

LAPORAN MONITORING DAN EVALUASI

**Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
(PPI) Triwulan I
(Januari, Februari, Maret 2020)**



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611

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

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

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

Laporan ini menyajikan data, analisa dan rekomendasi untuk menindaklanjuti permasalahan yang terkait dengan pelaksanaan program PPI pada triwulan I tahun 2020.

Kami menyadari bahwa laporan ini masih jauh dari sempurna, untuk itu kami terbuka terhadap segala masukan dan kritikan serta saran yang membangun demi kesempurnaannya di kemudian hari.

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

Padang, 07 April 2020
Ketua Komite PPI,



dr. Evi Sovianty, Sp.PK
NIP. 196210271990012001

BAB I

PENDAHULUAN

A. LatarBelakang

Program pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan selalu bertitik tolak dari target indikator pencapaian indikator kinerja yang telah ditetapkan dan menunjang pencapaian standar harus disusun berdasarkan kondisi serta sumber daya rumah sakit. Setiap tahun program dibuat mengacu pada standar akreditasi rumah sakit, perkembangan metode pencegahan dan pengendalian infeksi secara global, sehingga kebijakan dan prosedur akan selalu mengalami perubahan, perbaikan dan pengembangan untuk efektivitas, efisiensi penerapan dan hasil akhir suatu program kerja. 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 terutama Direktur sampai kepada karyawan pelaksana.

Program yang sudah di jalankan di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan telah mencakup beberapa kegiatan dalam standar akreditasi rumah sakit meskipun belum sempurna beberapa kekurangan tersebut secara berkesinambungan dilakukan perbaikan dan pengembangan, baik dalam hal kebijakan, prosedur maupun dalam penerapan. Program yang disusun untuk tahun 2020 meliputi kegiatan rutin yang sudah berjalan untuk pengendalian infeksi dan kegiatan yang baru ditetapkan atau bersifat pengembangan untuk meningkatkan mutu pelayanan yang berkaitan dengan pengendalian infeksi.

Infeksi Rumah Sakit (IRS) atau yang dalam arti lebih luas disebut Healthcare Associated Infections (HAIs) merupakan jenis infeksi yang berhubungan erat dengan proses perawatan pasien dimana resiko dapat terjadi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar rumah sakit. Oleh karena itu untuk meminimalkan resiko terjadinya infeksi di rumah sakit perlu digiatkan upaya-upaya Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), yaitu kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi. Pencegahan dan pengendalian infeksi

di Rumah Sakit (PPIRS) sangat penting karena menggambarkan mutu pelayanan rumah sakit.

Komite PPI bertanggung jawab kepada direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dalam menyampaikan laporan berkala tepat pada waktunya. Laporan berkala merupakan laporan pelaksanaan tugas dan fungsi dari Komite PPI yang membuat perkembangan dan hasil pencapaian kinerja baik kegiatan maupun anggaran dalam kurun waktu satu tahun.

Dan untuk laporan berkala tersebut berisi uraian yang lebih menyeluruh mengenai kondisi sumber daya (sumber daya manusia, sarana prasarana dan dana), serta hasil kegiatan program yang telah tercapai.

Komite PPI berkewajiban melaporkan seluruh kegiatan, sebagai pertanggungjawaban pelaksanaan program, sebagai dasar perbaikan dan perencanaan yang akan datang.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

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

BAB II

PROGRAM KERJA DAN PENETAPAN KINERJA

A. Program Kerja Tahun 2020

1. Program surveilans HAIs
 - a. Melakukan pengumpulan data HAIs (surveilans HAIs)
 - Data insiden rate VAP
 - Data insiden rate HAP
 - Data insiden rate IADP
 - Data insiden rate IDO
 - Data insiden rate ISK
 - Data insiden rate plebitis
 - b. Melakukan entry data surveilans
 - c. Membuat analisis data dan interpretasi hasil surveilans
 - d. Menyusun laporan surveilans
2. ICRA
 - a. ICRA HAIs
 - Melakukan metode dasar manajemen resiko
 - Melakukan observasi kejadian infeksi dan resiko infeksi di setiap unit
 - Membuat laporan kejadian infeksi dan laporan identifikasi resiko infeksi
 - Membuat analisis masalah
 - Melakukan pengukuran masalah : tingkat kesalahan, risiko sampingan
 - Melakukan rencana tindak lanjut untuk mencegah dan menurunkan kejadian infeksi
 - b. ICRA renovasi/demolisi bangunan
 - Manajemen membuat surat permohonan akan dilakukan renovasi/ demolisi bangunan, pembangunan gedung dengan melampirkan proposal metoda pelaksanaan dari Vendor ke Komite PPI
 - Komite PPIRS membuat kajian resiko pencegahan infeksi sebelum dilakukan renovasi/ demolisi
 - Membuat rencana tindak lanjut yang akan dilakukan dalam proses renovasi/ demolisi

- Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan renovasi/demolisi
 - Membuat laporan ICRA renovasi/ demolisi bangunan
3. Penerapan prinsip-prinsip isolasi serta kewaspadaan standar dan kewaspadaan berbasis transmisi di satuankerja.

Kegiatan:

a. Pemrosesan peralatan perawatan pasien

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

b. Manajemen linen dan laundry

- Sosialisasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan linen di ruangan maupun di *laundry*
- Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan linen yang sudah dijalankan setiap hari untuk melakukan pembenahan manajemen linen dan *laundry* yang memenuhi standar rumah sakit
- Perbaiki system pengelolaan linen dan *laundry* dari seting ruangan, alur, dan sistem pendistribusiannya
- Pemantauan pengelolaan linen dari pencucian (pre-cleaning, cleaning), pengeringan, penyetricaan sampai dengan penyimpanan.

- Pemantauan kebersihan ruangan dan peralatan di *laundry*
- Monitoring dan evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan di ruang *laundry*

c. Pengelolaan makanan di Gizi

- Sosialisasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan makanan di Gizi
- Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan makanan yang sudah dijalankan setiap hari untuk melakukan pembenahan program ruang Gizi yang memenuhi standar rumah sakit
- Perbaikan system pengelolaan makanan dari seting ruangan, alur, dan sistem pendistribusiannya
- Pemantauan pengelolaan makanan dari penerimaan bahan mentah, penyimpanan bahan makanan, pengolahan makanan, dan pendistribusian makanan.
- Pemantauan kebersihan ruangan dan peralatan makanan dan minuman di Gizi
- Monitoring dan evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan di ruang Gizi

d. Pengendalian lingkungan

- Pemantauan secara berkala terhadap kebersihan dinding, langit-langit, lantai, atap, pintu, furniture dan peralatan lainnya.
- Pemantauan jaringan instalasi air minum, air bersih, air limbah, gas, listrik, sarana komunikasi, dan lain-lain, harus memenuhi persyaratan teknis kesehatan agar aman dan nyaman, mudah dibersihkan dari tumpukan debu dan menghindari pencemaran air minum
- Pemantauan kebersihan lingkungan perawatan dan membatasi peralatan serta perlengkapan pasien yang tidak perlu
- Pemantauan pembuangan sampah yang dihasilkan dari unit penghasil sampah sampai ke tempat pembuangan sampah akhir
- Pemantauan pengendalian binatang, serangga pengganggu di rumah sakit
- Pemantauan uji kualitas udara maupun air secara berkala

- e. Penempatan pasien (ruang isolasi dan system kohorting)
 - Penempatan pasien dengan immunocompromised
 - Penempatan pasien dengan Airborne/disease
 - Edukasi petugas yang akan bertanggung jawab dalam melaksanakan tugas di ruang isolasi
- f. Pemakaian alat pelindung diri (APD)
 - Pemantauan penggunaan APD sesuai indikasi
 - Audit kepatuhan penggunaan APD yang benar
- g. Kebersihan tangan (*Hand Hygiene*)
 - Penerapan Kebersihan Tangan
 - Menyelenggarakan program kebersihan tangan
 - Audit Fasilitas Cuci Tangan
 - Edukasi Kebersihan Tangan
- h. Kesehatan dan perlindungan karyawan
 - Membuat sistem pelaporan yang jelas bagi petugas atau karyawan yang terpapar atau terkena pajanan
 - Pelaporan data kesakitan karyawan, penyakit menular dan tidak menular
 - Menerima laporan insiden pajanan bahan infeksius
 - Melakukan analisa kejadian pajanan dan membuat rekomendasi penanganan paska pajanan
 - Berkoordinasi dengan K3RS atau satker pelayanan medik terkait dalam penanganan insiden pajanan bahan infeksius
 - Monitoring dan evaluasi Paska Pajanan
 - Mengusulkan pemeriksaan kesehatan berkala dan pemberian imunisasi bagi karyawan
 - Mengusulkan kebijakan dan standar penanganan paska pajanan bahan infeksius bagi karyawan
- i. Pengolahan limbah
 - Pengawasan pembuangan limbah sesuai jenisnya dan tempatnya
 - Audit kepatuhan pembuangan limbah sesuai jenisnya dan tempatnya

- Melakukan pengawasan dalam penanganan pembuangan darah dan komponen darah
 - Melakukan audit penanganan, pembuangan darah dan produk darah
 - j. Kebersihan pernafasan (Etika Batuk)
 - Edukasi etika batuk / bersin yang benar
 - k. Teknik menyuntik yang aman
 - Audit kepatuhan dalam tindakan tehnik menyuntik yang aman
4. Program bundles HAIs (menerapkan sasaran upaya mengurangi HAIs)
 - a. Penerapan bundles pencegahan Infeksi Aliran Darah (IAD)
 - b. penerapan bundles pencegahan Infeksi Daerah Operasi (IDO)
 - c. Penerapan bundles pencegahan Infeksi Saluran Kemih (ISK)
 - d. Penerapan bundles pencegahan Infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
 - e. Penerapan bundles pencegahan Infeksi Hospital Acquired Pneumonia (HAP)
 - f. Penerapan bundles pencegahan Infeksi Aliran Darah Perifer (Plebitis)
 - g. Entry data, analisa data, hasil kegiatan supervisi dan monitoring/ evaluasi PPI dan pelaporan angka kejadian infeksi
 5. Mengukur dan me-review infeksi (meningkatkan mutu dan keselamatan pasien HAIs)
 - a. Revisi kamus indikator mutu dan indikator mutu terpilih PPI
 - b. Melakukan pengukuran mutu melalui pengumpulan data, validasi data, analisa data dan pelaporan data untuk Indikator:
 - Indikator Mutu Rumah Sakit terkait PPI
 - Indikator Kinerja Terpilih Direktur Rumah Sakit terkait PPI
 - Indikator Kinerja PPI satuan Kerja
 - c. Menyusun prioritas perbaikan mutu
 - d. Melakukan upaya perbaikan mutu menggunakan metode FOCUS PDSA
 - e. Bench marking capaian indikator mutu dengan institusi pelayanan rumah sakit setipe
 - f. Membuat laporan perbaikan mutu
 6. Meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antibiotik secara aman
 - Berkoordinasi dengan PPRA

7. Investigasi outbreak/ kejadian luar biasa(KLB)
 - a. Melakukan pengumpulan data deteksi dini penyakit infeksi berpotensi KLB
 - b. Melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di rumah sakit
 - c. Melakukan analisa terhadap hasil investigasi
 - d. Menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan jika ada potensial penyebaran infeksi.
8. Melakukan pengawasan terhadap peralatan kadaluarsa
 - Melakukan monitoring pada peralatan yang kadaluarsa
9. Pengelolaan/ mitigasi risiko HAIs di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan
 - a. Identifikasi risiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit
 - b. Membuat Risk Register dan Risk Priority Number
 - c. Menyusun strategi pengelolaan, evaluasi dan tindak lanjut risiko
 - d. Melakukan identifikasi risiko, analisis risiko, evaluasi dan pengelolaan/ mitigasi risiko infeksi/ penyebaran infeksi terkait dengan:
 - Prosedur/ proses Pelayanan kesehatan
 - Petugas, pasien, keluarga, dan pengunjung/ masyarakat
 - Sarana dan peralatan rumah sakit
 - Pekerjaan konstruksi, renovasi dan demolisi
10. Pemeliharaan dan penyediaan sarana/ prasarana yang mendukung upaya PPI
 - a. Ketersediaan sarana dan prasarana kebersihan tangan
 - b. Ketersediaan APD
 - c. Ketersediaan sarana prasarana dan proses Penanganan Benda Tajam terkontaminasi
 - d. Ketersediaan sarana prasarana dan proses penanganan sampah
 - e. Supervisi dan Monitoring/ evaluasi sarana/prasarana dan proses dekontaminasi peralatan kesehatan di satuan kerja
 - f. Ketersediaan sarana pelayanan sterilisasi
 - g. Penyiapan makanan di Instalasi Gizi Ketersediaan sarana/ prasarana dan proses pelayanan linen di Instalasi Laundry
 - h. Ketersediaan sarana/ prasarana dan proses Penanganan Limbah Cair

