

KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI RUMAH SAKIT BULAN DESEMBER TAHUN 2022



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611

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

LAPORAN
KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)
PERIODE DESEMBER 2022

I. PENDAHULUAN

Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sangat penting untuk dilaksanakan di Rumah Sakit dan Sarana Kesehatan sebagai tempat pelayanan kesehatan, disamping sebagai tolak ukur mutu pelayanan kesehatan juga untuk melindungi pasien, petugas Rumah Sakit, pengunjung dan keluarga pasien dari risiko tertularnya infeksi karena dirawat, bertugas atau berkunjung ke Rumah Sakit atau sarana kesehatan lainnya.

Di samping Rumah Sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan yang saat ini makin berkembang seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, di lain pihak Rumah Sakit dihadapkan tantangan yang makin besar. Rumah Sakit dituntut agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, akuntabel, dan transparan kepada masyarakat, khususnya bagi jaminan keselamatan pasien (*patient safety*).

A. LATAR BELAKANG

Hospital Associated Infection (HAIs), merupakan jenis infeksi yang berhubungan erat dengan proses perawatan pasien. Jadi target yang diselidiki dalam hal ini terutama adalah pasien-pasien yang sedang mengalami perawatan. Dengan demikian semakin lama perawatan risiko terjadinya HAIs juga akan semakin meningkat. Begitu juga semakin banyak tindakan perawatan yang bersifat invasif akan meningkatkan terjadinya HAIs. Dengan alasan ini, risiko terjadinya HAIs akan semakin meningkat pada pusat-pusat perawatan atau rumah sakit yang besar akan semakin ditingkatkan sehubungan dengan jenis pasien yang harus ditangani dan macam tindakan yang harus dilakukan.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit melalui pencegahan dan pengendalian infeksi yang dilaksanakan oleh semua unit dengan meliputi kualitas pelayanan, management resiko, *clinical governace*, serta kesehatan dan keselamatan kerja.

2. Tujuan Khusus

- a. Sebagai pedoman pelayanan bagi staf PPIRS dalam melaksanakan tugas, wewenang dan tanggung jawab secara jelas.
- b. Menggerakkan segala sumber daya yang ada di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lain secara efektif dan efisien.
- c. Menurunkan angka kejadian infeksi di rumah sakit secara bermakna.
- d. Memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan PPIRS.

C. RUANG LINGKUP

Dalam pelaksanaan program bulanan, PPI melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap beberapa jenis kegiatan antara lain :

- a. Surveilans HAIs
- b. Kewaspadaan isolasi
- c. Pendidikan dan pelatihan
- d. Pencegahan infeksi dengan penerapan bundles HAIs
- e. PPI di unit lainnya.

II. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN

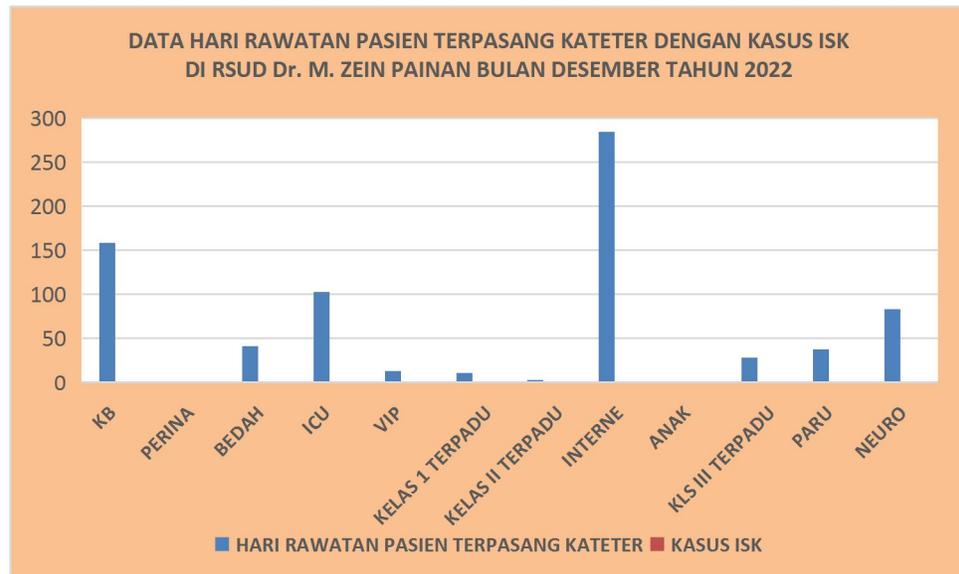
1. SURVEILANS HAIs

Kegiatan surveilans di RSUD Dr.Muhammad Zein Painan meliputi VAP,HAP,IADP,ISK,IDO dan Plebitis.

Angka HAIs di RSUD Dr.Muhammad Zein Painan periode **DESEMBER 2022**.

