluasi hasil pengelolaan limbah di incenerator dan instalasi pengolahan limbah (IPAL)

f. Manajemen linen dan laundry

- 1) Sosialisasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan linen diruangan maupun di *laundry*

- 2) Evaluasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan linen yang sudah di jalankan setiap hari guna untuk melakukan pembenahan manajemen linen dan *laundry* yang memenuhi standar rumah sakit
  - 3) Perbaikan sistem pengelolaan linen dan *laundry* dari seting ruangan, alur, dan sistem pendistribusiannya
  - 4) Pemantauan pengelolaan linen dari pencucian (pre-cleaning, cleaning), desinfeksi, sterilisasi sampai dengan penyimpanan
  - 5) Pemantauan pembersihan ruangan dan peralatan di ruang *laundry*
  - 6) Pemantauan uji sterilitas ruangan / kualitas udara secara berkala
  - 7) Monitoring dan evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan di ruang *laundry*
- g. Perlindungan Kesehatan Petugas
- 1) Membuat sistem pelaporan yang jelas bagi petugas atau karyawan yang terpapar atau terkena pejanan
  - 2) Penanganan yang tepat paska pejanan / paparan bagi karyawan / petugas yang terpapar atau terpejan
  - 3) Monitoring dan support kesehatan petugas (pelayanan konseling)
  - 4) Memberikan vaksinasi bila di butuhkan
  - 5) Menyediakan antivirus profilaksis
  - 6) Mengadakan pemeriksaan kesehatan kepada petugas secara berkala
  - 7) Memberikan perawatan dan menjaga kerahasiaan rekam medis
- f. Penempatan pasien (ruang isolasi dan sistem kohorting)
- Penempatan pasien dengan immunocompromised
  - Penempatan pasien dengan Airborne/ disease
  - Edukasi petugas yang akan bertanggung jawab dalam melaksanakan tugas di ruang isolasi
- g. Kebersihan pernafasan ( etika batuk )
- Edukasi etika batuk / bersin kepada seluruh petugas, pasien, keluarga dan pengunjung.
- h. Teknik menyuntik yang aman
- 1) Audit kepatuhan dalam tindakan tehnik menyuntik yang aman
  - 2) Melakukan pelatihan praktik penyuntikan yang aman

- i. Investigasi outbreak/ kejadian luar biasa (KLB)
  - 1) Melakukan pengumpulan data deteksi dini penyakit infeksi berpotensi KLB
  - 2) Melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB dirumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
  - 3) Melakukan Analisa terhadap hasil investigasi
  - 4) Menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan jika ada potensial penyebaran infeksi
- j. Peningkatan dan monitoring pelaksanaan pencegahan infeksi VAP, HAP, IADP, IDO, ISK, Plebitis
  - 1) Pelaksanaan audit bundles VAP, HAP, IADP, ISK, IDO, Plebitis
  - 2) Penyusunan laporan hasil audit
  - 3) Perencanaan tindak lanjut terkait audit
- k. Edukasi Pendidikan dan pelatihan PPI
  - 1) Melakukan pelatihan PPI rutin periodik pada seluruh karyawan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan
  - 2) Melakukan pelatihan PPI rutin periodik pada seluruh peserta didik yang praktek RSUD Dr. Muhammad Zein Painan
  - 3) Melakukan penyuluhan tentang PPI pada pasien dan pengunjung rumah sakit
  - 4) Mengikuti tentang pelatihan secara berkelanjutan tentang PPI bagi komite PPI, IPCD, IPCN, IPCLN.
- l. Program surveilans HAIs
  - 1) Melakukan pengumpulan data HAIs (surveilans HAIs )
    - (a) Data insiden rate VAP
    - (b) Data insiden rate HAP
    - (c) Data insiden rate IADP
    - (d) Data insiden rate IDO
    - (e) Data insiden rate ISK
    - (f) Data insiden rate plebitis
  - 2) Melakukan entry data surveilans
  - 3) Membuat analisis data dan interpretasi hasil surveilans
  - 4) Menyusun laporan surveilan



### BAB III

#### HASIL KEGIATAN DAN ANALISA

#### A. HASIL

Pencapaian kinerja program pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit Tahun 2022 di RSUD Dr.Muhammad Zein Painan berdasarkan indikator kinerja yang telah ditetapkan tahun 2022 dapat di jabarkan sebagai berikut :

##### 1. Kebersihan Tangan

##### a. Kepatuhan Kebersihan Tangan

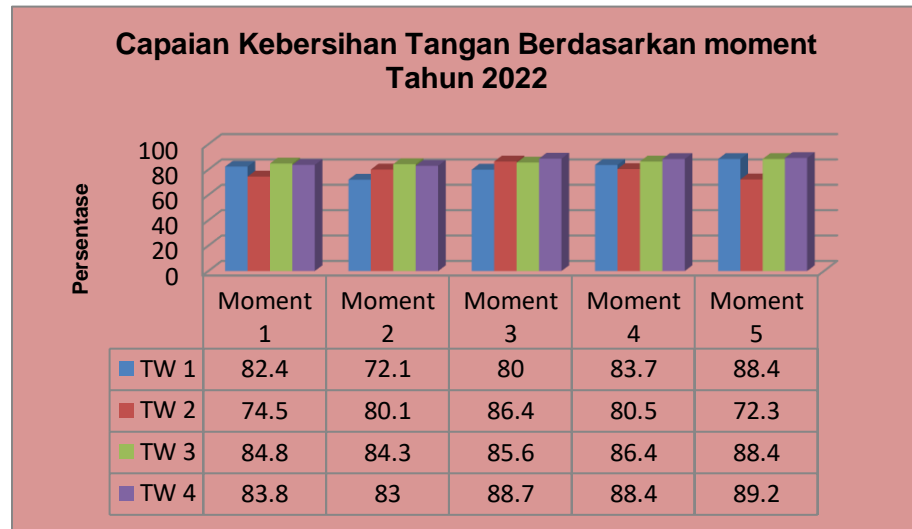


**Analisa :** Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat bahwa kepatuhan kebersihan tangan petugas cenderung meningkat dengan nilai rata-rata kepatuhan di atas standar yang ditetapkan (86,7%). Kepatuhan kebersihan tangan merupakan hal yang penting bagi petugas sehingga trend kebersihan tangan terus meningkat meskipun tidak signifikan.

Rekomendasi

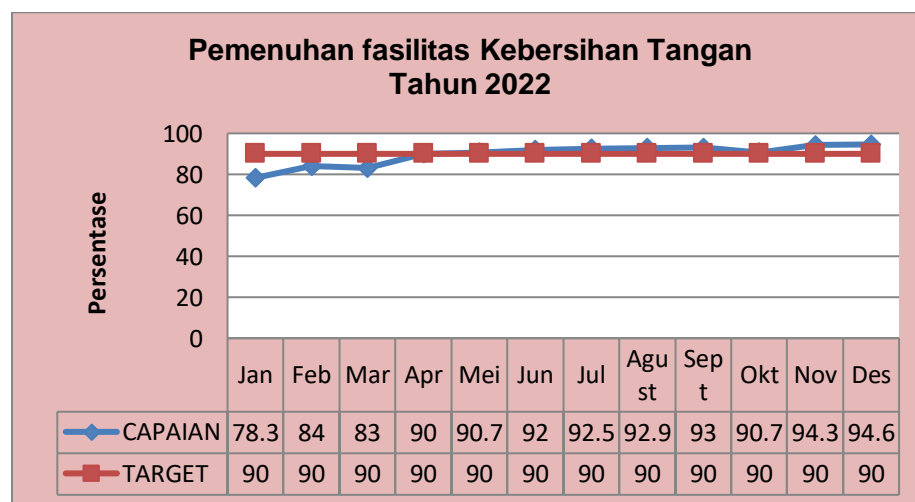
1. Pertahankan capaian kepatuhan kebersihan tangan
2. Lakukan monitoring dan evaluasi tentang pelaksanaan kebersihan tangan.