Darah, cairan tubuh dan Komponennya

- i. Ketersediaan sarana/ prasarana dan proses penyiapan makanan
 - j. Ketersediaan spill kit dan sarana/ prasarana serta proses penanganan tumpahan bahan infeksius
 - k. Ketersediaan sarana/ prasarana dan proses Pemantauan suhu dan termostat
 - l. Ketersediaan sarana/ prasarana dan proses kebersihan lingkungan
 - m. Ketersediaan sarana/ prasarana dan penyelenggaraan jenazah
 - n. Ketersediaan sarana/ prasarana dan penyelenggaraan lingkungan protektif
 - o. Ketersediaan sarana/ prasarana dan penyelenggaraan isolasi airborne
 - p. Monitoring/ evaluasi dan pemberian rekomendasi terhadap pengadaan barang dan jasa terkait upaya PPI
 - q. Memberikan usulan/rekomendasi tentang pemrosesan dan penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip PPI dan keamanan bagi pengguna
 - r. Entry data, analisa data dan pelaporan hasil kegiatan Supervisi dan Monitoring/ evaluasi PPI
 - s. Diseminasi hasil kegiatan monev/ audit PPI
11. Program pendidikan dan pelatihan
- a. Penyelenggaraan Edukasi PPI melalui media promkes
 - b. Penyelenggaraan Edukasi PPI bagi pasien dan keluarga rawat inap
 - c. Melaksanakan sosialisasi kebijakan PPI kepada karyawan/ petugas kesehatan
 - d. Mengajukan rekomendasi pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit dalam bidang PPI atas temuan permasalahan di lapangan.
 - e. Memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam PPI.
 - f. Melaksanakan kegiatan proses pembelajaran melalui metode ceramah, diskusi dan workshop pada acara Pendidikan dan Pelatihan PPI atas kerja sama dengan Diklat RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

BAB III
HASIL KEGIATAN DAN ANALISA

A. HASIL

- 1. Program surveilans HAIs**
 - a. Data insiden rate VAP

TABEL
INSIDEN RATE VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA (VAP)
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TRIWULAN I TAHUN 2020

NO	SATUAN KERJA TARGET	JANUARI			FEBRUARI			MARET		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	ICU	0	0	0.000	0	0	0.000	0	2	0.000
RERATA (%)				0,00			0,00			0,00
STANDAR				≤ 5,8			≤ 5,8			≤ 5,8
KETERANGAN				RENDAH			RENDAH			RENDAH

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat Insiden Rate Ventilator Associated Pneumonia (VAP) pada triwulan I tahun 2020 adalah 0 (nol) dan ini sesuai dengan batas nilai yang diharapkan (standar ≤ 5,8%). Untuk bulan Januari dan Februari tidak ada ditemukan kasus. Bulan Maret ditemukan pasien yang terpasang ventilator selama 2 hari.



Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka kepatuhan terhadap penerapan bundles pencegahan VAP pada Triwulan I yaitu bulan maret tahun 2020 sudah sesuai standar yang ditetapkan (100%). Sikat gigi setiap 12 jam dan oral hygiene tiap 4 jam belum dilakukan. Karena sulitnya melakukan akibat dari pemasangan alat ventilator.

Rekomendasi :

Perlu dilakukan sikat gigi setiap 12 jam dan oral hygiene tiap 2-4 jam dengan antiseptik chlorhexidine 0,02% dengan melakukan pelatihan khusus petugas ICU. Tingkatkan monitoring IPCN dan IPCLN.

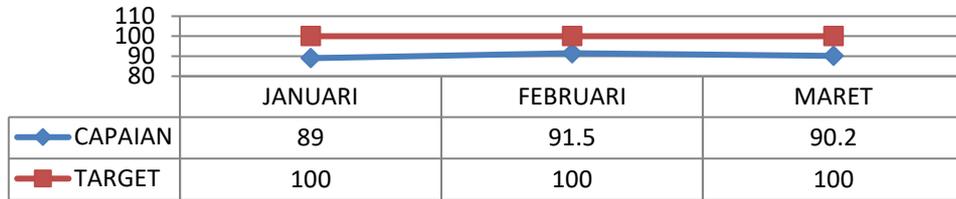
b. Data insiden rate HAP

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

No	SATUAN KERJA TARGET	JANUARI			FEBRUARI			MARET		
		N	D	%o	N	D	%o	N	D	%o
1	ICU	0	0	0.000	0	6	0.000	0	12	0.000
2	NEUROLOGI	0	104	0.000	0	89	0.000	0	110	0.000
3	HCU INTERNE	0	41	0.000	0	34	0.000	0	94	0.000
RERATA (%o)				0,00			0,00			0,00
STANDAR				≤ 1			≤ 1			≤ 1
KETERANGAN				RENDAH			RENDAH			RENDAH

Insiden rate Hospital Acquired pneumonia (HAP) pada Triwulan I tahun 2020 tidak terjadi (0%o) dengan lama hari pasien tirah baring 490 hari dengan jumlah pasien tirah baring 83. Kejadian HAP pada Triwulan I yaitu 0%o. Ini menunjukkan bahwa petugas kesehatan telah memberikan pelayanan kepada pasien di rumah sakit sesuai standar yang diharapkan.

Kepatuhan terhadap bundles pencegahan Ventilator Acquired Pneumonia (HAP) Tahun 2020



Hasil observasi dari IPCN diruangan ICU, Neuro, dan HCU Interne yang merupakan ruangan target didapatkan hasil Monitoring dan evaluasi penerapan Bundles HAP adalah 90,2 %.

c. Data insiden rate IAD

TABEL
INSIDEN RATE INFEKSI ALIRAN DARAH (IAD)
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TRIWULAN I TAHUN 2020

NO	SATUAN KERJA TARGET	JANUARI			FEBRUARI			MARET		
		N	D	%o	N	D	%o	N	D	%o
1	PERINA	0	4	0.000	0	5	0.000	0	7	0.000
2	ICU	0	0	0.000	0	0	0.000	0	0	0.000
RERATA (%o)				0,00			0,00			0,00
STANDAR				≤ 3,5			≤ 3,5			≤ 3,5
KETERANGAN				RENDAH			RENDAH			RENDAH

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

Kalau dilihat dari hasil kepatuhan petugas dalam penerapan bundles IAD yang ada pada grafik di bawah ini :



Hasil monitoring dan evaluasi dari IPCN dalam kepatuhan penerapan Bundles Pencegahan Infeksi HAIs IAD menurut ruangan target sebagai berikut ; Perinatalogi dan ICU adalah 100%. Ini menunjukkan bahwa penerapan bundles pada Triwulan I ini sudah sesuai dengan standar yang diharapkan. Karena petugas sudah mulai memahami pentingnya dalam penerapan bundles IAD, penerapan secara continue pada pemasangan CVL dan infuse Umbilikal dari PPJA dan IPCLN dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.

d. Data insiden rate (IDO)

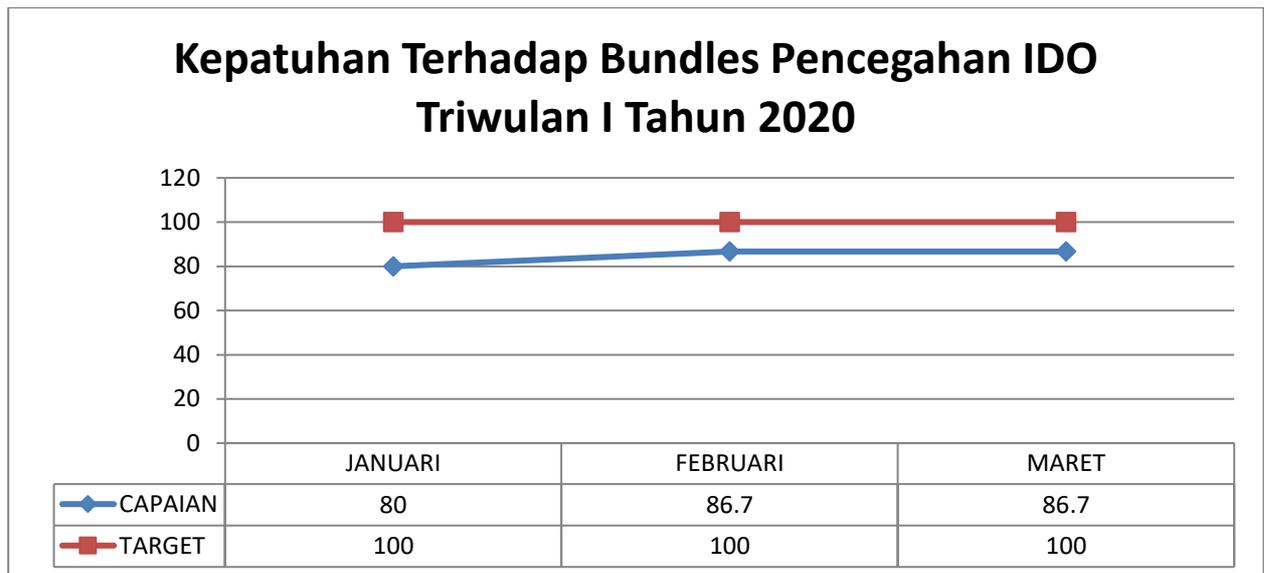
**TABEL
INSIDEN RATE INFEKSI DAERAH OPERASI (IDO)
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TRIWULAN I TAHUN 2020**

NO	SATUAN KERJA TARGET	JANUARI			FEBRUARI			MARET		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	KEBIDANAN	0	61	0.00	0	40	0.00	0	60	0.00
2	BEDAH	0	68	0.00	0	63	0.00	0	63	0.00
RERATA (%)				0,00			0,00			0,00
STANDAR				2			2			2
KETERANGAN				RENDAH			RENDAH			RENDAH



Berdasarkan tabel insiden rate (IDO), angka kejadian Infeksi daerah operasi 0% pada triwulan I tahun 2020. Angka kejadian IDO dikaitkan dengan penerapan bundles IDO yang dilakukan oleh petugas di ruangan rawatan Kebidanan, Bedah dan Kamar Operasi.

Kalau dilihat dari hasil kepatuhan petugas dalam penerapan bundles IDO yang ada pada grafik di bawah ini :



Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka kepatuhan terhadap penerapan bundles pencegahan Infeksi Daerah Operasi (IDO) pada Triwulan I tahun 2020 belum sesuai standar yang ditetapkan (100%). Dimana angka yang terendah pada Januari 2020 (80%). Bulan Februari dan Maret terjadi peningkatan (86,7%). Rata-rata kepatuhan petugas dalam menerapkan bundles pencegahan IDO adalah 84,47%.

Ditemukan antibiotik profilaksis 1 jam sebelum operasi belum dilaksanakan dan belum semua pasien sebelum operasi dilakukan pemeriksaan gula darah. Pemeriksaan gula darah yang rutin dilaksanakan hanya untuk pasien usia \geq 40 tahun ke atas.

Rekomendasi :

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

e. Data insiden rate ISK

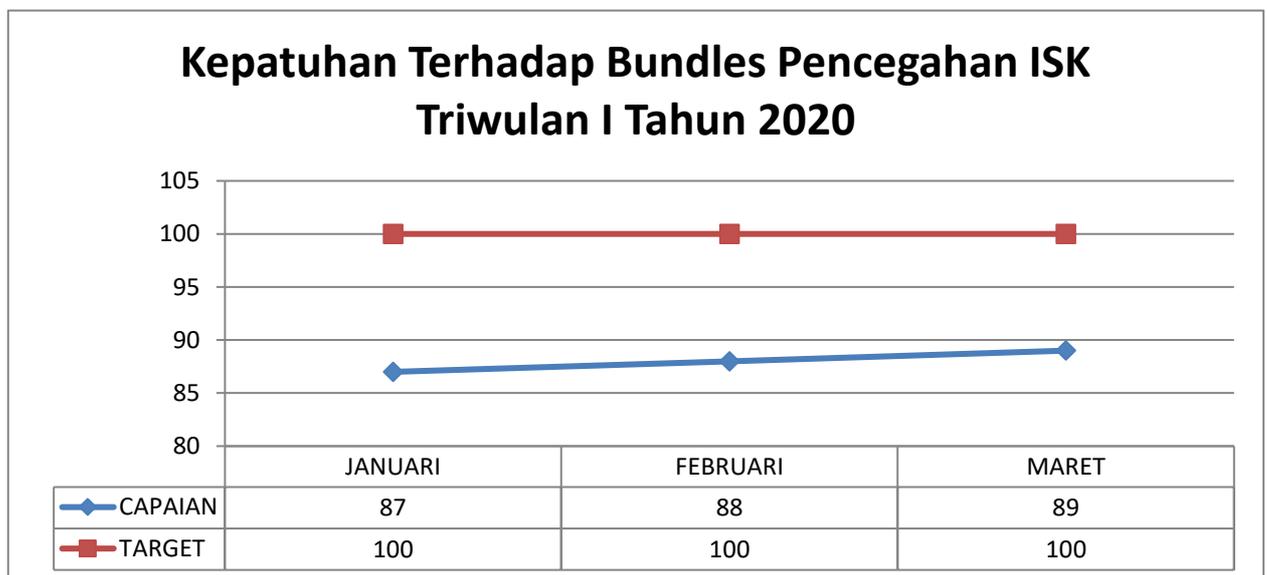
TABEL
INSIDEN RATE INFEKSI SALURAN KEMIH (ISK)
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TRIWULAN I TAHUN 2020

NO	SATUAN KERJA TARGET	JANUARI			FEBRUARI			MARET		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	KEBIDANAN	0	78	0.000	0	92	0.000	0	254	0.000
2	PERINA	0	0	0.000	0	0	0.000	0	0	0.000
3	BEDAH	0	33	0.000	0	26	0.000	0	13	0.000
4	ICU	0	49	0.000	0	70	0.000	0	26	0.000
5	VIP	0	11	0.000	0	2	0.000	0	1	0.000
6	INTERNE	0	127	0.000	0	125	0.000	0	28	0.000
7	ANAK	0	0	0.000	0	0	0.000	0	0	0.000
8	KLAS MR	0	459	0.000	0	120	0.000	0	76	0.000
9	PARU	0	59	0.000	0	95	0.000	0	13	0.000
10	NEURO	0	103	0.000	0	103	0.000	0	22	0.000
	RERATA (%)			0,00			0,00			0,00
	STANDAR			≤ 4,7			≤ 4,7			≤ 4,7
	KETERANGAN			RENDAH			RENDAH			RENDAH



Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat Insiden Rate Infeksi Saluran Kemih (ISK) pada triwulan I tahun 2020 adalah 0 (nol) dan ini sudah sesuai dengan standar ditetapkan ($\leq 4,7\%$).