NO	RUANGAN	JENIS INFEKSI RUMAH SAKIT																	
		ISK			IDO			VAP			HAP			IADP			PLEBITIS		
		IN	PASIEN	0/00	IN	PASIEN	%	IN	PASIEN	0/00	IN	PASIEN	0/00	IN	PASIEN	0/00	IN	PASIEN	0/00
			KATETER			OPERASI			VENTILATOR			PNEUMONI			CVL			INFUS	
1	KB	0	159	0	0	56	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	350	0
2	PERINA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	133	0
3	BEDAH	0	41	0	0	65	0	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0	459	0
4	ICU	0	103	0	0	0	0	0	2	0	0	0	12	0	0	0	0	111	0
5	VIP	0	13	0	0	3	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	161	0
6	KELAS 1 TERPADU	0	11	0	0	9	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	145	0
7	KELAS II TERPADU	0	3	0	0	5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	231	0
8	INTERNE	0	285	0	0	0	0	0	0	0	0	0	99	0	0	0	0	582	0
9	ANAK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	478	0
10	KLS III TERPADU	0	28	0	0	18	0	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0	377	0
11	PARU	0	38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	398	0
12	NEURO	0	83	0	0	0	0	0	0	0	0	0	91	0	0	0	0	124	0
	TOTAL	0	764	0	0	156	0	0	2	0	0	0	262	0	0	4	0	3549	0

a. ISK



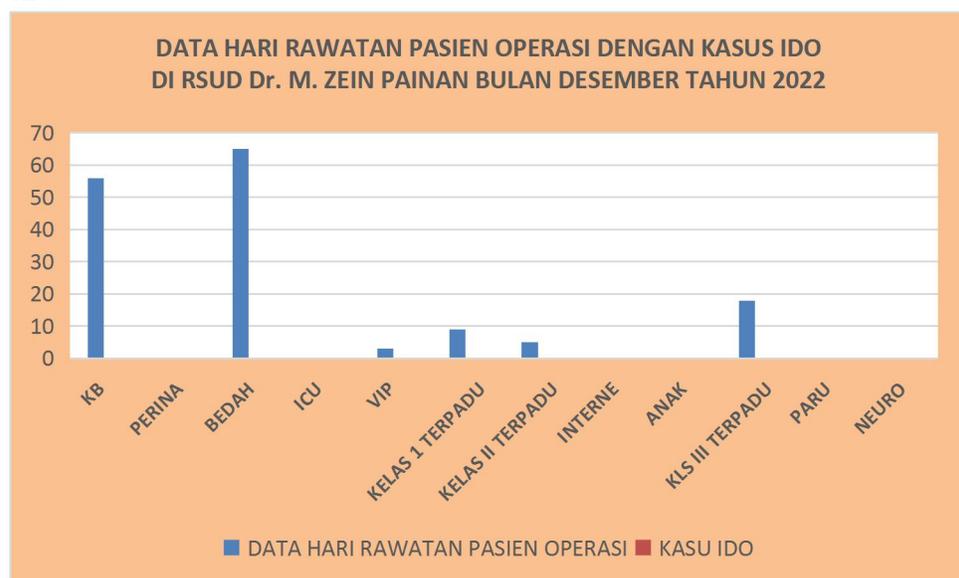
Berdasarkan tabel dapat dilihat angka kejadian ISK dengan hari rawatan pasien terpasang kateter pada bulan Desember tahun 2022 yaitu 0 ‰ sesuai Permenkes No 27 tahun 2017 tentang ISK adalah <4,7‰ dan dapat disimpulkan bahwa kejadian ISK masing-masing ruangan tidak ada.

Rencana Tindak Lanjut

Tetap mempertahankan nilai standar ISK <4,7‰ dengan cara :

- Selalu memperhatikan prosedur kebersihan tangan dengan menggunakan cairan antiseptic dalam pemasangan kateter
- Melakukan tindakan sesuai dengan dengan SPO yang sudah ada