**b. Capaian Kebersihan Tangan Berdasarkan Moment**



**Analisa :** Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat bahwa capaian kebersihan tangan berdasarkan momen adalah momen 1 (81,4%), momen 2 (79,9%), momen 3 (85,2%), momen 4 (84,8%) dan momen 5 (84,6%). Nilai tertinggi pada momen 3 setelah kontak dengan cairan tubuh pasien. Berdasarkan pengamatan IPCN di lapangan, kurangnya angka kepatuhan kebersihan tangan ini pada moment diaman saat sebelum disebabkan karena petugas belum merasa bahwa melakukan kebersihan hanya untuk melindungi diri petugas. Untuk moment setelah mendapatkan hasil di atas target yang ditentukan.

**c. Audit fasilitas Kebersihan Tangan**



**Analisa :** Berdasarkan grafik diatas, dapat dilihat pemenuhan fasilitas cuci tangan pada tahun 2022 sudah memenuhi standar dengan rata-rata 90,3%.

**Rekomendasi :**

1. Mempertahankan pemenuhan sarana dan prasarana kebersihan tangan
2. Lakukan monitoring pemenuhan sarana dan prasarana kebersihan tangan.

**d. Pelaksanaan Edukasi Kebersihan Tangan dan Etika Batuk**

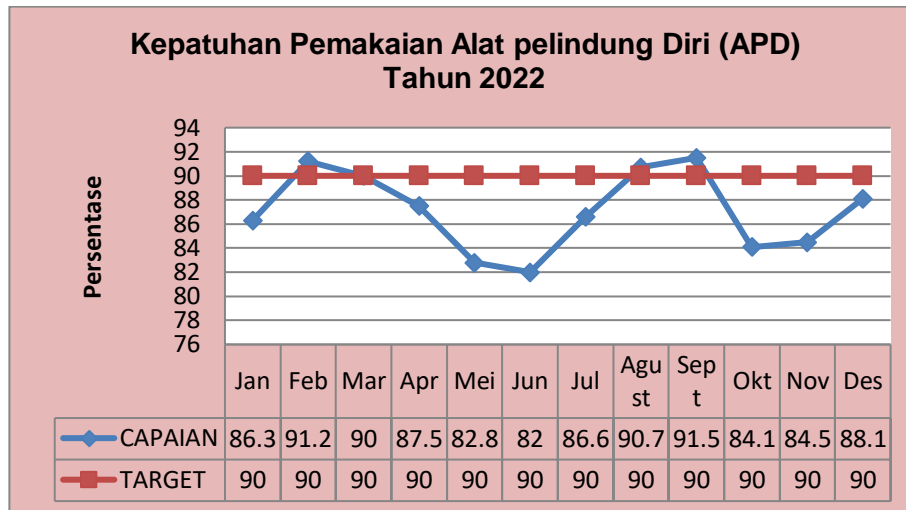


**Analisa :** Berdasarkan grafik diatas, dapat dilihat angka kepatuhan pelaksanaan edukasi kebersihan tangan dan etika batuk dengan rata-rata 92,6% pada tahun 2022. Hal ini di dukung oleh pemahaman petugas untuk mengedukasi orang lain tentang resiko bila tidak melakukan kebersihan tangan dan menerapkan etika batuk.

**Rekomendasi :**

1. Pertahankan capaian dalam edukasi etika batuk dan kebersihan tangan
2. Lakukan monitoring dan evaluasi terkait edukasi etika batuk dan kebersihan tangan.

## 2. Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD)



**Analisa :** Berdasarkan grafik diatas, dapat dilihat rata-rata angka kepatuhan pemakaian alat pelindung diri sesuai indikasi dan transmisi pada tahun 2022 adalah 87,1%. Hal ini menunjukkan dalam rentang waktu 1 tahun menunjukkan grafik berfluktuasi turun naik kemungkinan disebabkan karena kurangnya pemahaman petugas tentang pentingnya penggunaan APD yang benar sesuai indikasi serta transmisi.

Rekomendasi :

1. Lakukan monitoring dan evaluasi terkait pemakaian APD sesuai transmisi dan indikasi
2. Lakukan sosialisasi berkala tentang penggunaan APD sesuai indikasi dan transmisi
3. Koordinasi dengan manajemen terkait pengadaan sarana dan prasarana.
4. Koordinasi dengan manajemen jika ada reward untuk petugas yang selalu patuh terhadap SPO yang ada.

[illegible]

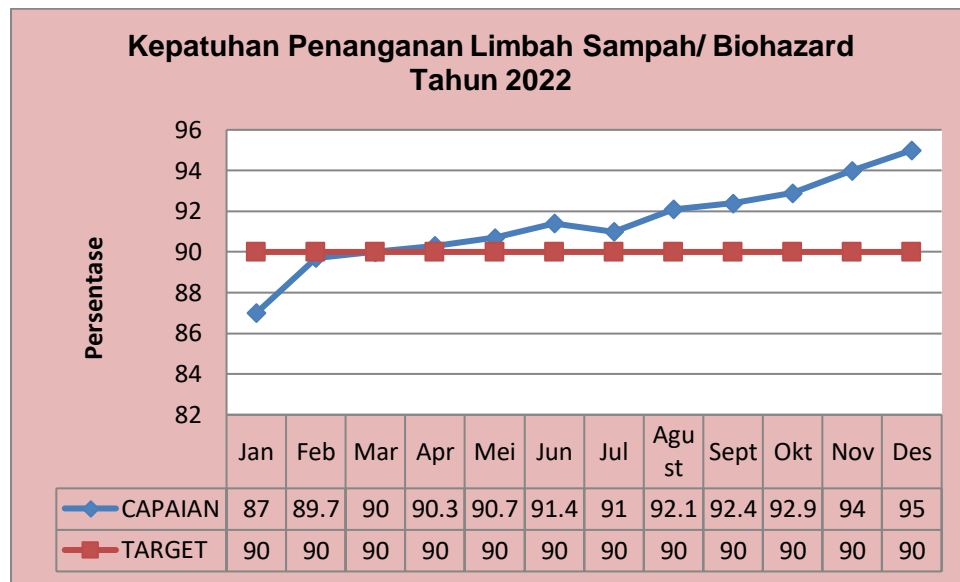
**Analisa :** Berdasarkan grafik diatas, dapat dilihat rata-rata angka pengendalian lingkungan di rumah sakit sudah mencapai target yang ditentukan yaitu 90,3%.

**Rekomendasi :**

1. Lakukan monitoring dan evaluasi terkait kebersihan lingkungan
2. Lakukan perbaikan-perbaikan dalam kebersihan lingkungan terkait pemeriksaan kualitas udara.