Kalau dilihat dari hasil kepatuhan petugas dalam penerapan bundles ISK yang ada pada grafik di bawah ini :



Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka kepatuhan terhadap penerapan bundles pencegahan Infeksi Saluran Kemih (ISK) pada Triwulan I tahun 2020 belum sesuai standar yang ditetapkan (100%). Rata-rata kepatuhan petugas dalam menerapkan bundles pencegahan ISK adalah 88%. Ditemukan jelly steril sekali pakai tidak tersedia dan masih ada ditemukan kateter yang tidak difiksasi selama Triwulan I tahun 2020.

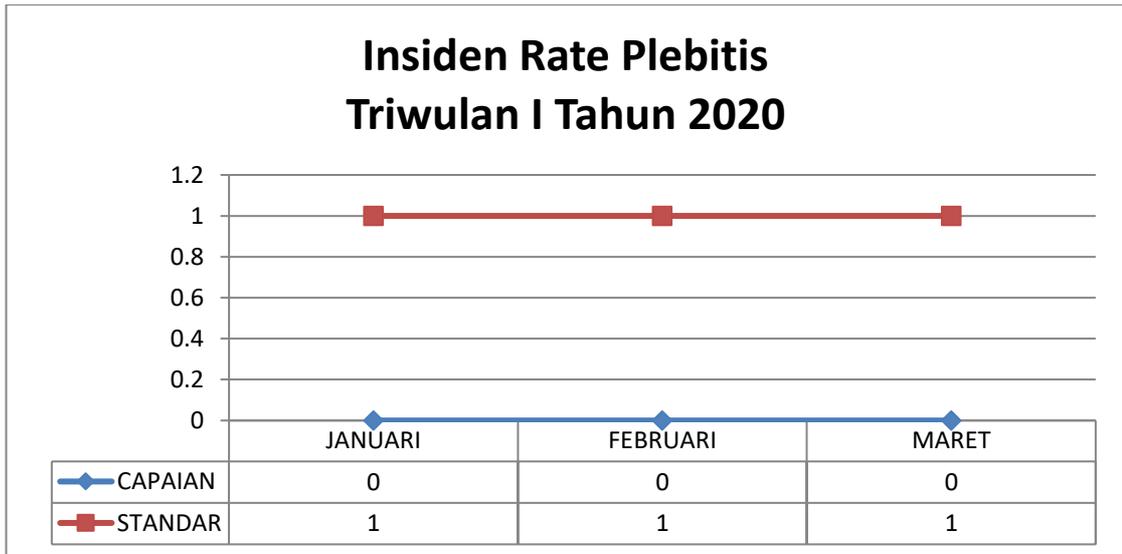
Rekomendasi :

Perlu pengadaan jelly steril sekali pakai dan tingkatkan monitoring evaluasi dari IPCN serta petugas kesehatan yang memberikan asuhan pada pasien yang operasi serta meningkatkan sosialisasi tentang bundles ISK.

f. Data insiden rate plebitis

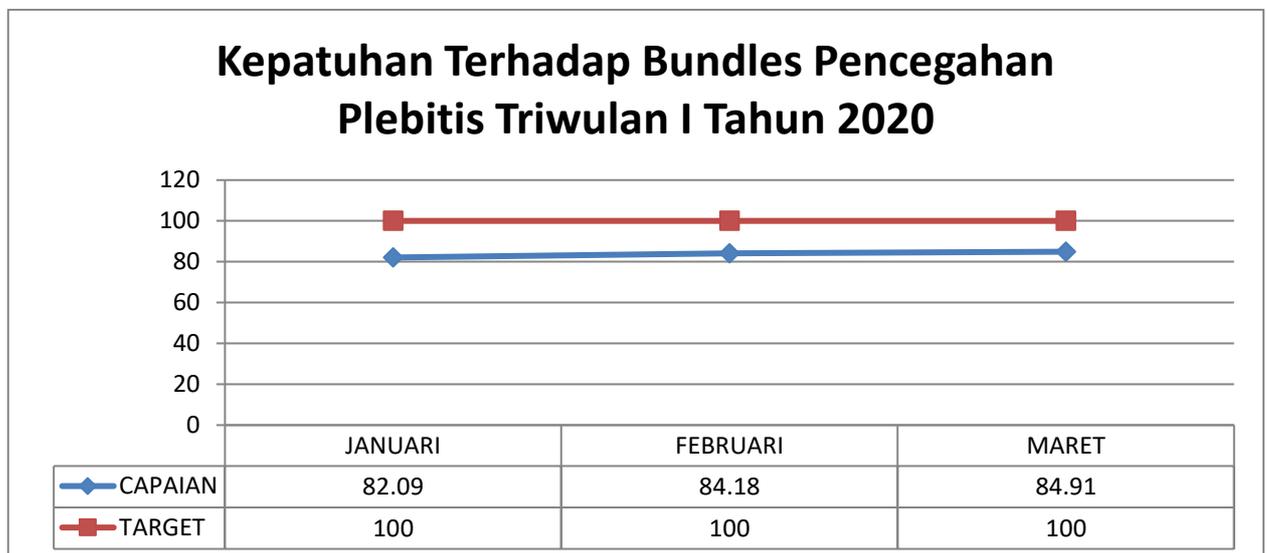
**TABEL
INSIDEN RATE PLEBITIS
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TRIWULAN I TAHUN 2020**

NO	SATUAN KERJA TARGET	JANUARI			FEBRUARI			MARET		
		N	D	%o	N	D	%o	N	D	%o
1	KEBIDANAN	0	379	0.000	0	305	0.000	0	134	0.000
2	PERINA	0	115	0.000	0	260	0.000	0	45	0.000
3	BEDAH	0	455	0.000	0	535	0.000	0	135	0.000
4	ICU	0	50	0.000	0	70	0.000	0	31	0.000
5	VIP	0	163	0.000	0	86	0.000	0	14	0.000
6	INTERNE	0	312	0.000	0	370	0.000	0	73	0.000
7	ANAK	0	536	0.000	0	347	0.000	0	63	0.000
8	KLAS MR	0	141	0.000	0	393	0.000	0	186	0.000
9	PARU	0	507	0.000	0	313	0.000	0	57	0.000
10	NEURO	0	294	0.000	0	196	0.000	0	42	0.000
	RERATA (%o)			0,00			0,00			0,00
	STANDAR			≤ 1			≤ 1			≤ 1
	KETERANGAN			RENDAH			RENDAH			RENDAH



Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat Insiden Rate plebitis pada triwulan I tahun 2020 adalah 0 (nol) dan ini sudah sesuai dengan standar di tetapkan (1.00 ‰).

Kalau dilihat dari hasil kepatuhan petugas dalam penerapan bundles Plebitis yang ada pada grafik di bawah ini :



Analisa :

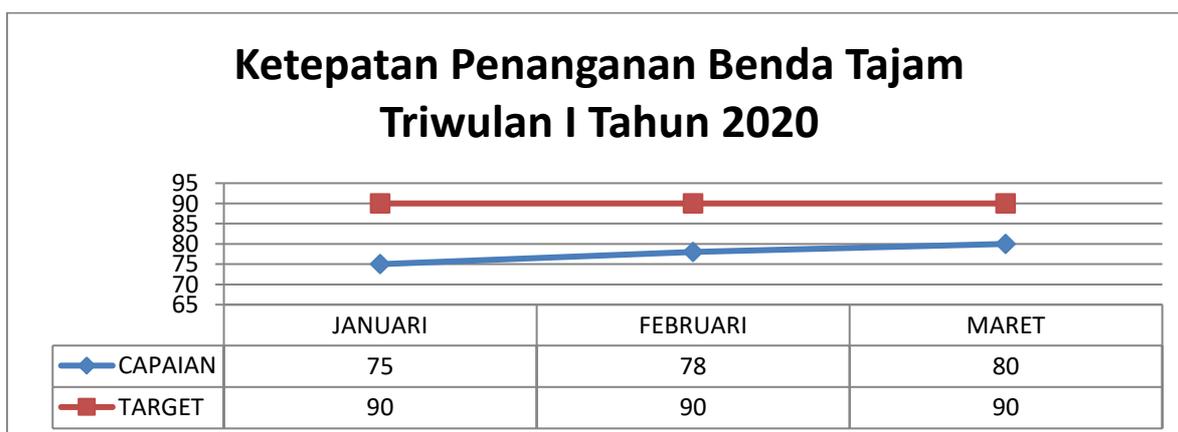
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan bundles pencegahan plebitis pada Triwulan I 2020 cenderung naik namun belum sesuai dengan standar yang ditetapkan (100,00%) dimana angka yang tertinggi terdapat pada bulan Maret 2020 (84,91%) dan angka yang terendah terjadi pada bulan Januari 2020 (82,09%). Rata rata kepatuhan petugas dalam menerapkan bundles pencegahan plebitis Triwulan I 2020 adalah 83,73%. Tidak tercapainya target kepatuhan penerapan bundles plebitis (100%) disebabkan dimana masih ditemukan oleh IPCN penggantian tempat insersi bila ≥ 3 hari tidak dilakukan dengan alasan pasien dan keluarga menolak dilakukan penusukan ulang dan selang infus setelah pemberian lipid protein tidak diganti.

Rekomendasi :

Perlu ditingkatkan monitoring dan evaluasi dari IPCN dan petugas kesehatan yang memberikan asuhan pada pasien yang terpasang infus serta meningkatkan sosialisasi tentang perawatan pasien yang terpasang Infus.

2. Penanganan Benda Tajam di Satuan Kerja

Supervisi dan monitoring/evaluasi penanganan benda tajam di satuan kerja



Analisa :

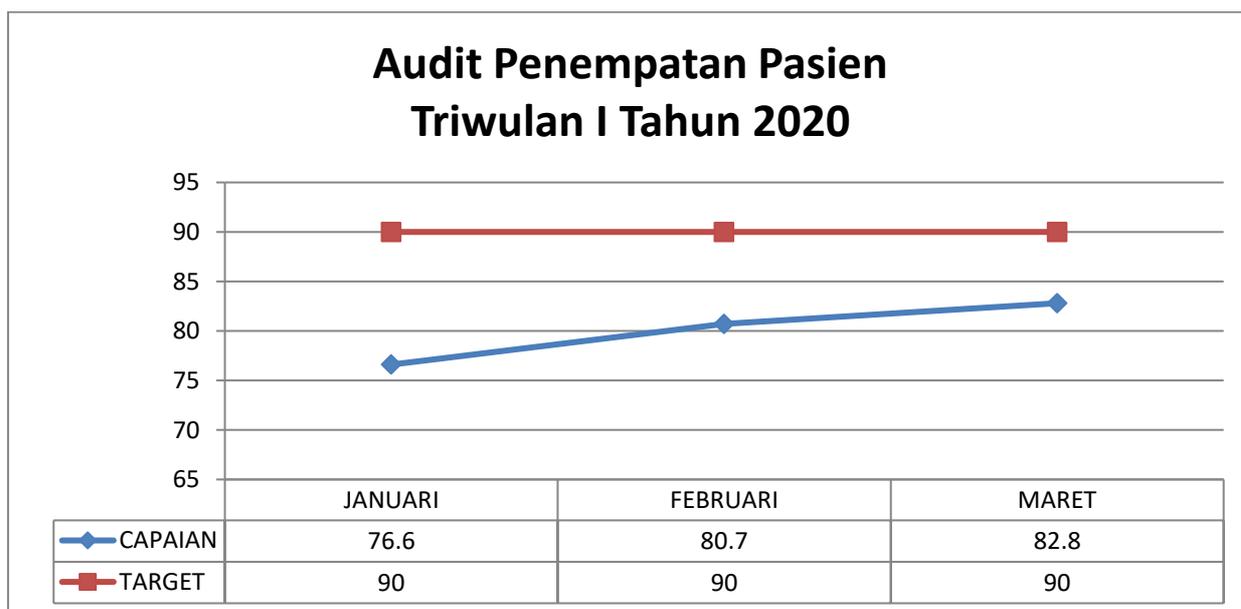
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka ketepatan penanganan benda tajam di satuan kerja pada Triwulan I tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata ketepatan penanganan benda tajam di satuan kerja pada Triwulan I adalah 77,7%. Hal ini disebabkan karena masih ditemukan safety box terisi lebih dari ¾ penuh dan belum terlaksana serah terima safety box antara cleaning service ruangan dengan petugas TPS.