b. IDO

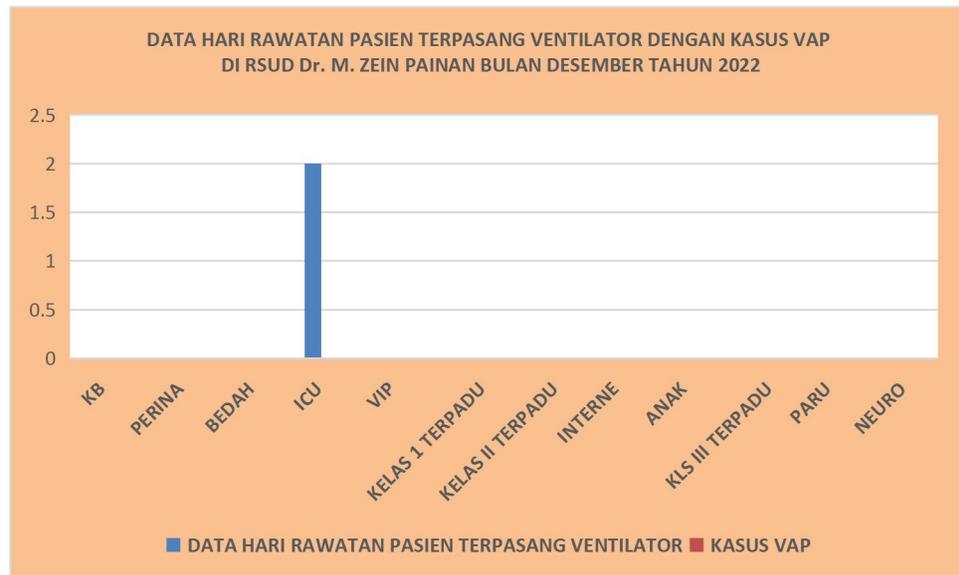


Berdasarkan tabel, dapat dilihat angka kejadian IDO dengan hari rawatan pasien operasi pada bulan Desember tahun 2022 yaitu 0%. Sesuai Permenkes No.27 tahun 2017 tentang IDO adalah <2% dan dapat disimpulkan bahwa kejadian IDO masing-masing ruangan tidak ada.

Rencana Tindak Lanjut

- a. Pertahankan kepatuhan SPO pencegahan dan pengendalian infeksi daerah operasi
- b. Pertahankan kepatuhan teknik perawatan luka modern dalam perawatan luka operasi

c. VAP



Berdasarkan tabel, dapat dilihat angka kejadian VAP dengan hari rawatan pasien terpasang ventilator pada bulan Desember tahun 2022 yaitu 0‰. Sesuai Permenkes No.27 tahun 2017 tentang VAP adalah ≤5,8‰ dan dapat disimpulkan bahwa kejadian VAP masing-masing ruangan tidak ada.

Rencana Tindak Lanjut

- a. Pertahankan kepatuhan SPO pencegahan dan pengendalian infeksi pemasangan ventilator
- b. Pertahankan supervisi IPCLN dan IPCN secara rutin

d. HAP



Berdasarkan tabel, dapat dilihat angka kejadian HAP dengan hari rawatan pasien terpasang NGT pada bulan Desember tahun 2022 yaitu 0‰. Sesuai Permenkes No.27 tahun 2017 tentang HAP adalah <1‰ dan dapat disimpulkan bahwa kejadian HAP masing-masing ruangan tidak ada.

Rencana Tindak Lanjut

- Pertahankan kepatuhan SPO pencegahan dan pengendalian infeksi pemasangan NGT
- Pertahankan supervisi IPCLN dan IPCN secara rutin

e. IADP



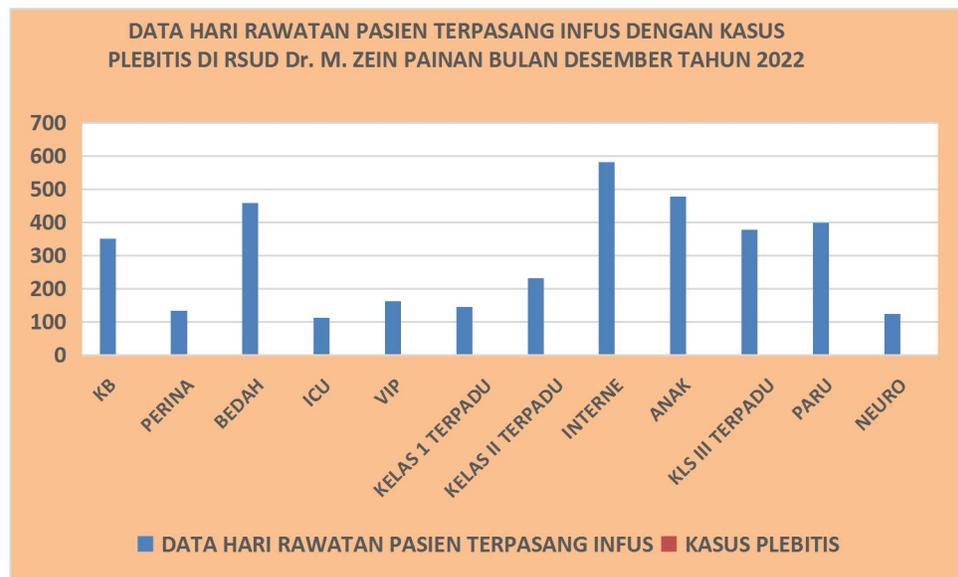
Berdasarkan tabel, dapat dilihat angka kejadian IADP dengan hari rawatan pasien terpasang infus umbilikal pada bulan Desember tahun 2022 yaitu 0‰.

Sesuai Permenkes No.27 tahun 2017 tentang Standar IADP adalah $\leq 3,5\%$ dan dapat disimpulkan bahwa kejadian IADP masing-masing ruangan tidak ada.