**5. Pengelolaan Limbah**

**a. Kepatuhan Penanganan Limbah**

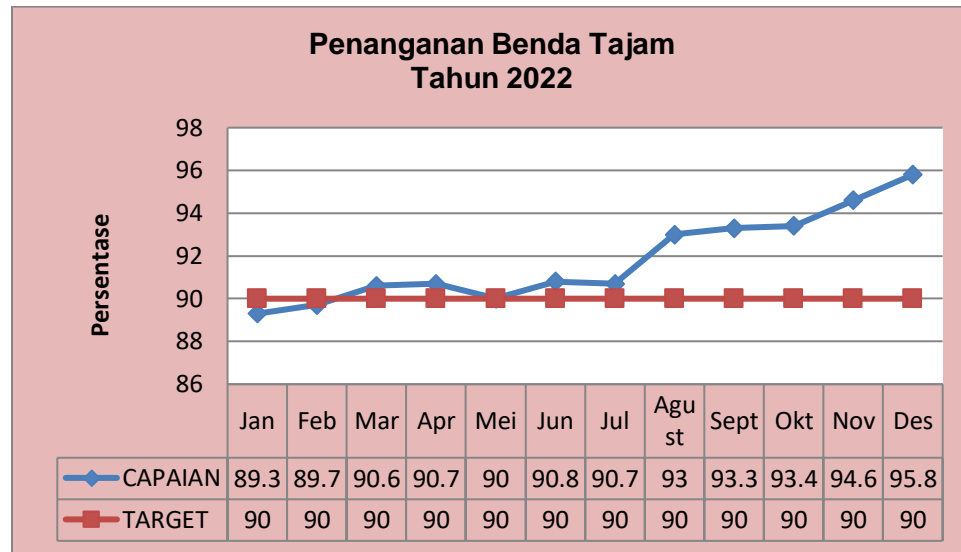


**Analisa :** Berdasarkan grafik diatas, dapat dilihat rata-rata angka kepatuhan penanganan limbah adalah 91, 4%, ini sudah mencapai target yang ditentukan.

**Rekomendasi :**

Lakukan audit kepatuhan pengelolaan limbah sampah pada kepatuhan pemakaian APD petugas.

**b. Kepatuhan Penanganan Benda Tajam**



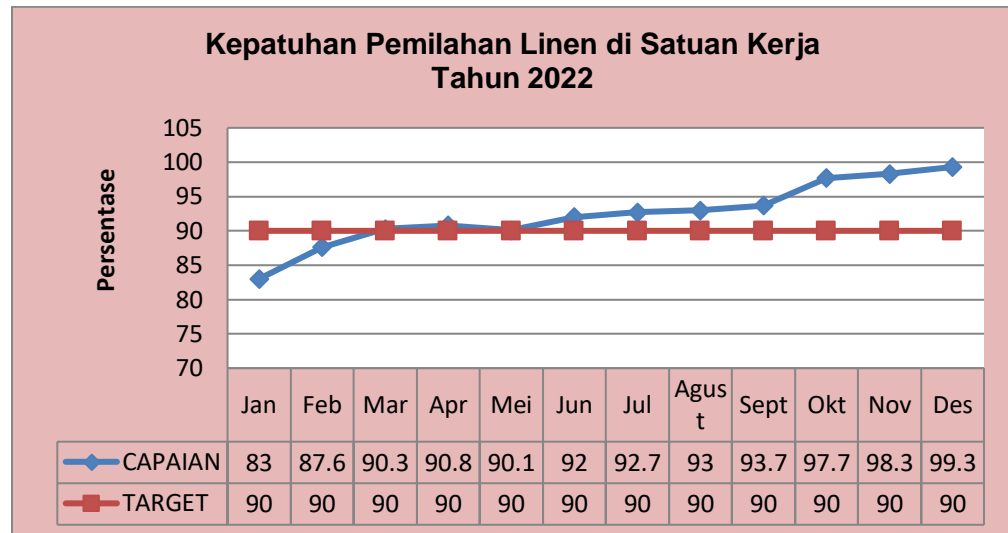
**Analisa :** Berdasarkan grafik diatas, dapat dilihat bahwa ketepatan penanganan benda tajam sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan dengan rata-rata 91,8%. Dalam tahun 2022 ada satu insiden petugas terkena benda tajam, hal ini disebabkan oleh kurang nya kepatuhan petugas dalam penanganan benda tajam secara teliti dan kurang hati-hati.

**Rekomendasi :**

Pertahankan capaian kepatuhan pemilahan benda tajam yang dilakukan oleh petugas.

## 6. Manajemen Linen dan laundry

a. **Supervisi dan monitoring/ evaluasi kepatuhan penanganan linen di satuan kerja Tahun 2022.**



**Analisa :** Berdasarkan grafik diatas, dapat dilihat angka kepatuhan penanganan linen di satuan unit kerja sudah mencapai standar yang ditetapkan dengan rata-rata 92,4%.

### Rekomendasi :

Pertahankan kepatuhan petugas dalam pemilahan linen di satuan kerja, dan lakukan monitoring dan evaluasi terkait pemilahan linen di satuan kerja.

**b. Manajemen linen di laundry**



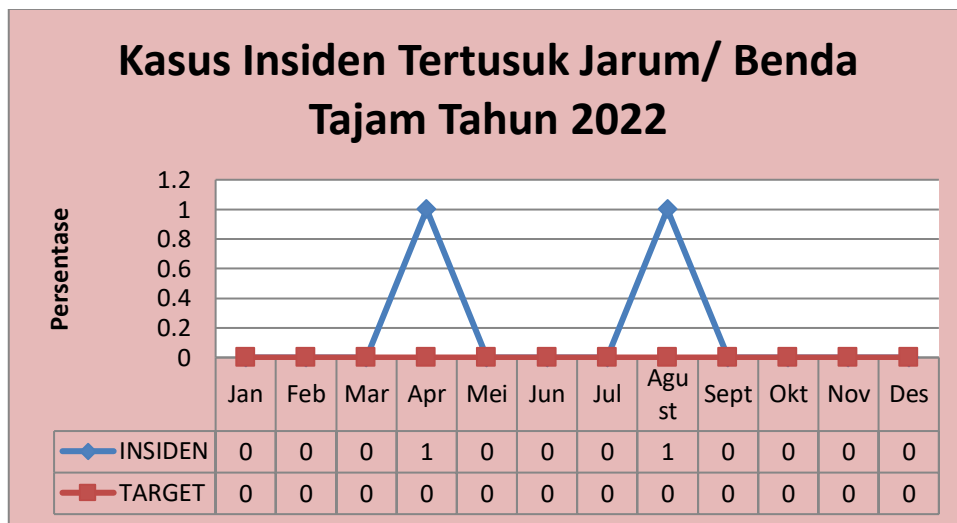


**Analisa :** Berdasarkan grafik diatas, dapat dilihat bahwa pengelolaan linen di unit laundry dengan rata-rata 89,3%. Hal ini belum mencapai standar yang ditetapkan karena pada proses pencucian dalam tahun 2022 ada kasus pencucian linen dilakukan ulang karena masih terdapat noda cairan tubuh pasien pada linen.