Rekomendasi :

Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan IPCLN, volume safety box ¾ penuh dan koordinasi serah terima safety box ke petugas TPS.

3. Penempatan Pasien

Supervisi dan monitoring/evaluasi penempatan pasien



Analisa :

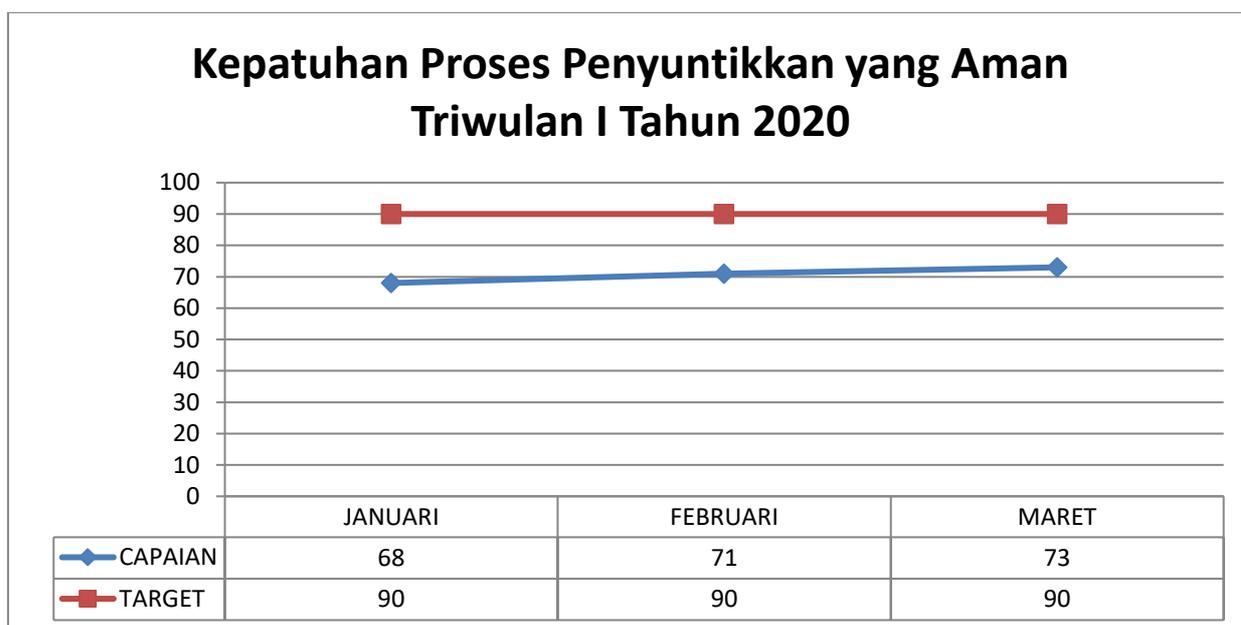
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat audit penempatan pasien pada Triwulan I tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata audit penempatan pasien pada Triwulan I adalah 80,03%. Hal ini disebabkan karena skrining batuk dan penerapan etika batuk yang belum berjalan dengan maksimal.

Rekomendasi :

Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN. Tingkatkan skrining batuk dan edukasi etika batuk yang benar.

4. Tindakan Invasif (Penyuntikan yang Aman)

Supervisi dan monitoring/evaluasi tindakan invasif (penyuntikan yang aman)



Analisa :

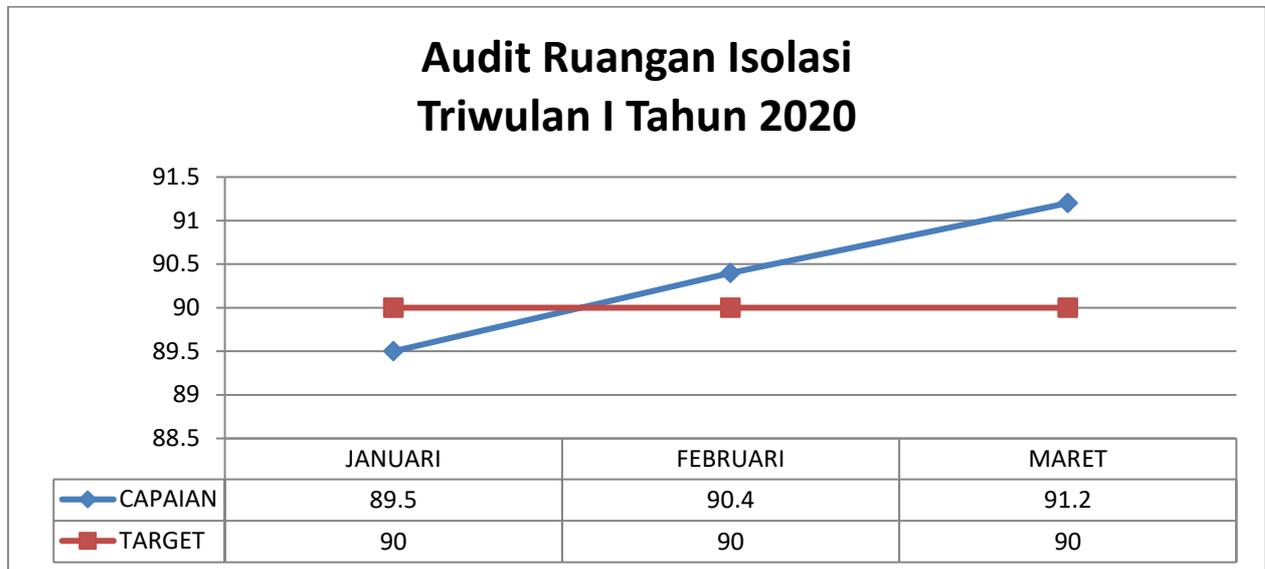
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka kepatuhan proses penyuntikkan yang aman pada Triwulan I tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan proses penyuntikkan yang aman pada Triwulan I adalah 70,7%. Hal ini disebabkan karena belum ada ruangan khusus proses pengaplusan obat, belum ada laminary airflow dan belum ada penerapan penutup bagian kepala vial untuk obat multidose dengan parafilm/transparan dressing (tidak boleh lebih dari 24 jam).

Rekomendasi :

Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan IPCLN. Usulkan pengadaan ruangan khusus pengaplusan obat, pengadaan laminary airflow di setiap depo farmasi dan sosialisasi penerapan parafilm/transparan dressing untuk penutup bagian kepala vial untuk obat multidose.

5. Ruang Isolasi

Supervisi dan monitoring/evaluasi ruangan isolasi



Analisa :

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

Rekomendasi :

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

6. Kebersihan Lingkungan

Supervisi dan monitoring/evaluasi kebersihan lingkungan



Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat indeks kebersihan lingkungan pada Triwulan I tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Secara umum kebersihan lingkungan dapat terpenuhi, namun untuk pengukuran kualitas udara dan kualitas air belum dilakukan sesuai standar. Masih ditemukan kebocoran dan dinding masih berjamur karena ada loteng yang bocor.

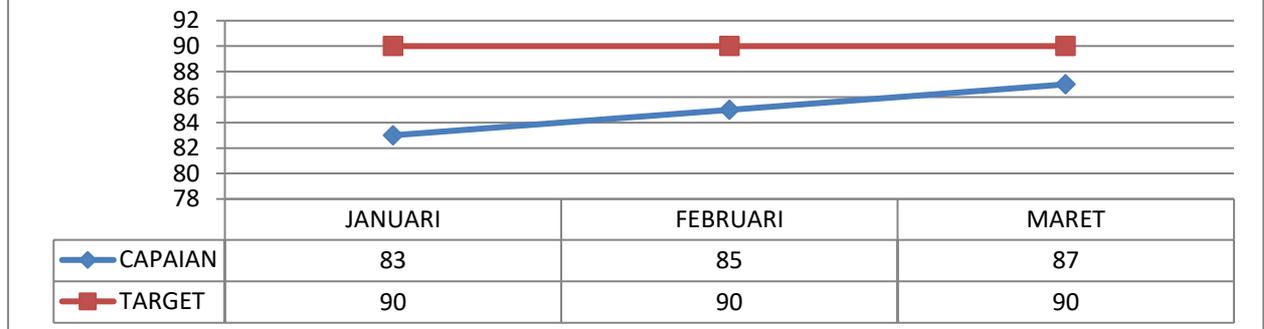
Rekomendasi :

Pengadaan alat pengukuran kualitas udara dan pengukuran kualitas air, sehingga dapat dilakukan pengukuran sesuai standar. Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan IPCLN. Rekomendasi pemeriksaan kualitas udara dan kualitas air sesuai standar.

7. Dokumentasi Edukasi PPI bagi Pasien dan Keluarga

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

Dokumentasi Edukasi HH, Etika Batuk Bagi Pasien, Keluarga dan Pengunjung Triwulan I Tahun 2020



Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat dokumentasi edukasi hand hygiene, etika batuk bagi pasien, keluarga dan pengunjung Triwulan I tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata dokumentasi edukasi adalah 85%.

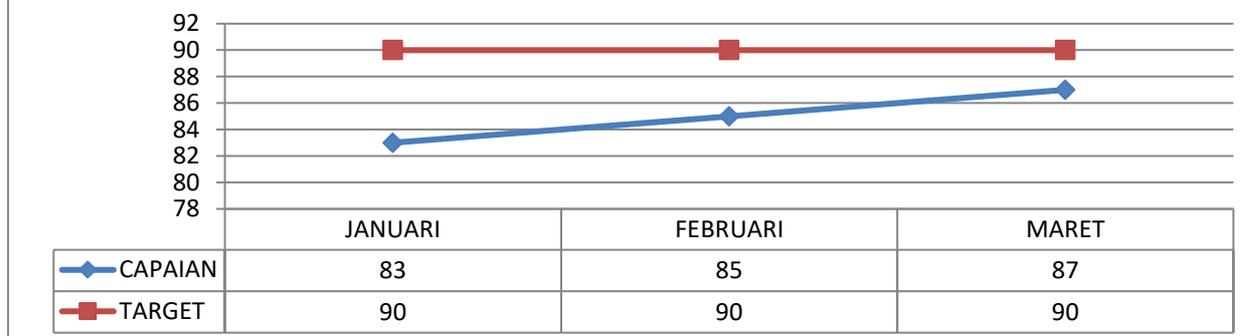
Rekomendasi :

Pelaksanaan pendokumentasian edukasi yang dilakukan oleh petugas, serta meningkatkan supervisi, monitoring IPCN dan IPCLN.

8. Pelaksanaan Edukasi PPI bagi Pasien, Keluarga dan Pengunjung

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

Pelaksanaan Edukasi HH, Etika Batuk Bagi Pasien, Keluarga dan Pengunjung Triwulan I Tahun 2020



Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat pelaksanaan edukasi hand hygiene, etika batuk bagi pasien, keluarga dan pengunjung Triwulan I tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata pelaksanaan edukasi adalah 85%.