Rencana Tindak Lanjut

- Pertahankan kepatuhan SPO pencegahan dan pengendalian infeksi pemasangan infus umbilikal
- Selalu memperhatikan prosedur kebersihan tangan dengan menggunakan cairan antiseptic dalam pemasangan
- Pertahankan supervisi IPCLN dan IPCN secara rutin

f. PLEBITIS

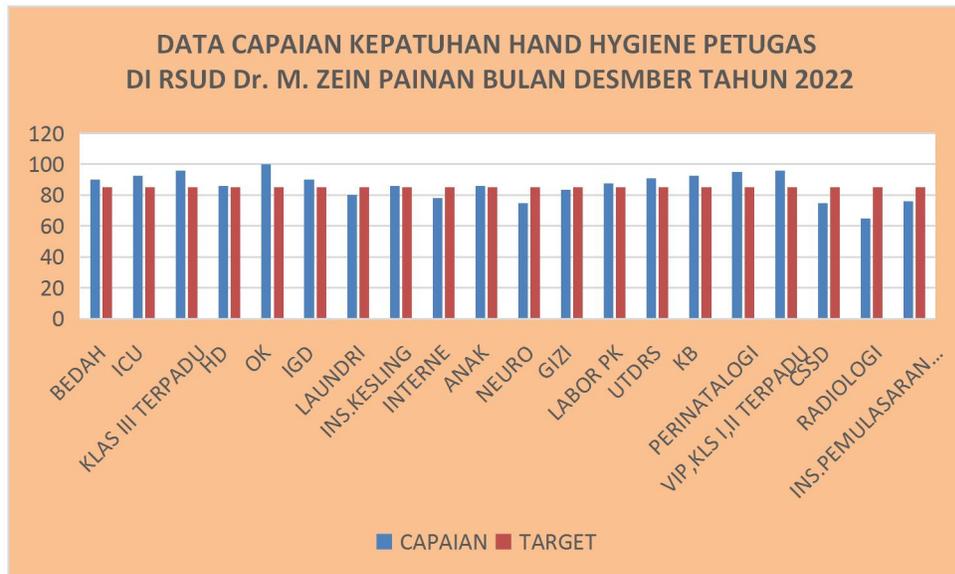


Berdasarkan tabel, dapat dilihat angka kejadian Plebitis dengan hari rawatan pasien terpasang infus pada bulan Desember tahun 2022 yaitu 0‰. Sesuai Permenkes No.27 tahun 2017 tentang Standar Plebitis adalah $\leq 1\%$ dan dapat disimpulkan bahwa kejadian Plebitis masing-masing ruangan tidak ada.

Rencana Tindak Lanjut

- Pertahankan kepatuhan SPO pencegahan dan pengendalian infeksi pemasangan infus
- Selalu memperhatikan prosedur kebersihan tangan dengan menggunakan cairan antiseptic dalam pemasangan infus
- Pertahankan supervisi IPCLN dan IPCN secara rutin
- Pertahankan Penerapan blundes HAIs

2. Kewaspadaan Isolasi
A) Kewaspadaan Standar
 1) Hand Hygiene



a) Interpretasi :

Berdasarkan observasi kepatuhan hand hygiene petugas RSUD Dr.Muhammad Zein Painan, terlihat pada grafik diatas bahwa rata-rata petugas yang patuh melakukan hand hygiene dibulan desember sebanyak 86,1% sudah mencapai standar minimal, namun dilihat dari tiap ruangan rata-rata pada moment ke-3 setelah terpapar dengan cairan tubuh pasien yang memiliki peningkatan. Semestinya di setiap moment harus selalu di tingkatkan Moment 1 : sebelum kontak dengan pasien. Moment 2 : sebelum melakukan tindakan aseptik Moment 3 : setelah terpapar cairan tubuh pasien Moment 4 : setelah kontak dengan pasien Moment 5 : setelah kontak dengan lingkungan di sekitar pasien.

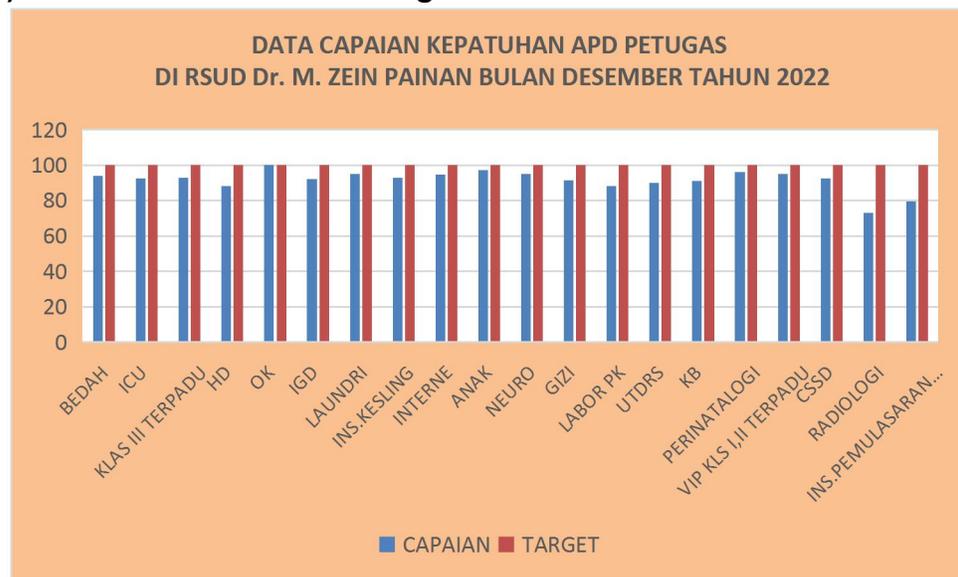
b) Analisa :