**Rekomendasi :**

1. Melakukan monitoring terkait proses pencucian linen di unit kerja laundry.
2. Monitoring ketersediaan BHP bahan pencucian

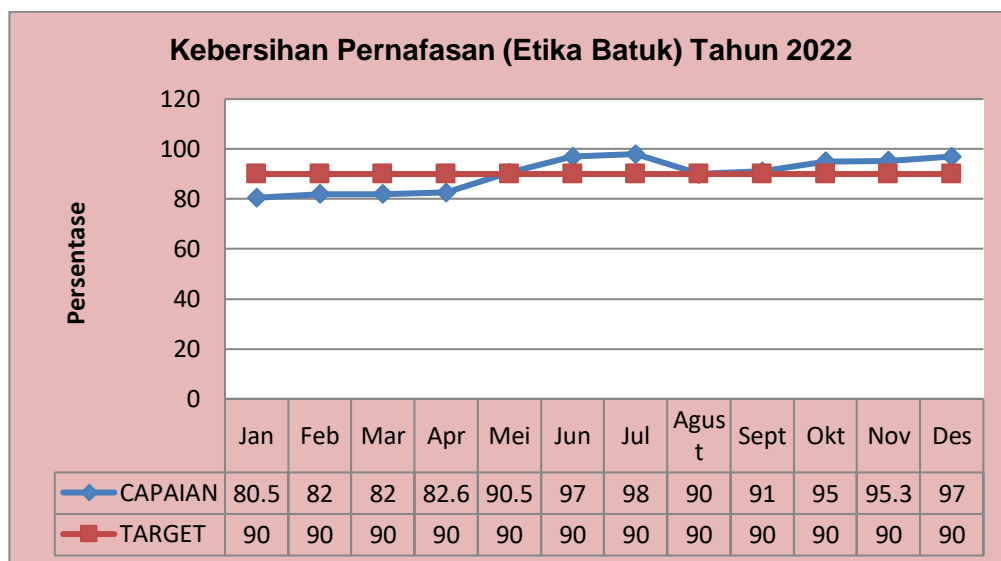
**7. Perlindungan Kesehatan Petugas**



**Analisa :** Berdasarkan grafik diatas, dapat dilihat pada tahun 2022 ada terdapat insiden tertusuk benda tajam yang dialami oleh petugas cssd, pada saat melakukan pre-cleaning.

**Rekomendasi :**

1. Lakukan monitoring terkait kepatuhan pemilahan benda tajam di unit kerja
2. Monitoring kepatuhan petugas dalam pengelolaan benda tajam

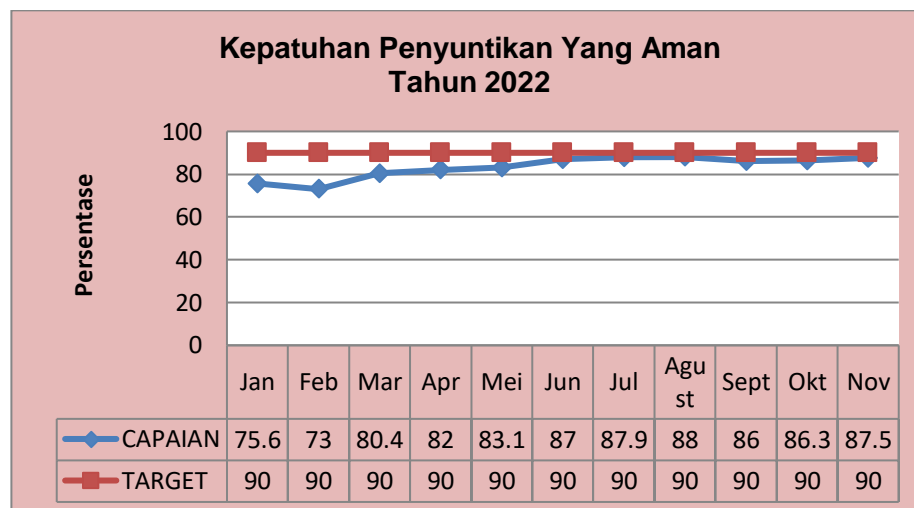


**Analisa :** Berdasarkan grafik diatas, dapat dilihat angka kepatuhan penerapan kebersihan pernafasan (etika batuk) masih dibawah standar yang ditetapkan dengan rata-rata 90,1%. Hal ini disebabkan karena petugas belum memiliki pemahaman bahwa berguna untuk mencegah penyebaran virus ke udara sehingga tidak menularkan kepada orang lain.

**Rekomendasi :**

Pertahankan capaian keptuhan etika batuk dan edukasi pelaksanaan etika batuk.

## 10. Penyuntikan Yang Aman



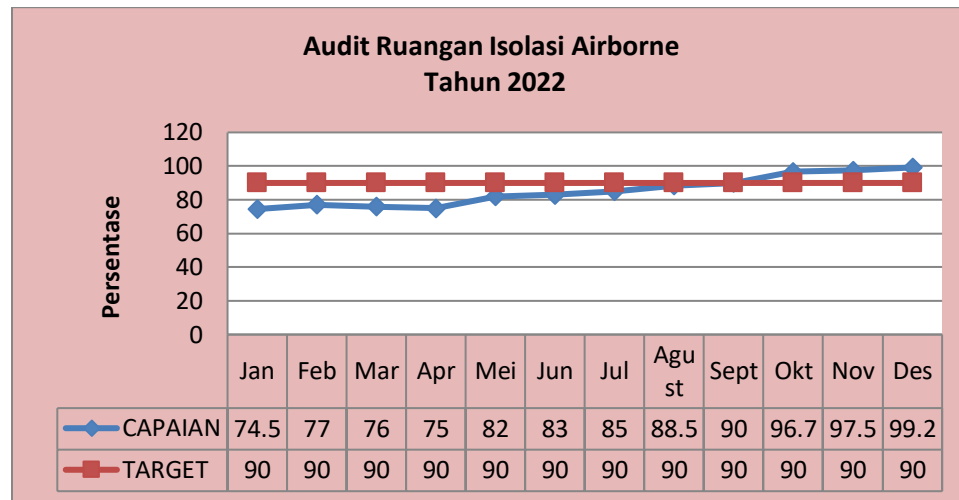
**Analisa :** Berdasarkan grafik diatas, dapat dilihat dapat dilihat angka kepatuhan proses penyuntikkan yang aman pada Tahun 2022 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan proses penyuntikkan yang aman pada Tahun 2022 adalah 83,7%. Hal ini disebabkan dari 8 komponen yang ada disebabkan karena belum ada ruangan khusus proses pengaplusan obat/ ruangan dispensing.

**Rekomendasi :**

1. Lakukan monitoring kepatuhan melakukan tindakan penyuntikan yang aman
2. Usulan pengadaan tutup obat yang multidose oleh kepala ruangan yang memakai obat multidose.

## 11. Ruang Isolasi

### a. Audit Ruang Isolasi Airbone

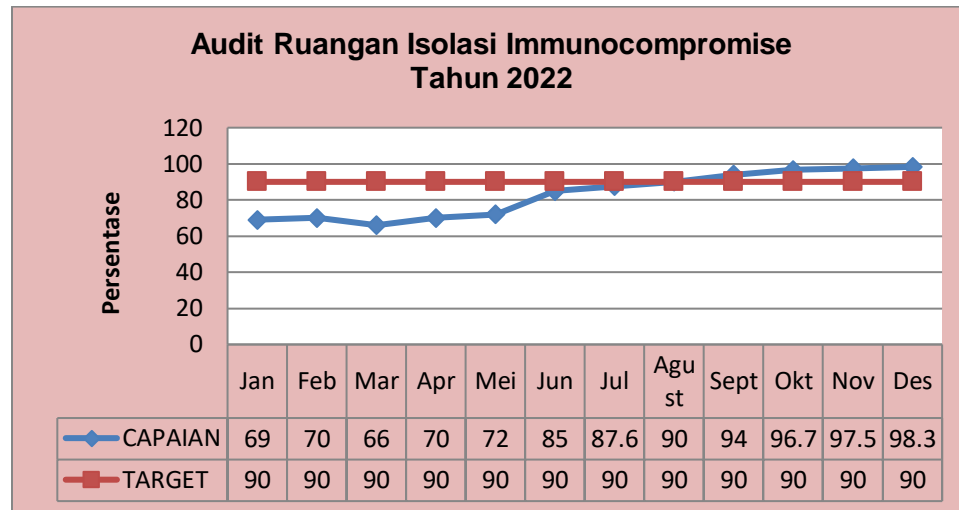


**Analisa :** Berdasarkan grafik diatas, dapat dilihat dapat dilihat audit ruangan isolasi pada Tahun 2022 belum mencapai standar yang ditetapkan (90%). Rata-rata audit ruangan isolasi airborne tahun 2022 adalah 85,4%, hal ini masih disebabkan oleh tidak adanya alat pengukur tekanan udara dan kelembaban seperti pemasangan alat magnehelic dan pengukur ACH dengan menggunakan Veneometer dan alat tulis tidak bisa diletakkan di dalam anteroom karena belum tersedia sarana.