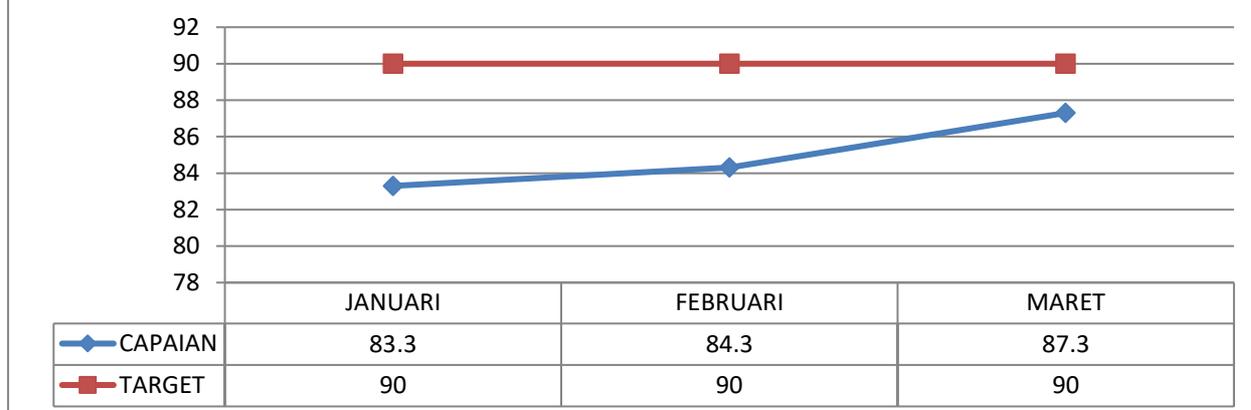
Rekomendasi :

Perlu ditingkatkan pelaksanaan edukasi terhadap pasien, keluarga dan pengunjung serta meningkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan IPCLN.

9. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi : Sarung Tangan, Masker dan Pelindung Mata, Apron/Gaun dan Pelindung Kepala dan Pelindung Kaki

Supervisi dan monitoring/evaluasi kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Triwulan I Tahun 2020



Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Triwulan I tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan penggunaan APD adalah 84,9%. Angka kepatuhan meningkat dari Januari sampai dengan Maret 2020.

Rekomendasi :

Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan IPCLN terhadap petugas untuk memakai APD sesuai paparan atau indikasi.

10. Kepatuhan Penanganan Linen di Satuan Kerja

Supervisi dan monitoring/evaluasi kepatuhan penanganan linen di satuan kerja



Analisa :

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

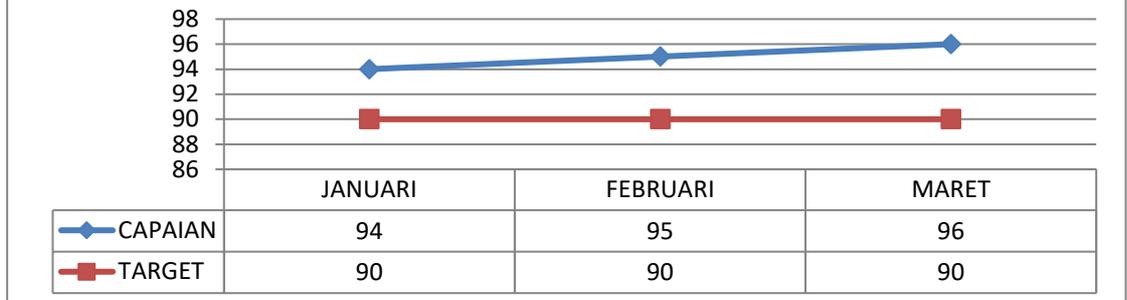
Rekomendasi :

Pemberian merek kereta linen kotor dan linen bersih. Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan IPCLN tentang kepatuhan mengikat kantong linen kotor dari ruangan.

11. Kepatuhan Pengelolaan Darah serta Komponen Darah, Cairan Tubuh Infeksius

Supervisi dan monitoring/evaluasi kepatuhan pengelolaan darah serta komponen darah, cairan tubuh infeksius

Kepatuhan Pengelolaan Darah serta Komponen Darah, Cairan Tubuh Infeksius Triwulan I Tahun 2020



Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan pengelolaan darah serta komponen darah, cairan tubuh infeksius Triwulan I tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan pengelolaan darah serta komponen darah, cairan tubuh infeksius adalah 95%.

Rekomendasi :

Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN.

12. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Unit Pemulasaran Jenazah

Supervisi dan monitoring/evaluasi kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di unit pemulasaran jenazah.

Hasil :

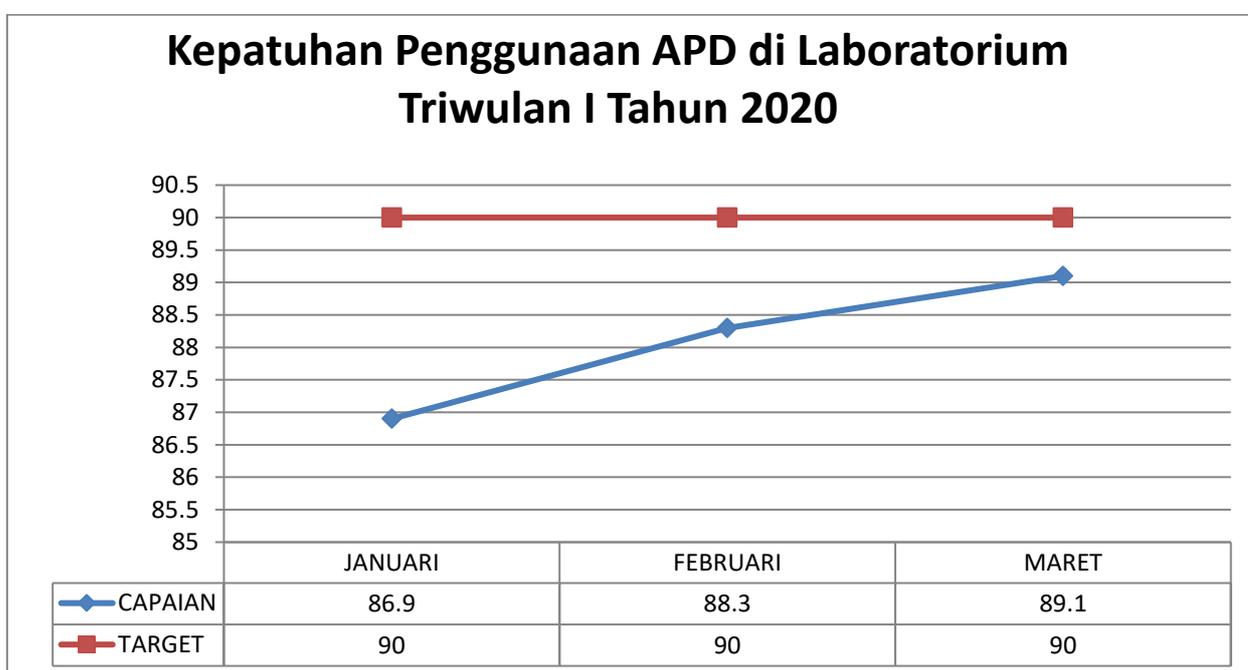
Pada Triwulan I tahun 2020 didapatkan ada 1 kegiatan pemulasaran jenazah di bulan Februari, sedangkan pada bulan Januari dan Maret tidak ada. Untuk kepatuhan penggunaan APD pada Triwulan I tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Angka kepatuhan penggunaan APD adalah 100%.

Rekomendasi :

Lakukan monitoring dan evaluasi dalam kepatuhan penggunaan APD di ruangan pemulasaran jenazah serta mempertahankan target yang telah dicapai.

13. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Instalasi Laboratorium

Supervisi dan monitoring/evaluasi kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Instalasi Laboratorium.



Analisa :

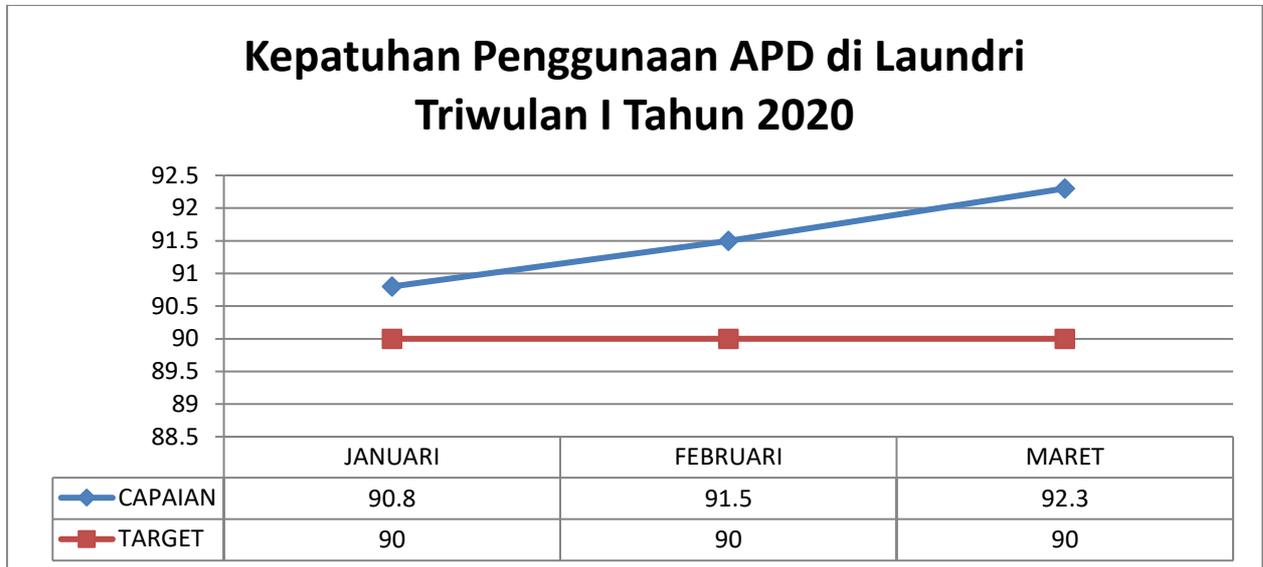
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Laboratorium Triwulan I tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan penggunaan APD adalah 88,1%. Hal ini disebabkan petugas masih ada yang menggunakan hand scoon yang sama untuk beberapa pasien dan petugas tidak langsung melepas APD setelah digunakan.

Rekomendasi :

Edukasi kepatuhan petugas dalam penggunaan APD sesuai indikasi. Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan Kepala Ruangan.

14. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Laundry

Supervisi dan monitoring/evaluasi kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Laundry.



Analisa :

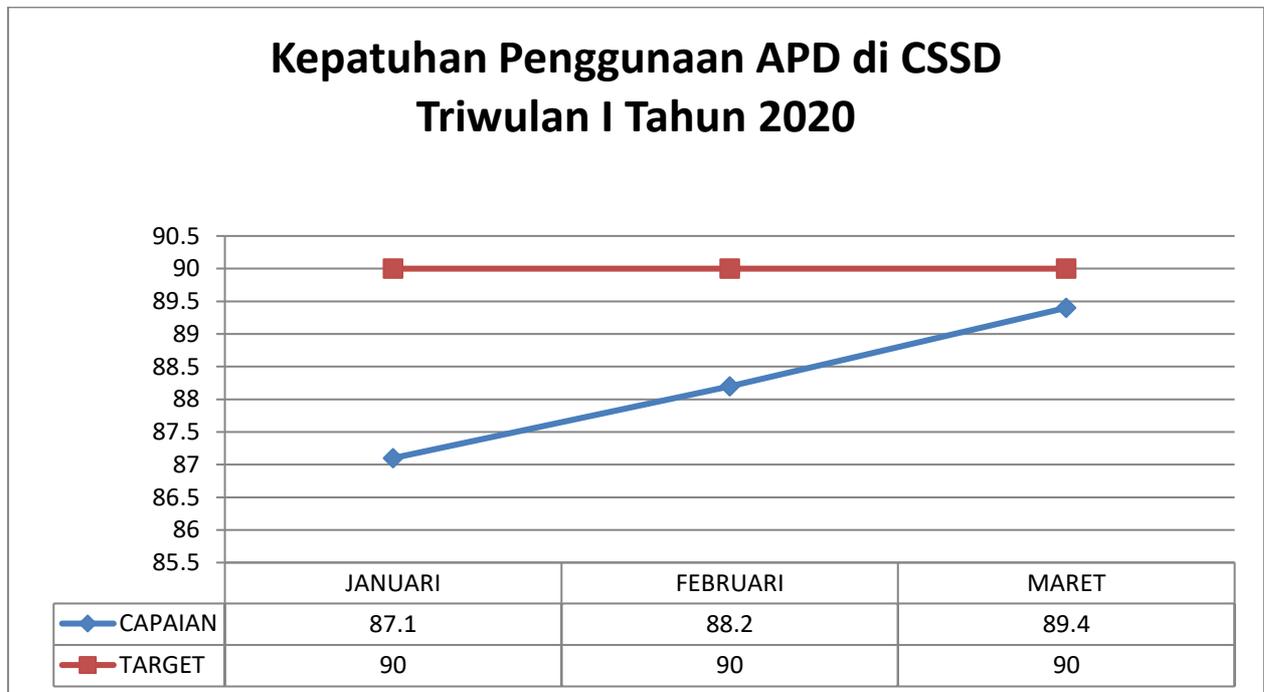
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Laundry Triwulan I tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan penggunaan APD adalah 91,5%. Ditemukan petugas laundry tidak menggunakan sarung tangan latex, karena tidak ada ketersediaan sarung tangan latex.