1. Kurangnya Kepatuhan petugas akan pentingnya cuci tangan sebelum menyentuh pasien dan sebelum melakukan tindakan aseptik.
2. Kurangnya pengetahuan terhadap cara transmisinya kuman, virus dan bakteri lainnya
3. Belum menjadi budaya dan tradisi petugas akan pentingnya cuci tangan sebelum melakukan tindakan.

c) Rekomendasi :

1. Re – edukasi tentang hand hygiene sesuai dengan five moment kepada petugas sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan perubahan perilaku petugas.
2. Re- edukasi tentang cara transmisinya kuman, virus dan bakteri.
3. Melakukan audit hand hygiene secara berkala oleh IPCLN dan IPCN.

2) Pemakaian Alat Pelindung Diri



a) Analisa :

Secara umum pemakaian APD tiap ruangan pelayanan sudah memenuhi kepatuhan minimal dan nilai rata kepatuhan APD dibulan desember yaitu 91,5% namun ada kendala terkadang kepatuhan petugas memakai APD tidak sesuai Indikasi dan Transmisi.

Sesuai hasil observasi terlihat peningkatan penggunaan APD sarung tangan tidak sesuai indikasi penggunaan APD sehingga banyaknya di temukan handscoon disampah infeksius

b) Rekomendasi :

- Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan IPCLN terhadap petugas untuk memakai APD sesuai paparan atau indikasi.
- Re-edukasi penggunaan APD sesuai indikasi.
- Telaah staf kepada manajemen kbid penunjang tentang pemakaian dan monitoring pemakaian bahan habis pakai (BHP)

3) Manajemen linen di laundry

Analisa :

Monitoring ruangan laundry meliputi pengumpulan linen, pencucian, pengeringan, penyetrikaan, penyimpanan linen, pendistribusian, bahan yang dipakai sarana yang tersedia, peralatan yang digunakan, dan APD petugas saat mencuci.

Berdasarkan hasil monitoring, didapatkan bahwa :

1. Pencatatan

Pencatatan masih dilakukan sebagian secara manual dari ruangan karena sebagian tidak patuh dalam pengisian format pencatatan secara on line atau SIMRS.

2. Pengeringan

Pengeringan linen sudah dilakukan seluruhnya dengan menggunakan mesin pengering.

3. Penyetrikaan

Penyetrikaan masih menggunakan setrika rumah tangga dan meja yang tidak memadai.

4. Penyimpanan linen

Lemari penyimpanan linen sebagian sudah menggunakan lemari tertutup dan berbahan kaca. Telah memenuhi standar.

5. Pendistribusian

Petugas pendistribusian sudah berbeda dengan petugas pengumpul linen kotor.

6. Sarana yang tersedia

- Lantai tempat pencucian kurang kemiringan sehingga air tergenang setelah proses pencucian.
- Ada ruangan khusus untuk pencucian/mandi petugas setelah mencuci linen
- Tidak ada gudang penyimpanan trolley
- Tidak ada tempat/gudang penyimpanan bahan chemical laundry.

Rekomendasi :

Pengelolaan linen sangat bergantung kepada sarana dan prasarana yang mendukung proses pelayanan linen. Oleh karena itu, PPI mengusulkan kepada manajemen untuk melakukan perbaikan sarana maupun prasarana sehingga unit laundry dapat menjalankan pengelolaan linen dengan baik dan benar.

4) Pengelolaan makanan di gizi**Analisa :**

Monitoring ruangan gizi adalah tentang :

- Kebersihan peralatan makanan dan minuman.
Dengan menggunakan 3 bak pencucian secara manual, dan air panas tidak mencukupi untuk dilakukan pencucian sekaligus.
- Cara penyimpanan makanan (sanitasi gudang)
Pengaturan penyimpanan barang dan kebersihan gudang
- Cara pengolahan makanan.
 - Terkait dengan pengolahan dari tempat pengolahan, tenaga pengolah dan sampai pada proses pengolahan kurang sesuai standar yang telah ditetapkan.
 - Terkait dengan pemakaian APD yang tidak sesuai dengan indikasi
- Kebersihan dapur
 - Bentuk permukaan lantai tidak licin dan tidak mengandung debu, tetapi masih ditemukan serangga atau vektor berupa (kecoa, tikus dan kucing).
- Cara pengangkutan makanan
Dengan menggunakan 1 troli atau kereta makanan yang tertutup, jadi makanan di antar dan sekaligus membawa tempat kotor dengan menggunakan 1 buah troly.
- Penyimpanan dingin
 - Isi lemari pendingin tidak sesak dan menggunakan sistem FIFO
 - Suhu kulkas kadang-kadang tidak stabil akibat daya lampu yang tidak stabil.
- Cara penyajian makanan
Kebersihan peralatan tetap dijaga dan diperhatikan oleh petugas.