**Rekomendasi :**

1. Monitoring kepatuhan petugas dalam pemakaian APD sesuai transmisi dan indikasi.
2. Usulan pengadaan peralatan magnehelic dan vaneometer.

**b. Audit Ruang Isolasi Immunocompromise**



**Analisa :** Berdasarkan grafik diatas, dapat dilihat audit ruangan isolasi immunocompromise pada Tahun 2022 sudah mencapai standar yang ditetapkan (90%). Rata-rata audit ruangan isolasi airborne tahun 2022 adalah 90%.

**Rekomendasi :**

Pertahankan capaian audit ruangan isolasi immunocompromised.

**12. Investigasi Outbreak/ Kejadian Luar Biasa (KLB)**

Upaya yang dilakukan oleh RSUD Dr. Muhammad Zein Painan untuk mengurangi resiko penyebaran covid-19 adalah :

- a. Pemberian Vaksin Covid-19 terhadap seluruh petugas RSUD Dr. Muhammad Zein Painan
- b. Penyediaan ruangan outbreak bila terjadi lonjakan kasus/ KLB, di ruangan Kls III Terpadu untu rawatan,dan Untuk pasien yang masuk dari IGD, penempatan pasien di ruangan outbreak IGD.

**B. Edukasi Pendidikan dan Pelatihan**

Kegiatan :

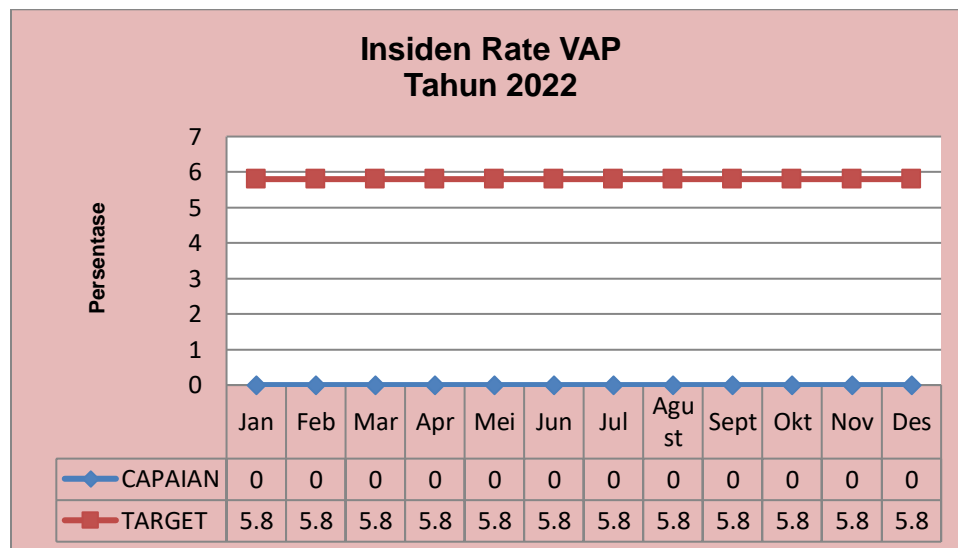
- a. Monitoring dan evaluasi penyelenggaraan edukasi PPI melalui media PKRS bagi pasien dan keluarga.
  - Selama Tahun 2022, Program edukasi PPI bagi keluarga dan pengunjung pasien masih dilaksanakan pada masing-masing satuan kerja.
  - Untuk rawat jalan bekerjasama dengan PKRS. Telah tersedia leaflet

sebagai media edukasi yang berisi materi PPI dan sudah terjadwal di PKRS.

- b. Melaksanakan sosialisasi kebijakan PPI kepada karyawan/ petugas kesehatan.
  - Selama tahun 2022, sosialisasi kebijakan PPI termasuk SPO PPI kepada karyawan/ petugas kesehatan berjalan dengan baik dimana kegiatan ini dilakukan sejalan dengan tugas supervisi IPCN ke unit kerja masing-masing yang dibuktikan dengan adanya form edukasi di buku kerja IPCN.
- c. Melaksanakan kegiatan proses pembelajaran melalui metode ceramah dan demonstrasi pada acara Pendidikan dan Pelatihan PPI bekerja sama dengan Bidang Diklat RSUD Dr.Muhammad Zein Painan dan Narasumber dari Organisasi HIPPII.
- d. Layanan orientasi PPI kepada karyawan, PPDS Obgyn, Interne dan Bedah dan mahasiswa baru rutin dilakukan melalui kerjasama dengan bagian Komite Koordinasi Pendidikan (Korkordik)

### C. Surveilans HAIs

- a. Insiden Rate Infeksi VAP (Ventilator Associated Pneumonia) Tahun 2022



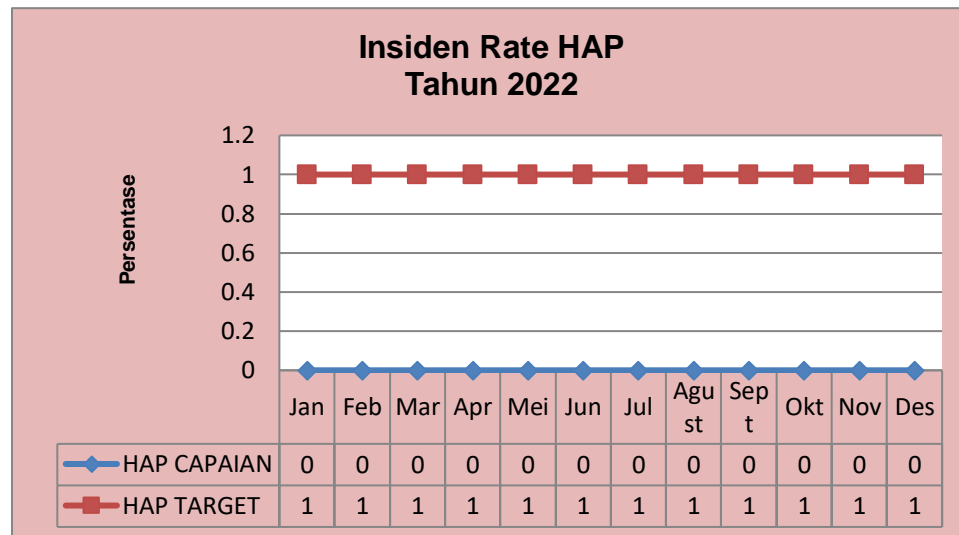
**Analisa** : Berdasarkan hasil laporan Insiden Rate Ventilator Associated Pneumonia (VAP) pada Tahun 2022, didapatkan angka kejadian VAP adalah 0‰. Selama Tahun 2022 didapatkan pemasangan ventilator pada bulan

september dan desember, sedangkan pada bulan yang lainnya tidak ada ditemukan.