Rekomendasi :

Perlu pengadaan sarung tangan latek yang berkesinambungan dengan memperhatikan ketersediaan stok minimal di gudang farmasi. Tingkatkan dan pertahankan yang telah ditetapkan.

15. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di CSSD

Supervisi dan monitoring/evaluasi kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di CSSD.



Analisa :

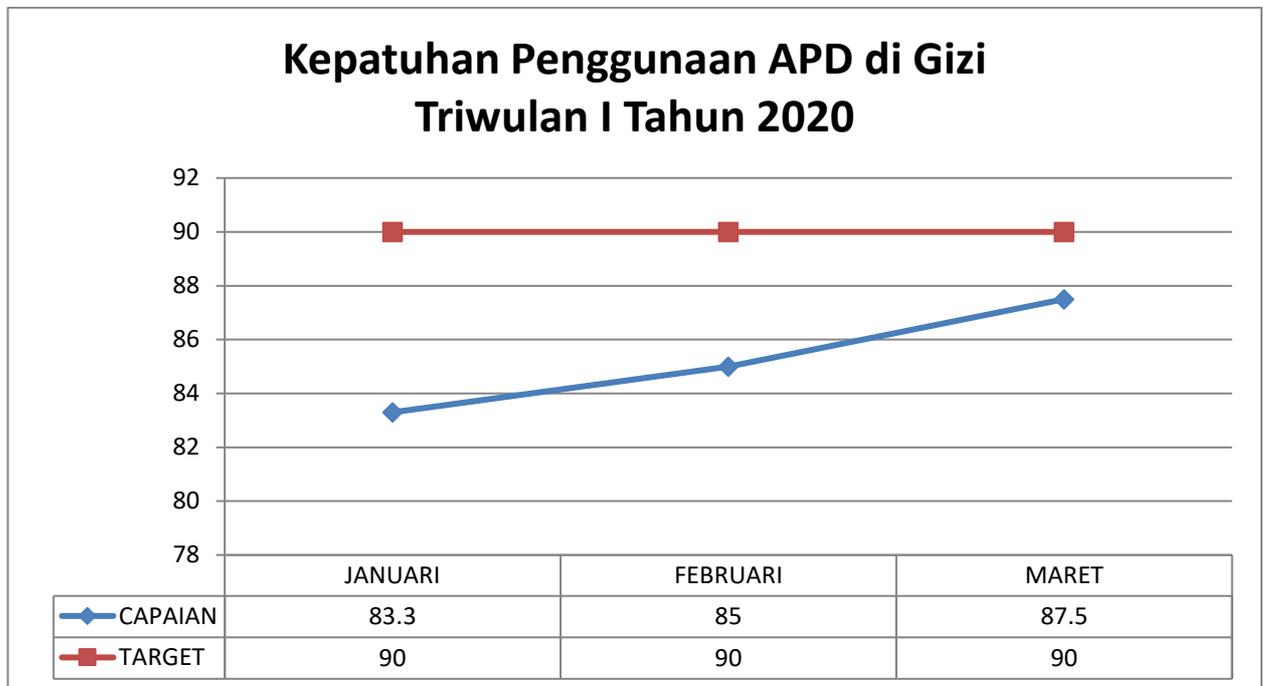
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di CSSD Triwulan I tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan penggunaan APD adalah 88,2%. Hal ini disebabkan karena petugas belum patuh menggunakan google dan masih ditemukan petugas CSSD tidak menggunakan sarung tangan latex, karena tidak ada ketersediaan sarung tangan latex.

Rekomendasi :

Edukasi kepatuhan petugas dalam penggunaan APD sesuai indikasi. Perlu pengadaan sarung tangan latek yang berkesinambungan dengan memperhatikan ketersediaan stok minimal di gudang farmasi. Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan Kepala Ruangan.

16. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Gizi

Supervisi dan monitoring/evaluasi kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Gizi.



Analisa :

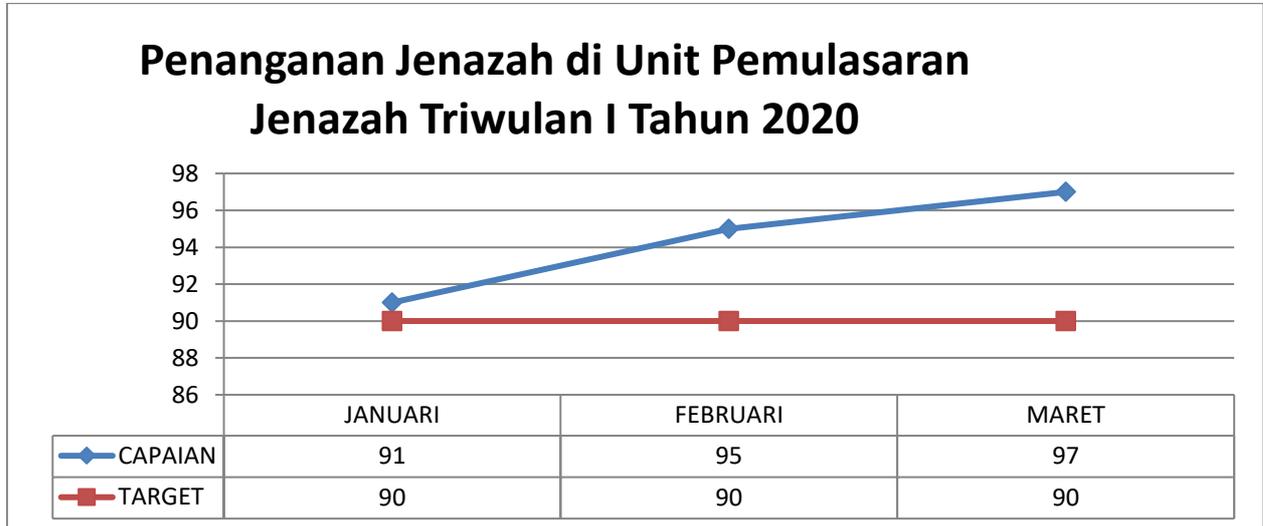
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Gizi Triwulan I tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan penggunaan APD adalah 85,3%. Hal ini disebabkan karena petugas belum patuh menggunakan sepatu.

Rekomendasi :

Edukasi kepatuhan petugas dalam penggunaan APD sesuai indikasi. Tingkatkan supervisi dan monitoring IPCN dan Kepala Ruangan.

17. Penanganan Jenazah Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Instalasi Pemulasaran Jenazah

Supervisi dan monitoring/evaluasi penanganan Jenazah di Instalasi Pemulasaran Jenazah



Analisa :

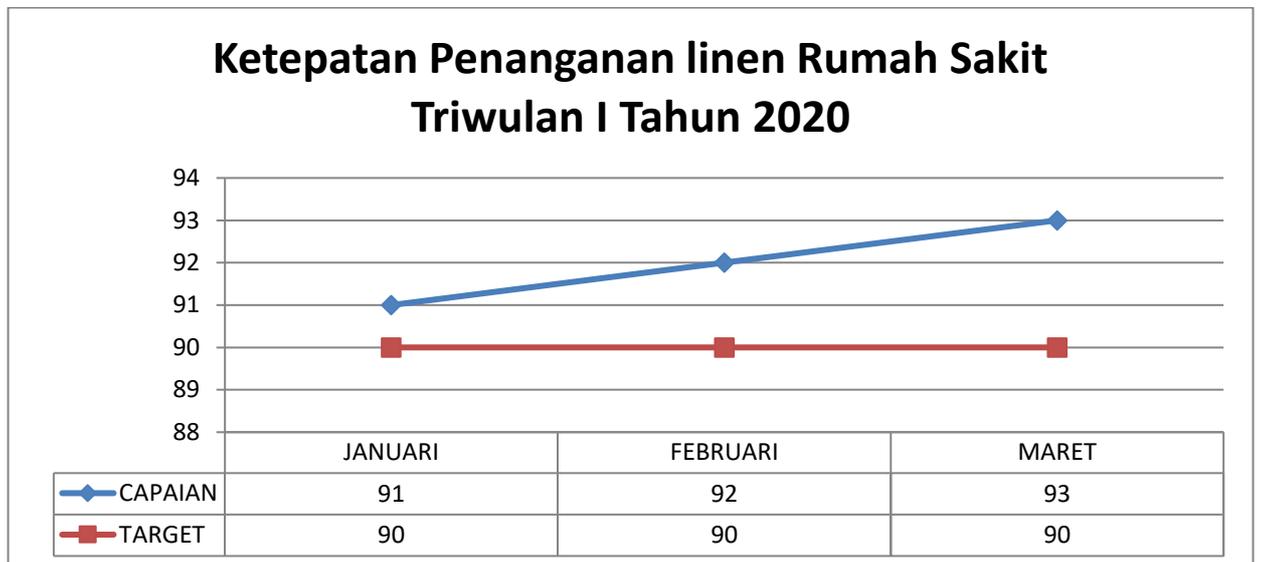
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka penanganan jenazah di unit pemulasaran jenazah pada Triwulan I tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Kegiatan pemulasaran jenazah didapatkan ada 1 jenazah pada bulan Februari, sedangkan pada bulan Januari dan Maret tidak ada. Kulkas jenazah belum tersedia.

Rekomendasi :

Perlu pengadaan kulkas jenazah. Supervisi dan monitoring IPCN dan PJ Instalasi pemulasaran jenazah.

18. Ketepatan Penanganan Linen di Laundry

Supervisi dan monitoring/evaluasi ketepatan penanganan linen di Laundry



Analisa :

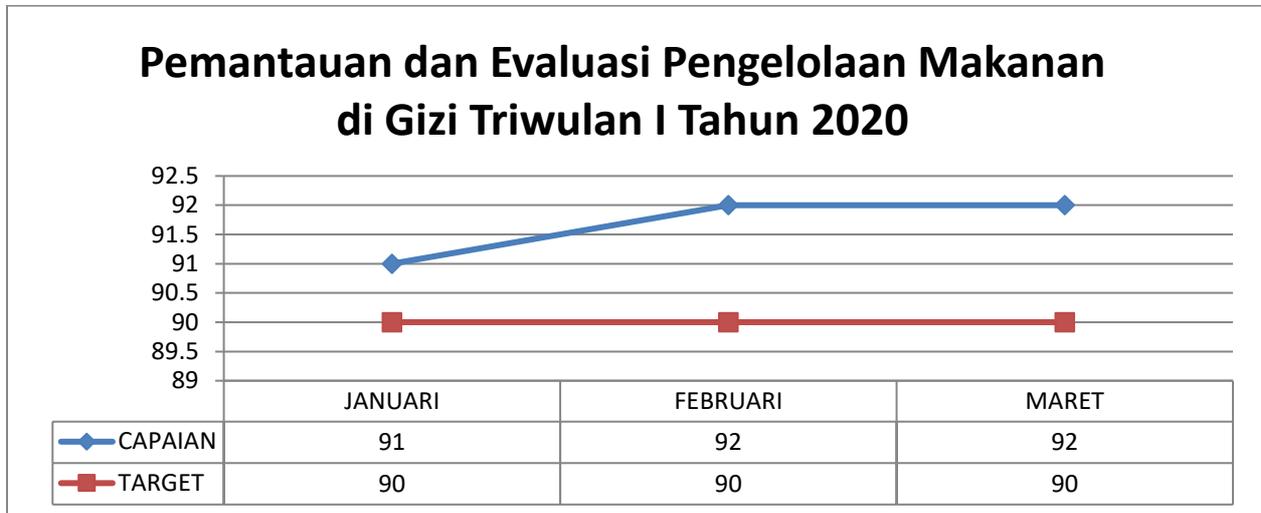
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka ketepatan penanganan linen, pencegahan dan pengendalian infeksi di Laundry pada Triwulan I tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata ketepatan penanganan linen Rumah Sakit Triwulan I Tahun 2020 yaitu 92%.

Rekomendasi :

Tingkatkan ketepatan penanganan linen di Laundry dengan pengadaan lemari dari bahan yang tidak berpori dan lakukan koordinasi dengan K3RS pemeriksaan kesehatan petugas Laundry secara berkala.