Rekomendasi :

- Mengusulkan alat menggunakan Automatic Washer yang sesuai indikator yang ada pada audit kebersihan peralatan makanan dan minuman.

- Mengusulkan perbaikan sarana dan prasarana ruangan gizi terkait fasilitas sanitasi dan drainase lingkungan yang belum standar.
- Melakukan edukasi tentang penggunaan APD sesuai indikasi dalam pengolahan makanan
- Melakukan monitoring secara rutin

5) Pengendalian lingkungan

Analisa :

Pelayanan instalasi penyehatan lingkungan rumah sakit (IPLRS) yang terkait pembuangan limbah adalah pembuangan limbah padat infeksius, pembuangan limbah cairan tubuh, APD petugas, penyimpanan, dan pengangkutan.

Berdasarkan hasil monitoring, didapatkan bahwa :

- APD petugas dalam pengangkutan sampah masih minimal. Petugas hanya memakai sarung tangan, masker dan sepatu pelindung. Sedangkan apron dan penutup kepala tidak digunakan.
- Pada bulan desember mayoritas ketersediaan kantong hitam sudah terpenuhi sehingga petugas kebersihan lapangan tidak terkendala lagi.
- Pengangkut sampah menggunakan gerobak terbuka dan sudah berlubang. Sehingga memungkinkan sampah yang diangkut tidak muat dan tidak dalam kondisi tertutup dalam gerobak.
- Unit-unit pelayanan semuanya pembuangannya masuk ke dalam IPAL
- Berdasarkan survei IPCN ke TPS sampah infeksius dan non infeksius, ditemukan :
 - 1) Sampah daur ulang yang belum diproses/diklorinasi secara rutin.
 - 2) Sampah belum ditimbang setiap kali pengambilan ke ruangan
 - 3) Tempat sampah jarang dibersihkan.
 - 4) Tempat sampah sementara (TPS) infeksius masih berlantaikan tanah

Rekomendasi :

- Mengusulkan kepada pihak ketiga melalui manajemen untuk melengkapi APD petugas baik itu CS di ruangan maupun pengangkut sampah.
- Mengusulkan pengambilan rutin seluruh jenis limbah termasuk di hari libur.
- Mengusulkan pelaksanaan pengelolaan limbah daur ulang sesuai SPO
- Mengusulkan membuat jadwal rutin pembersihan tong sampah.
- Perlunya perbaikan pada TPS infeksius.

6) Penempatan pasien

Analisa :

- Sistem Kohort telah sesuai indikasi
- Jarak tempat tidur ≥ 1 meter
- Ruangan isolasi airborne dan immunocomprimese, pada periode desember sudah memenuhi standar yang ada, memiliki anteroom.
- Ruangan isolasi masing2 ruangan yang memiliki anteroom telah dibuat ada yang sesuai standart ppi dan ada yang tidak sesuai standar namun sudah memiliki anteroom dan terdapat wastafel di dalam anteroom.

7) Kesehatan dan perlindungan karyawan

Analisa :

- Dibulan desember tidak ada petugas terkonfirmasi virus Covid-19.
- Petugas tidak terpapar pajanan dan penyakit infeksi lainnya
- Belum terlaksananya jadwal pemeriksaan kesehatan berkala khusus semua karyawan RSUD Dr M.Zein Painan

Rekomendasi

- Lakukan pemeriksaan kesehatan karyawan secara berkala terhadap semua petugas baik tenaga kesehatan maupun tenaga non kesehatan.
- Rumah sakit harus mempunyai kebijakan untuk penatalaksanaan akibat tertusuk jarum atau benda tajam bekas pakai pasien.

8) Pengelolaan limbah

Analisa :

- Limbah infeksius dan benda tajam, sering penuh dan melebihi $\frac{3}{4}$
- Pada area penyimpanan sampah infeksius sementara, masih terjadi penumpukan.
- Belum adanya serah terima kotak safety box kepada petugas pengelola limbah di TPS

Rekomendasi :

- Apabila safety box sudah $\frac{3}{4}$, segera ganti dengan safety box yang baru, dan mengantar safety box yang sudah penuh $\frac{3}{4}$ ke TPS.
- Buat jadwal serah terima kotak safety box di TPS.
- Lakukan monitoring IPCN dan IPCLN

9) Kebersihan pernafasan etika batuk

Analisa :

Penerapan wajib penggunaan masker di area rumah sakit dan etika batuk pada pengunjung, petugas dan pasien harus selalu di terapkan.