**Rekomendasi :**

1. Melakukan monitoring terkait kejadian VAP
2. Memotivasi petugas dalam penerapan bundle VAP

b. Insiden Rate HAP (Hospital Acquired Pneumonia) Tahun 2022

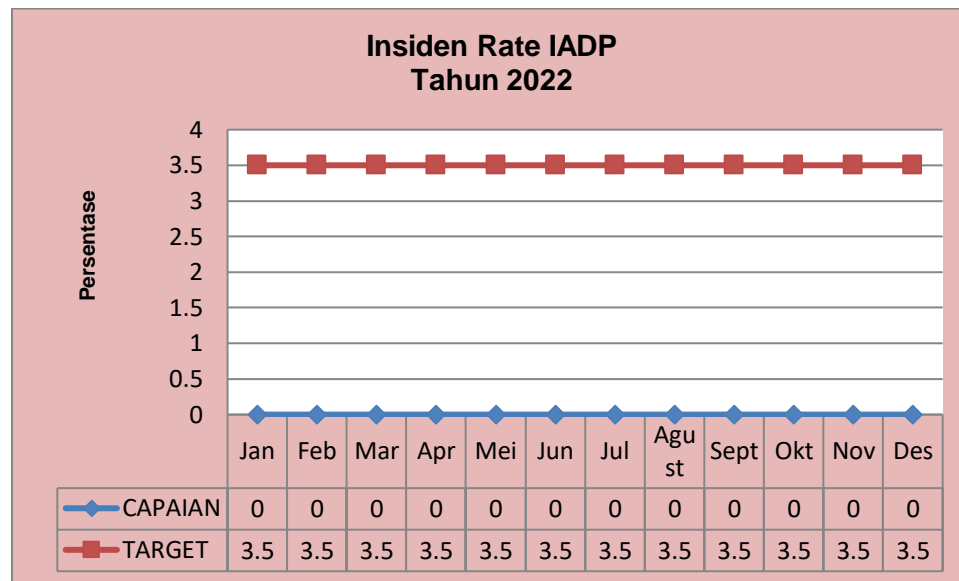


**Analisa :** Insiden Rate Hospital Acquired Pneumonia (HAP) tahun 2022 tidak terjadi (0%).

**Rekomendasi :**

1. Melakukan monitoring terkait kejaadian HAP
2. Memotivasi petugas dalam penerapan bundle HAP

c. Insiden Rate IAD (Infeksi Aliran Darah) Tahun 2022

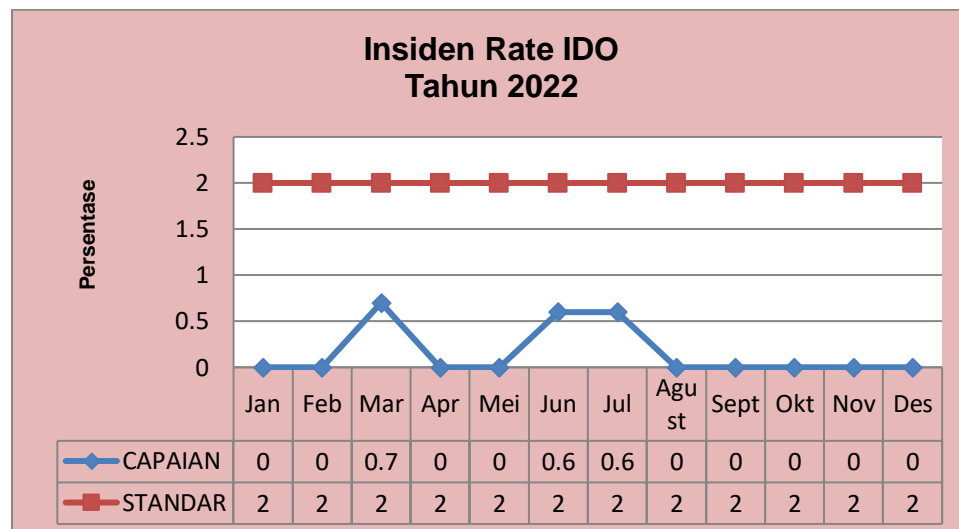


**Analisa :** Insiden rate Infeksi Aliran Darah (IAD) pada tahun 2022 tidak terjadi (0%) .

**Rekomendasi :**

1. Melakukan monitoring terkait perawatan pasien dengan tirah baring
2. Memotivasi petugas dalam penerapan bundle HAP

d. Insiden Rate IDO (Infeksi Daerah Operasi) Tahun 2022



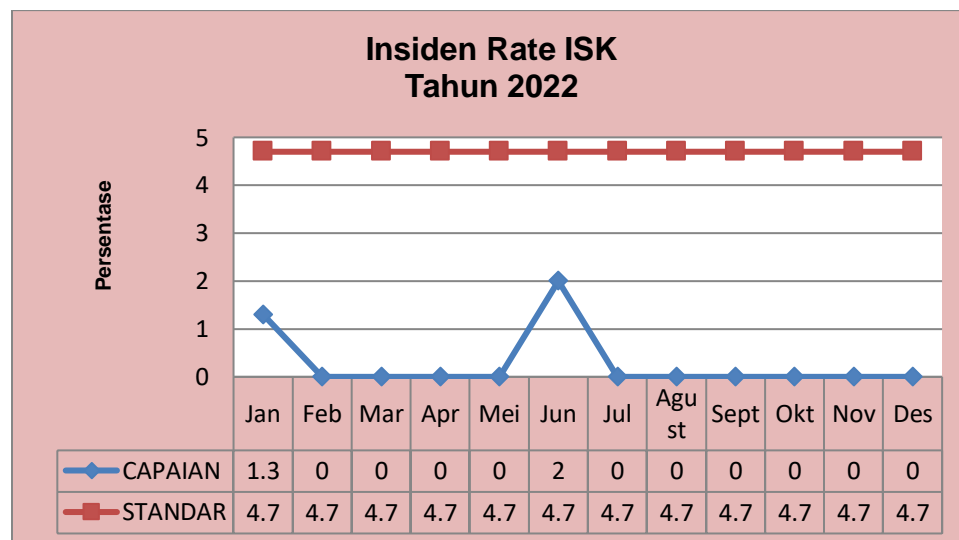
**Analisa :** Insiden rate (IDO), didapatkan angka kejadian IDO 3 kasus dengan rata-rata angka kejadian Infeksi daerah operasi IDO dari 1706 Jumlah Operasi adalah 0,2% pada tahun 2022. Ini masih dibawah standar yang ditetapkan.