19. Pemantauan dan Evaluasi Pengelolaan Makanan di Gizi

Supervisi dan monitoring/evaluasi pengelolaan makanan di Gizi



Analisa :

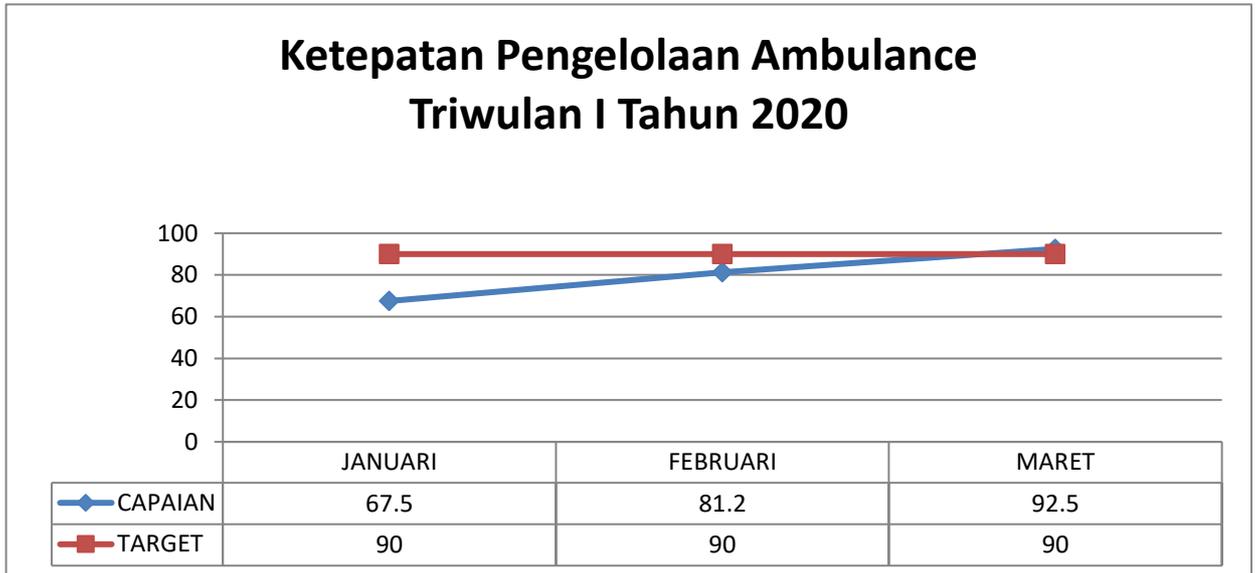
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka pemantauan dan evaluasi pengelolaan makanan di Gizi pada Triwulan I tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%), dengan capaian rata-rata yang hampir sama yaitu 91% dan 92%. Permasalahan yang masih ditemukan adalah bak pencucian belum sesuai standar, vektor masih ada dan pengontrolan suhu belum rutin dilakukan.

Rekomendasi :

Tingkatkan pengelolaan makanan di Gizi dengan pengadaan bak pencucian sesuai standar. Lakukan usaha-usaha untuk menghilangkan binatang/serangga (kucing, kecoa, semut, tikus), yang masih ditemukan di ruangan Gizi. Lakukan pengontrolan suhu secara rutin.

20. Audit Ambulance

Supervisi dan Monitoring/ evaluasi ketepatan pengelolaan ambulance



Analisa :

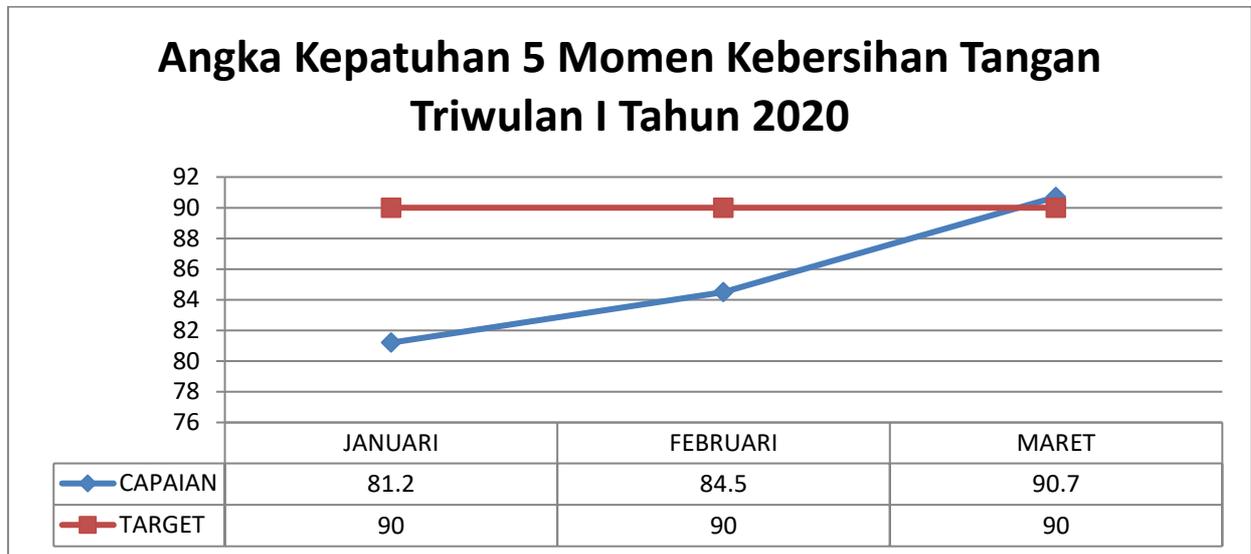
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka ketepatan pengelolaan ambulance pada Triwulan I tahun 2020 terjadi peningkatan dari bulan Januari sampai dengan Maret 2020, sehingga Maret sudah mencapai target yang telah ditetapkan (90%). Permasalahan yang ditemukan adalah tempat tidur pasien di ambulance di dekontaminasi setiap setelah digunakan belum dilakukan dengan maksimal dan APD belum lengkap tersedia.

Rekomendasi :

Tingkatkan monitoring IPCN dan PJ Ambulance untuk ketepatan pengelolaan ambulance.

21. Hand Hygiene

Supervisi dan monitoring/ evaluasi penerapan kebersihan tangan



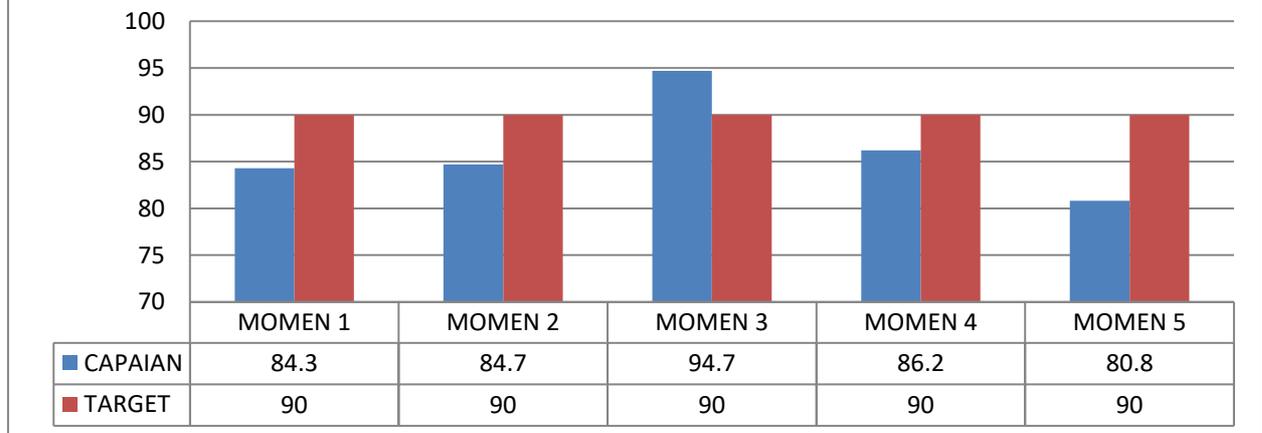
Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat penerapan kebersihan tangan pada Triwulan I tahun 2020 cenderung meningkat, dimana angka yang tertinggi pada bulan Maret 90,7% sudah mencapai target yang ditetapkan (90%) dan angka terendah pada bulan Januari 81,2%. Rata-rata kebersihan tangan pada Triwulan I adalah 85,4%. Ditemukan petugas tidak melakukan kebersihan tangan karena menggunakan handscoon tanpa melepas handscoon antara pasien yang satu ke pasien yang lainnya

Rekomendasi :

Tingkatkan monitoring dan edukasi IPCN dan IPCLN.

Capaian Kebersihan Tangan Berdasarkan Momen Triwulan I Tahun 2020



Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat bahwa capaian kebersihan tangan per momen pada triwulan I 2020 adalah momen 1 (84,3%), momen 2 (84,7%), momen 3 (94,7%), momen 4 (86,2%) dan momen 5 (80,8%). Nilai tertinggi pada momen 3 setelah terpapar cairan tubuh pasien (94,7%) dan sudah mencapai target yang ditetapkan. Sedangkan momen yang lain belum mencapai target yang ditetapkan, nilai terendah pada momen 5 yaitu setelah menyentuh pasien sebanyak 80,8%. Berdasarkan pengamatan IPCN di lapangan, kurangnya angka kepatuhan kebersihan tangan ini disebabkan karena kebiasaan melakukan kebersihan tangan pada petugas belum membudaya, sebagian besar petugas hanya melakukan kebersihan tangan setelah terpapar cairan tubuh pasien (momen 3).

Rekomendasi :

Tingkatkan monitoring dan evaluasi IPCN dan IPCLN untuk mengawasi kepatuhan petugas dalam melaksanakan kebersihan tangan di unit kerjanya.

22. Etika Batuk

Supervisi dan Monitoring/ evaluasi etika batuk



Analisa :

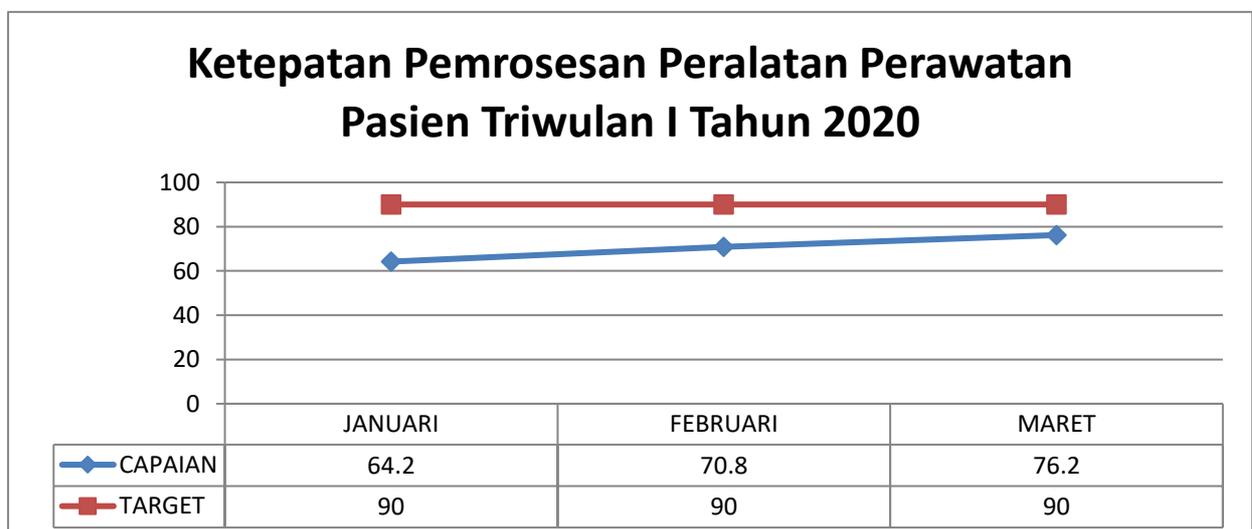
Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat penerapan etika batuk pada Triwulan I tahun 2020 cenderung meningkat, dimana angka yang tertinggi pada bulan Maret 91% sudah mencapai target yang ditetapkan (90%) dan angka terendah pada bulan Januari 68%. Rata-rata penerapan etika batuk pada Triwulan I adalah 76,7%. Ditemukan petugas tidak menggunakan masker ketika batuk.

Rekomendasi :

Tingkatkan monitoring dan edukasi IPCN dan IPCLN.