10) Teknik menyuntik yang aman

Analisa :

- a) Kebersihan tangan (sesuai indikasi 5 moment kebersihan tangan) tidak dilakukan karena rata2 petugas tiap tindakan menggunakan handcoon.
- b) Proses pengoplosan obat di ruang khusus tidak terlaksana, sebahagian besar petugas melakukan pengoplosan obat di konter perawat
- c) Teknik aseptik (alkohol, clorhexidine) sebahagian petugas masih ada yang tidak melakukan teknik aseptik.
- d) Desinfeksi area tusukan / injeksi port jarang di lakukan petugas teknik satu arah yang sering terjadi melakukan berulang-ulang di area yang sama.

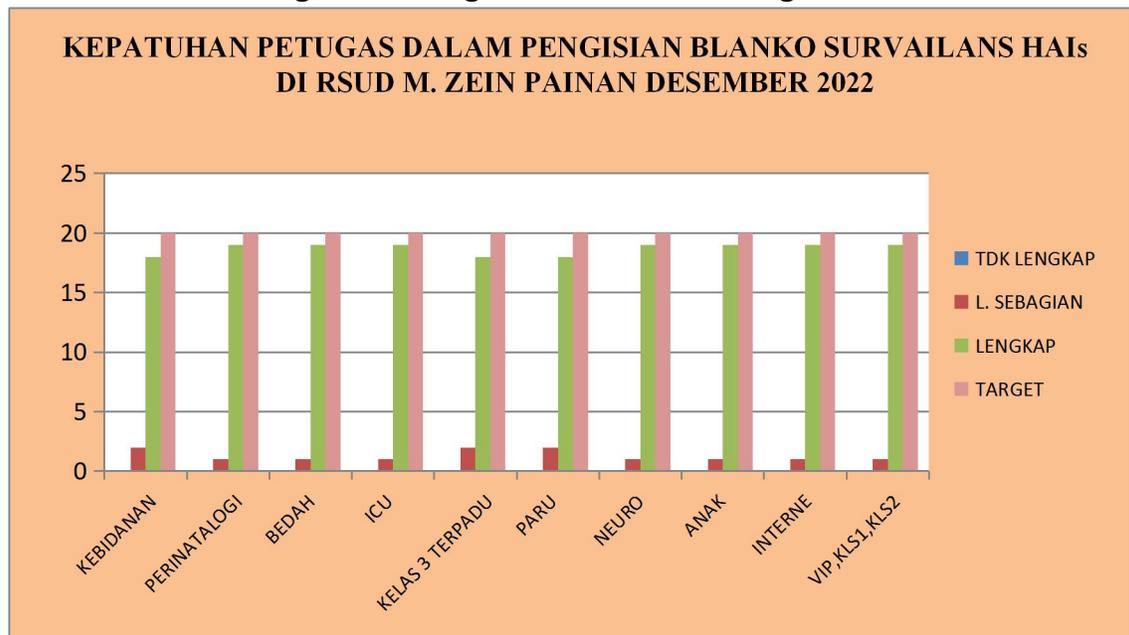
Rekomendasi :

- Lakukan monitoring IPCN dan IPCLN dalam kepatuhan penyuntikan yang aman
- Lakukan audit tindakan invasif (penyuntikan yang aman)
- Re – edukasi petugas tentang penyuntikan yang aman
- Re – edukasi petugas tentang pentingnya penyuntikan yang aman.
- Menganjurkan petugas setiap tindakan invasif menggunakan troli

B) Kewaspadaan Transmisi

- 1) Kewaspadaan berbasis transmisi didasarkan atas penularan penyakit melalui tiga jenis yaitu kontak, droplet, dan airborne
- 2) Penempatan pasien berdasarkan transmisi kontak di tempatkan secara kohorting berdasarkan kasus penyakit.
- 3) Penempatan pasien berdasarkan transmisi droplet ditempatkan secara kohorting berdasarkan kasus penyakit.
- 4) Penempatan pasien berdasarkan transmisi airborne ditempatkan pada ruangan isolasi paru.

3. Audit Pengisian Blangko Surveilans Ruangan



1) Interpretasi :

Nilai kepatuhan petugas dalam pengisian blangko Surveilans masih ada ditemukan yang kategori sebahagian lengkap yaitu di ruangan kebidanan dan paru 20% dari 20 status yang di monitoring tiap bulannya.

2) Analisa :

- Petugas tidak mengisi blangko setiap hari setelah melakukan perawatan kepada pasien.
- Petugas ada sebagian belum paham mengisi blangko dengan benar.
- Petugas tidak mengoverkan hasil pemantauan surveilans pada saat dinas.