**Rekomendasi :**

1. Kepatuhan pelaksanaan SPO perawatan luka oleh petugas
2. Bundle IDO harus dijalankan semaksimal mungkin
3. Koordinasi dengan kepala ruangan untuk pengusulan alat set redresing luka
4. Perlu diberikan indikator steril dalam bowl
5. Lakukan pemeriksaan kuman ruangan OK,KB dan usap alat set redresing, tempat tidur OK dan KB, dinding dan lantai OK, Lampu OK
6. Lakukan kultur pus luka daerah operasi

e. Insiden Rate ISK (Infeksi Saluran Kemih) Tahun 2022

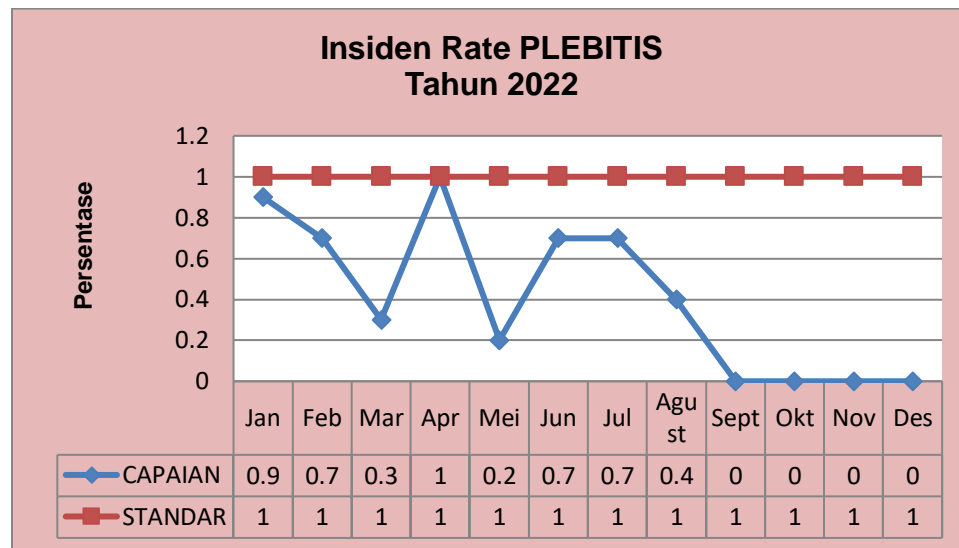


**Analisa :** Insiden Rate Infeksi Saluran Kemih (ISK) pada Tahun 2022 adalah 3 kasus isnden rate dengan rata-rata 0,03‰ dari 9873 hari pemasangan kateter urine, Infeksi saluran kemih masih dibawah standar yang ditetapkan ( $\leq 4,7\%$ ).

**Rekomendasi :**

1. Lakukan pemantauan pada saat pemasangan kateter urine
2. Monitoring penerapan bundle insersi dan maintenance kateter urine
3. Monitoring dalam pembersihan meatus pasien

f. Insiden Rate Plebitis Tahun 2022



**Analisa :** Insiden Rate Plebitis pada Tahun 2022 adalah 13 kasus insiden rate plebitis adalah 0,3‰, dari 43.858 Hari pemasangan infus perifer. Hal ini masih dibawah standar yang ditetapkan, kemungkinan disebabkan oleh penerapan bundles insersi yang tidak dilakukan sesuai standar komponen yang ada.

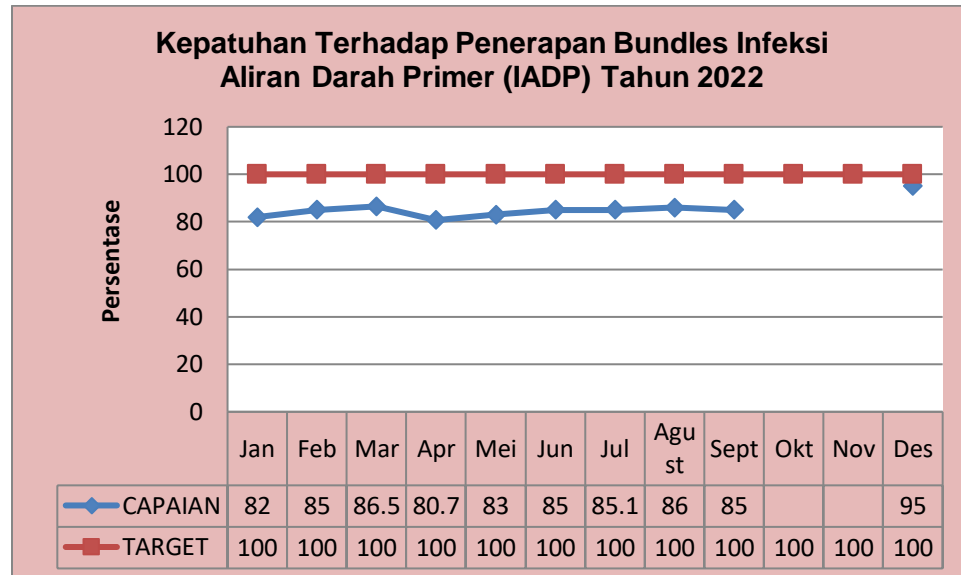
**Rekomendasi :**

1. Lakukan monitoring dan evaluasi setiap pasien yang terpasang infus perifer dan pasien yang mendapatkan cairan osmolaritas tinggi
2. Lakukan monitoring dan evaluasi penerapan bundle insersi dan maintenace pemasangan infus intra vena perifer.
3. Lakukan in house training pemasangan infus sesuai SPO

- [illegible]

**Analisa :** Rata-rata angka kepatuhan penerapan terhadap bundles pencegahan Ventilator Associated Pneumonia (HAP) adalah 90,3%, ini sudah sesuai standar yang ditetapkan (100%).

- c. Supevisi dan monitoring/ evaluasi pencegahan bundle pencegahan Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)

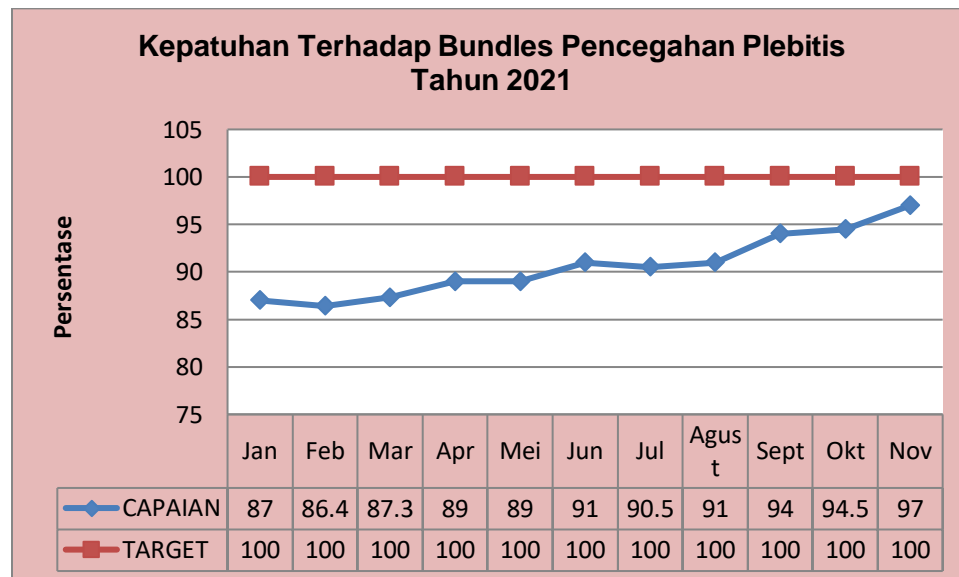


**Analisa :** Angka kepatuhan penerapan terhadap bundles pencegahan Infeksi Aliran Darah dengan rerata 89,4%, ini belum sesuai dengan standar yang diharapkan (100%), ini disebabkan pada pemasangan infuse pada bayi tidak bisa diganti per 3 jam karena sulitnya mencari pembuluh darah umbilical.



**Analisa :** Angka kepatuhan penerapan bundles pencegahan Infeksi Daerah Operasi (IDO) berada di bawah standar dengan rata-rata adalah bundle pre operasi 81,2%, bundle intra operasi 85,6% dan bundle post operasi 92,2%, sehingga tidak sesuai dengan standar yang diharapkan. Hal ini secara langsung akan mempengaruhi Insiden Rate IDO menjadi fluktuatif.