23. Pemrosesan Peralatan Perawatan Pasien di CSSD

Supervisi dan Monitoring/ evaluasi ketepatan pemrosesan peralatan perawatan pasien



Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka kepatuhan pengelolaan peralatan kesehatan di CSSD pada Triwulan I tahun 2020 belum sesuai standar yang ditetapkan (90%). Rata-rata kepatuhan pengelolaan peralatan kesehatan di CSSD adalah 70,4%. Angka kepatuhan pengelolaan peralatan kesehatan di CSSD masih dibawah standar, hal ini disebabkan oleh

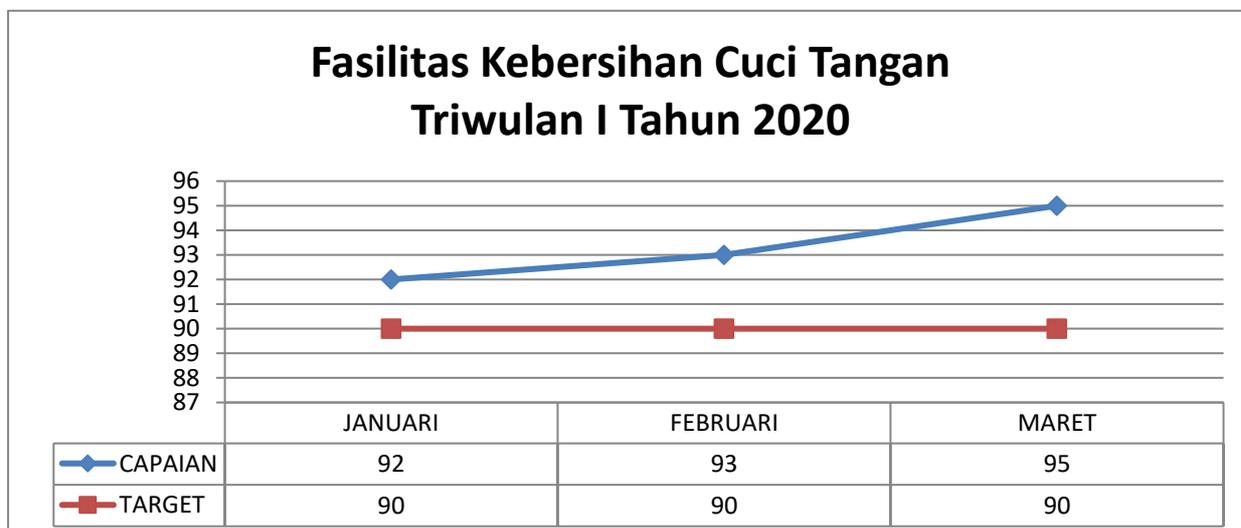
- Lokasi masing-masing proses sudah dibedakan (pembersihan, pengemasan, pensterilan dan penyimpanan), tetapi tidak sesuai standar karena keterbatasan area ruangan CSSD
- Secara umum, pemrosesan peralatan sudah dilakukan sentralisasi di CSSD. Kecuali alat poli gigi dan reuse nasal pronge masih dilakukan di ruangan.
- Belum ada kegiatan penerimaan dan penyerahan peralatan terdokumentasi dalam form serah terima
- Belum dilakukan uji kultur alat medis steril

Rekomendasi :

Ini perlu pemantauan dan di evaluasi secara bersama oleh kepala ruangan CSSD dan Komite PPI sehingga pemrosesan peralatan yang ada dilakukan sesuai dengan standar.

24. Fasilitas Kebersihan Cuci Tangan

Supervisi dan Monitoring/ evaluasi fasilitas kebersihan cuci tangan



Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat fasilitas kebersihan cuci tangan pada Triwulan I tahun 2020 sudah mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata fasilitas kebersihan cuci tangan pada Triwulan I adalah 93,3%.

Rekomendasi :

Pertahankan dan terus dilakukan monitoring dan evaluasi fasilitas kebersihan cuci tangan oleh IPCN, IPCLN dan satker terkait.

25. Fasilitas Pembuangan Limbah

Supervisi dan Monitoring/ evaluasi fasilitas pembuangan limbah



Analisa :

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat fasilitas pembuangan limbah pada Triwulan I tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan (90%). Rata-rata fasilitas pembuangan limbah pada Triwulan I adalah 81,7%. Trolley besar untuk pengangkutan sampah dari unit ke penampungan dalam kondisi rusak.

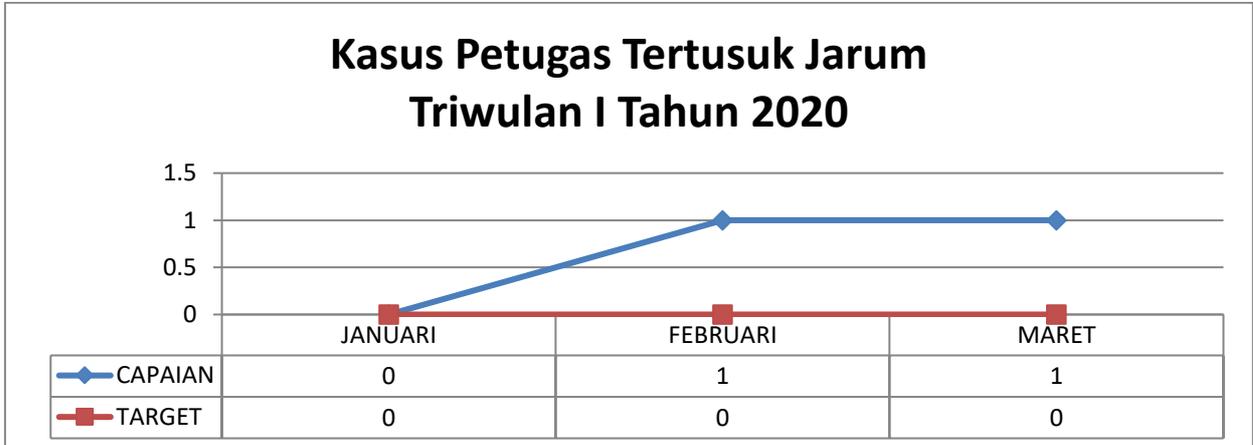
Rekomendasi :

Perbaiki trolley pengangkutan sampah tertutup. Tingkatkan monitoring IPCN dan IPLRS.

26. Kesehatan dan Perlindungan Karyawan

Kegiatan :

- a. Menerima laporan insiden tertusuk jarum



Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa selama Triwulan I 2020 terdapat 2 kasus karyawan tertusuk jarum, yaitu 1 kasus pada bulan Februari 2020 dan 1 kasus pada bulan Maret 2020. Hal ini mengindikasikan ketepatan petugas dalam penanganan benda tajam belum sesuai SPO dan tingkat kehati-hatian petugas dalam melakukan tindakan masih belum optimal.

Rekomendasi :

untuk menyikapi masalah ini, IPCN berkoordinasi dengan Kepala Ruangan yang juga sebagai IPCLN untuk mengawasi kepatuhan petugas dalam penanganan benda tajam di unit kerjanya.

- b. Melakukan analisa kejadian pajanan dan membuat rekomendasi penanganan pasca pajanan

NO	MODUS KEJADIAN	JAN	%	FE	%	MA	%	TOTAL	%
1.	Recapping jarum	0	0	1	33,3	1	33,3	2	28,57
2.	Serah terima benda tajam	0	0	0	0	0	0	0	0
3.	Penanganan/penempatan benda tajam	0	0	0	0	0	0	0	0
4.	Pemrosesan alat/linen	0	0	0	0	0	0	0	0
5.	Pasien gelisah	0	0	0	0	0	0	0	0
6.	Tertusuk jarum heacting/pisau bedah	0	0	0	0	0	0	0	0
7.	Lain-lain	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		0	0	1	33,3	0	33,3	0	28,57

Analisa :

Berdasarkan table diatas, dapat dilihat angka kejadian tertusuk jarum disebabkan 100% oleh recapping jarum. Di pihak lain, edukasi tentang larangan recapping jarum selalu dilakukan oleh tim PPI. Tetapi, dikarenakan tindakan recapping jarum ini sudah membudaya, sehingga kasus tertusuk jarum sering terjadi. Untuk itu diperlukan monitoring dan evaluasi yang lebih baik lagi terkait kepatuhan petugas terutama dalam penatalaksanaan benda tajam.

27. Meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antibiotik secara aman

Data penggunaan antibiotic

Jenis antibiotic yang digunakan selama Triwulan I tahun 2020

- 1) Amoxicilin
- 2) Ampicilin
- 3) Azitromisin
- 4) Cefadroxil
- 5) Cefazolin
- 6) Cefepime
- 7) Cefoperazone
- 8) Cefofaxim
- 9) Ceftriaxon
- 10) Cefuroxime
- 11) Cloramfenicol
- 12) Ciprofloxacin

- 13) Clindamisin
- 14) Cotrimoxazol
- 15) Erytromisin
- 16) Etambutol
- 17) Gentamisin
- 18) Isoniazid
- 19) Itrakonazol
- 20) Kanamysin
- 21) Levofloxacin
- 22) Meropenem
- 23) Metronidazol
- 24) Pycin (Ampicilin sulbactam)
- 25) Pyrazinamid
- 26) Rifampicin
- 27) Tiamfenicol

28. Investigasi Outbreak/Kejadian Luar Biasa (KLB)

Kejadian Luar Biasa (Outbreak) COVID-19 yang menjadi Pandemi di seluruh dunia, juga terjadi di wilayah Kabupaten Pesisir Selatan mulai pada bulan Maret 2020. Dalam menghadapi Outbreak ini, Komite PPI telah menyiapkan beberapa regulasi terkait COVID-19, yaitu

1. Panduan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi COVID-19 Komite PPI RSUD Dr. M. Zein Painan
2. SPO Pemulasaran Jenazah Pasien Terinfeksi COVID-19
3. SPO Desinfeksi Lingkungan Ruangan Isolasi
4. SPO Skrining Pengunjung Melalui Poliklinik dan IGD
5. SPO Desinfeksi Ambulance
6. SPO Melepaskan APD Transmisi Kontak
7. SPO Pemakaian dan Pemeliharaan Masker N95
8. SPO Alur Pemrosesan Masker N95
9. SPO Desinfeksi Penyakit Menular
10. SPO Alur Pemeriksaan Pasien Terkonfirmasi COVID-19

Selain regulasi, Komite PPI telah mensosialisasikan bagaimana cara penggunaan APD dan pelepasan APD untuk petugas yang kontak dengan pasien PDP dan positif COVID-19 melalui video dan petunjuk gambar. Komite PPI juga terlibat dalam rapat-rapat menghadapi Pandemi COVID-19.

29. Program Pendidikan dan Pelatihan

Diklat untuk karyawan baru dan mahasiswa praktek

NO	TANGGAL ORIENTASI	INSTITUSI	JUMLAH
1.	Januari 2020	Pegawai Baru BLUD	1 orang
2.	10 Februari 2020	FK UNAND	3 orang
3.	17 Februari 2020	STIKES Perintis DIII Analisis Kesehatan	6 orang
4.	9 Maret 2020	STIKES Mercubakti Jaya Padang	71 orang

Setiap karyawan baru dan mahasiswa praktek di RSUD Dr. M. Zein Painan, selalu dilakukan sosialisasi tentang program PPI, antara lain hand hygiene, pemakaian APD, penyuntikan yang aman, pembuangan limbah, etika batuk, dan hal-hal lain yang berhubungan dengan program PPI lainnya.

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Hasil monitoring dan evaluasi Program Kerja PPI Triwulan I 2020 menunjukkan bahwa secara keseluruhan kinerja program PPI sudah mengalami peningkatan dan secara bertahap mulai mencapai sasaran yang sudah ditetapkan.

Namun masih ada 3 (tiga) masalah utama yang menjadi fokus perhatian, yaitu :

1. Angka rata-rata kepatuhan petugas dalam melaksanakan 5 moment kebersihan tangan selama Triwulan I 2020 masih rendah, rerata Triwulan I (85,4%) hal ini menjadi masalah yang harus diperhatikan. Melakukan kebersihan tangan dapat memutus mata rantai (transmisi) penyebaran kuman penyebab infeksi.
2. Rata-rata kepatuhan proses penyuntikkan yang aman pada Triwulan I adalah 70,7%. Hal ini disebabkan karena belum ada ruangan khusus proses pengaplusan obat, belum ada laminary airflow dan belum ada penerapan penutup bagian kepala vial untuk obat multidose dengan parafilm/transparan dressing (tidak boleh lebih dari 24 jam).
3. Rata-rata kepatuhan pemrosesan peralatan perawatan di CSSD adalah 70,4%. Angka kepatuhan pemrosesan peralatan perawatan di CSSD masih dibawah standar, hal ini disebabkan oleh
 - Lokasi masing-masing proses sudah dibedakan (pembersihan, pengemasan, pensterilan dan penyimpanan), tetapi tidak sesuai standar karena keterbatasan area ruangan CSSD
 - Secara umum, pemrosesan peralatan sudah dilakukan sentralisasi di CSSD. Kecuali alat poli gigi dan reuse nasal pronge masih dilakukan di ruangan.
 - Belum ada kegiatan penerimaan dan penyerahan peralatan terdokumentasi dalam form serah terima
 - Belum dilakukan uji kultur alat medis steril

B. Rekomendasi

1. Re-edukasi tentang potensial risiko akibat tidak menerapkan cuci tangan yang benar
2. Perlu dilakukan oral hygiene tiap 2-4 jam dengan antiseptik chlorhexidine 0,02% untuk pasien yang terpasang ventilator
3. Perlu pengadaan jelly steril sekali pakai untuk pemasangan kateter
4. Perlu pelaksanaan antibiotik profilaksis sebelum operasi, pemeriksaan gula darah terhadap semua calon pasien operasi
5. Usulkan pengadaan ruangan khusus pengaplusan obat, pengadaan laminary airflow di setiap depo farmasi dan sosialisasi penerapan parafilm/transparan dressing untuk penutup bagian kepala vial untuk obat multidose.
6. Uji kultur alat medis
7. Renovasi ruang CSSD
8. Pengawasan CSSD dalam sterilisasi poli gigi dan perinatologi
9. Perbaiki trolley pengangkutan sampah tertutup