3) Rekomendasi :

- Sosialisasi tentang pengisian blangko surveilans
- Koordinasi dengan IPCLN tentang pengisian blangko surveilans di ruangan
- Lakukan monitoring pengisian blangko surveilans HAIs oleh IPCN

4. Pendidikan Dan Pelatihan

Pendidikan dan pelatihan atau edukasi petugas, pegawai baru dan penerimaan mahasiswa yang berpraktek di rumah sakit sudah dilakukan sesuai standar.

Data bulan desember petugas, pegawai baru dan mahasiswa yang mendapatkan edukasi dari komite PPI

No	Jumlah Petugas/Mahasiswa	Ruangan / Kampus	Edukasi
1.	24 orang	VIP	Re-Edukasi HH,APD
2.	13 orang	LOUNDRY	Re-Edukasi HH,APD
3.	35 orang	CLEANING SERVICE	Re-Edukasi HH,APD
4.	22 orang	SATPAM	Re-Edukasi HH,APD
5.	28 orang	GIZI	Re-Edukasi HH,APD
6.	24 orang	UNIV.BAITULRAHMAH	Re-Edukasi HH,APD

5. PPI di Unit lainnya

a. Pemulasaran Jenazah

Analisa :

- Pelayanan unit kamar jenazah meliputi dokumentasi, SDM, sarana dan prasarana.
- Berdasarkan hasil monitoring, didapatkan bahwa :
 - Kamar jenazah langsung didekontaminasi setelah melakukan pemulasaran jenazah.
 - Limbah diletakkan dalam kantong kuning.
 - Ada pencatatan terhadap jenazah yang diselenggarakan di ruangan pemulasaran jenazah.
 - SDM sesuai dengan standar pelayanan kamar jenazah, kamar jenazah diketuai oleh minimal dokter umum sedangkan di RSUD Dr.Muhamamd Zein Painan hanya memiliki staf hanya 2 orang yang berpendidikan 1 orang sarjana agama dan 1 orang lagi setingkat MAN dan belum memiliki pelatihan kamar jenazah.
 - Sarana
 - Kamar jenazah sudah memiliki tempat memandikan jenazah yang sudah sesuai standar dan sudah dilengkapi fasilitas kebersihan tangan dan air mengalir langsung.

- Prasarana

Kelengkapan peralatan penyelenggaraan jenazah kurang lengkap. Kamar jenazah sudah dilengkapi dengan kulkas mayat.

Rekomendasi :

- Mengusulkan perbaikan struktur organisasi kamar jenazah sesuai dengan standar pelayanan kamar jenazah.
- Mengusulkan pelatihan pemulasaran jenazah untuk petugas.
- Mengusulkan perbaikan sarana dan prasarana kamar jenazah

b. Instalasi Farmasi

Analisa :

- Pelayanan unit farmasi meliputi ruang penyimpanan obat, personal hygiene, limbah farmasi, pengelolaan barang kadaluarsa.
- Berdasarkan monitoring, didapatkan bahwa hand hygiene petugas dan pemakaian APD saat melakukan peracikan obat belum terlaksana maksimal.
- Laminary airflaw tidak tersedia

Rekomendasi ;

- Mengusulkan melakukan pelatihan dispensing obat oleh instalasi farmasi baik kepada petugas farmasi sendiri maupun ke petugas ruangan.
- Pengadaan luminary airflaw

c. Pelayanan Ambulance

Analisa :

- Pelayanan ambulance meliputi pembersihan alat terkontaminasi, pergantian peralatan yang sudah dipakai dengan yang baru, dekontaminasi ambulance, pencatatan dan pelaporan.
- Berdasarkan hasil monitoring, didapatkan bahwa pelayanan ambulance sudah baik. Hanya saja pencatatannya belum rutin dilakukan.
- Sudah ada SPO dekontaminasi ambulance, tetapi dekontaminasi ambulance pada saat selesai merujuk belum rutin dilakukan sesuai SPO.

Rekomendasi :

- Mengusulkan untuk mengaktifkan kembali pencatatan pembersihan ambulance sesuai dengan jadwal pelayanan ambulance.

III. PENUTUP

Dari hasil kegiatan IPCN yang telah dipaparkan diatas maka masih banyak pembenahan dari berbagai aspek kegiatan yang harus diperbaiki baik dari segi sarana dan prasarana, kepatuhan maupun monitoring itu sendiri. Hal ini tidak terlepas dari dukungan penuh dari pihak manajemen dan seluruh karyawan rumah sakit sehingga pencegahan dan pengendalian infeksi dapat dilaksanakan dengan maksimal.

Painan, 31 Desember 2022

IPCN



Ns. Yoshi Ekadianti, S. Kep
NIP: 197306101998032002

IPCN



Ns. Salli Dannavrikha, S. Kep
NIP: 198106012006022001

IPCN



Ns. Cici Chamila Sari, S. Kep
NIP:198304302010012039

Painan, 31 Desember 2022

Direktur



dr. Harefa