- f. Supevisi dan monitoring/ evaluasi pencegahan bundle pencegahan Plebitis



**Analisa :** Berdasarkan grafik di atas, di dapatkan 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

## E. ICRA

### 1. ICRA HAIs

Identifikasi risiko terkait infeksi HAIs di RSUD Dr.Muhammad Zein Painan Tahun 2022

#### INFECTION CONTROL RISK ASSESMENT HAIs TAHUN 2022 RSUD Dr.MUHAMMAD ZEIN PAINAN

NO	JENIS KELOMPOK RISIKO	PROBABILITAS					RISIKO/DAMPAK					SISTEM YANG ADA					SKOR	Level/ Band				Rangking Resiko
		Expectit (1x/mgg)	Likely (>1x/th)	Maybe (1x/1-2th)	Rate (1x/>2-5th)	Never (1x/>5th)	Mengancam Hidup	Cidera Berat	Cidera Sedang	Cidera Ringan	Tidak Ada Cidera	Tidak Ada Peraturan	Peraturan ada, Fasilitas tidak ada,tidak dilaksanakan	Peraturan Ada, Fasilitas Ada, Tidak Dilaksanakan	Peraturan Ada, Fasilitas Ada, Tidak selalu dilaksanakan	Peraturan dan Fasilitas Ada dan selalu dilaksanakan		Low	Moderate	High	Extreme	
		5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1		L	M	H	E	
	DATA SURVEILANS HAIs																					
1	VAP					1					1					1	1					4
2	HAP					1					1					1	1					5
3	IADP					1					1					1	1					6
4	IDO			3					3					3			27					1
5	ISK			3						2					2		12					3
6	PLEBITIS			3						2				3			18					2

## 2. ICRA Program PPI

Identifikasi risiko terkait program PPI Tahun 2022

### INFECTION CONTROL RISK ASSESMENT PROGRAM PPI TAHUN 2022 RSUD Dr.MUHAMMAD ZEIN PAINAN

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



2	Resiko terpajan penyakit menular dan tertusuk benda tajam			3					2					2		12				1
<b>IV</b>	<b>PELAYANAN DISTRIBUSI LINEN BERSIH DAN KOTOR</b>																			
1	Ketidak patuhan penggunaan APD pada saat Menjemput linen kotor ke ruangan			3					2					2		12				1
<b>V</b>	<b>PELAYANAN PENGELOLAAN PERALATAN KESEHATAN DI CSSD</b>																			
1	Petugas tertusuk benda tajam pada saat cleaning			3				3					3			27				1
2	Resiko tertular penyakit infeksi pada saat pre cleaning dan cleaning set/ instrumen kotor			3				3					2			18				2
3	Lantai ruangan penyimpanan alat steril tidak rata dan berlumut			3					2					2		12				4
4	Petugas terpajan cairan tubuh atau darah			3				3						2		18				3
<b>VI</b>	<b>KEBERSIHAN PERMUKAAN LINGKUNGAN</b>																			
1	Kurangnya melakukan teknik desinfeksi			3					2					2		12				1
2	Kegagalan mengidentifikasi infeksi terhadap renovasi			3					2					2		12				2
<b>VII</b>	<b>PENGELOLAAN LINEN DI LAUNDRY</b>																			
1	Kurangnya kepatuhan terhadap penggunaan APD pada saat pengelolaan linen				2				3					2		18				2
2	Kurangnya maintenance mesin cuci, mesin pengering				2					2				2		8				3
3	Proses pencucian linen yang tidak adekuat			3					3				3			27				1
<b>VIII</b>	<b>PENGELOLAAN SAMPAH/LIMBAH</b>																			
1	Ketidakpatuhan pembuangan limbah infeksius dan cairan tubuh				2					2				2		8				2
2	Petugas terkena tumpahan darah pada saat pembuangan komponen darah			3						2				2		12				1

<b>IX</b>	<b>PENYEDIAAN MAKANAN</b>																			
1	Ketidakpatuhan dalam penggunaan APD			3					2					2		12				1
2	Pencucian peralatan makanan yang kurang tepat				2				2					2		8				2
<b>X</b>	<b>PENGELOLAN KAMAR JENAZAH</b>																			
1	Kelengkapan APD				2				2					2		8				2
2	Suhu penyimpanan jenazah didalam kulkas jenazah tidak stabil				2				2					2		8				1

## **BAB IV PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

#### **1. Capaian indikator kinerja PPI Tahun 2022**

##### **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

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

- Persentase IPCN yang terlatih 3 orang
- Laporan bulanan PPIRS
- Laporan Triwulan PPIRS
- Laporan Tahunan 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 pada petugas yang belum mendapatkan pelatihan PPI Dasar
- Pembelajaran metode ceramah atas kerjasama dengan Komite Komkordik dan Diklat

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

Hasil monitoring dan evaluasi Program kerja PPI Tahun 2022 menunjukkan bahwa secara bertahap kinerja program menuju sasaran yang telah ditetapkan. Setelah dilakukan analisa menggunakan RCA/ fish bone dan PDSA maka dapat direncanakan tindakan perbaikan berdasarkan faktor penyebab masalah.

Melalui proses analisa , dimana hasil risiko adalah :

- a. Petugas mendapat infeksi silang akibat pemakaian APD tidak sesuai indikasi, sehingga pada saat melakukan kebersihan tangan juga tidak sesuai karena petugas menggunakan handscoon tidak sesuai indikasi
- b. Pemrosesan peralatan perawatan pasien belum berjalan optimal sesuai dengan standar yang ditetapkan.
- c. Pengelolaan linen di unit laundry belum mencapai standar yang ditetapkan karena pada proses pencucian terdapat pencucian linen

dilakukan ulang karena masih terdapat noda cairan tubuh pasien pada linen.

- d. Terdapat insiden tertusuk benda tajam yang dialami oleh petugas cssd dan pada saat melakukan pre-cleaning, dan petugas mahasiswa terkena jarum bekas pakai yang melakukan reccaping.
- e. Proses penyuntikkan yang aman belum mencapai target yang ditentukan, dari 8 komponen yang ada disebabkan karena belum ada ruangan khusus proses pengaplusan obat, dan belum ada penerapan penutup bagian kepala vial untuk obat multidose dengan parafilm/transparan dressing (tidak boleh lebih dari 24 jam).
- f. Ruangan isolasi airborne mendapatkan hasil audit belum sesuai dengan standar, disebabkan oleh tidak adanya alat pengukur tekanan udara dan kelembaban seperti pemasangan alat magnehelic dan pengukur ACH dengan menggunakan Veneometer.

#### B. Saran

1. Re-edukasi tentang potensial resiko akibat tidak menerapkan cuci tangan yang benar sesuai moment
2. Lakukan pengawasan kepatuhan pemakai APD sesuai indikasi
3. Beri reward dan punisman kepada petugas terkait kepatuhan
4. Pastikan semua petugas tidak ada yang memakai perhiasan seperti cincin ketika melakukan hand hygiene dan memberikan pelayanan kepada pasien
5. Sediakan poster/stiker kebersihan tangan seperti wastafel, tempat menggantung handrub, dll
6. Upayakan ketersediaan cairan pencuci tangan, handrub dan tissue pengering.
7. Kepala unit/ruangan beri tauladan bagi staf dengan contoh perilaku sesuai SPO hand hygiene dan kepatuhan pemakaian APD sesuai indikasi dan transmisi.