

**LAPORAN TAHUNAN  
KOMITE  
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI**



**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr.LOEKMONO HADI  
KABUPATEN KUDUS  
2018**

## DAFTAR ISI

Cover	.....	i
Daftar isi	.....	ii
Daftar Tabel	.....	vii
Daftar Grafik	.....	viii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	.....	1
A. LATAR BELAKANG	.....	2
B. TUJUAN	.....	2
1. Tujuan Umum	.....	2
2. Tujuan Khusus	.....	2
<b>BAB II PROGRAM KERJA</b>	.....	3
A. PENGORGANISASIAN	.....	3
B. PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT PADA KEJADIAN HAI'S	.....	3
1. Kewaspadaan Isolasi	.....	4
2.1.1. Kewaspadaan standar	.....	4
2.1.2. Kewaspadaan berdasar transmisi	.....	5
2. Surveilans PPI	.....	5
3. Upaya PPI	.....	6
4. Pendidikan dan Pelatihan	.....	7
5. Penggunaan Antibiotika Rasional	.....	7
<b>BAB III REALISASI PROGRAM</b>	.....	8
A. PENGORGANISASIAN	.....	8
B. PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT PADA KEJADIAN HAI'S	.....	9
<b>1. Kewaspadaan Isolasi</b>	.....	9
<b>a. Kewaspadaan standar</b>	.....	9
1) <i>Hand hygiene</i>	.....	9
a) Kepatuhan hand hygiene Perawat & bidan	.....	9
b) Hand Hygiene Dokter	.....	11

c) Hand Hygiene Penunjang .....	12
d) Pengadaan cairan antiseptik .....	
e) handwash, handrub dan tissue .....	13
f) Uji kuman untuk cairan handrub .....	13
2) <i>Kepatuhan Pemakaian Apd</i> .....	13
3) Pengelolaan Limbah .....	15
a) Limbah Padat .....	15
b) Limbah Jarum dan Benda Tajam .....	15
c) Limbah Cair .....	15
4) <i>Pengendalian lingkungan</i> .....	16
5) Penyuntikan aman .....	21
6) Perawatan peralatan pasien .....	21
a) Metode pemrosesan peralatan perawatan pasien .....	21
b) Proses dekontaminasi peralatan pasien di CSSD .....	21
c) Pelayanan pemrosesan barang dan instrument .....	22
d) Pemeriksaan mikrobiologi dengan metode swab .....	22
7) Penatalaksanaan linen .....	23
a) Pengawasan dan pengelolaan linen .....	23
b) Hasil uji swab linen .....	24
8) Perlindungan Kesehatan Karyawan .....	25
9) Penempatan pasien .....	26
10) Etika batuk .....	27
11) Praktek lumbal punksi .....	27
12) Pengelolaan Makanan dan Minuman .....	27
a) Makanan dan minuman .....	27

b) Alat makan	.....	28
c) Evaluasi pemantauan suhu penyimpanan bahan makanan	.....	29
d) Pemantauan kualitas air bersih	.....	29
13) Penanganan Jenazah	.....	30
<b>b. Kewaspadaan berdasar transmisi</b>	.....	30
1) Kontak	.....	30
2) Droplet (TBC)	.....	30
3) Airborne (TBC, MERS, meningitis)	.....	31
<b>2. SURVEILANS PPI</b>	.....	31
a) Hasil Evaluasi HAI's	.....	32
b) Grafik kejadian HAI's	.....	33
<b>3. BUNDLE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI</b>	.....	36
a) Definisi	.....	36
b) Pelaksanaan Bundel's	.....	36
1) CAUTI/ISK	.....	36
2) SSI/IDO	.....	37
3) VAP	.....	38
<b>4. PENDIDIKAN DAN PELATIHAN</b>	.....	40
a) Pelaksanaan kegiatan	.....	40
b) Grafik edukasi	.....	42
<b>5. PENGGUNAAN ANTIBIOTIKA RASIONAL</b>	.....	42
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>	.....	43
<b>A. PENGORGANISASIAN</b>	.....	43
<b>B. PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN     DI RUMAH SAKIT PADA KEJADIAN HAI'S</b>	.....	43
<b>1. Kewaspadaan Isolasi</b>	.....	43
<b>a. Kewaspadaan standar</b>	.....	43
1) Hand Hygiene	.....	43
a) Pelaksanaan kegiatan	.....	43

b) Kendala yang ditemukan	.....	44
2) Alat Pelindung Diri (APD)	.....	44
a) Pelaksanaan kegiatan	.....	44
b) Kendala yang ditemukan	.....	44
3) Pengelolaan Limbah Dan Benda Tajam	.....	44
a) Pelaksanaan kegiatan	.....	45
b) Kendala yang ditemukan	.....	45
4) Pengendalian Lingkungan	.....	45
a) Pelaksanaan Kegiatan	.....	45
b) Kendala yang ditemukan	.....	46
5) Penyuntikan Aman	.....	46
a) Pelaksanaan kegiatan	.....	46
b) Kendala yang ditemukan	.....	46
6) Perawatan Peralatan Pasien	.....	47
a) Pelaksanaan Kegiatan	.....	47
b) Kendala yang yang ditemukan	.....	47
7) Penatalaksanaan Linen	.....	48
a) Pengelolaan Linen	.....	48
b) Kendala yang ditemukan	.....	49
8) Perlindungan Kesehatan Karyawan	.....	49
a) Pelaksanaan Kegiatan	.....	49
b) Kendala yang dihadapi	.....	50
9) Penempatan Pasien	.....	50
a) Kegiatan yang sudah dilakukan	.....	50
b) Kendala yang dihadapi	.....	50
10) Etika Batuk	.....	52
a) Kegiatan yang sudah dilakukan	.....	52
b) Kendala	.....	52
11) Praktek Lumbal	.....	52
a) Kegiatan yang sudah dilakukan	.....	52
b) Kendala yang dihadapi	.....	52
12) Penanganan Makanan Dan Minuman	.....	53

a) Kegiatan yang sudah dilakukan	.....	53
b) Kendala yang dihadapi	.....	53
13) Pengelolaan jenazah	.....	53
a) Kegiatan yang sudah dilakukan	.....	53
b) Kendala yang dihadapi	.....	54
<b>b. Kewaspadaan berdasar transmisi</b>	.....	54
a) Pelaksanaan Kegiatan	.....	54
b) Kendala yang dihadapi	.....	54
<b>2. SURVEILANS HAI'S</b>	.....	55
a) ISK	.....	55
b) IDO	.....	56
c) VAP	.....	57
d) PHLEBITIS	.....	57
e) DEKUBITUS	.....	58
<b>3. UPAYA PPI/ PENERAPAN BUNDLE HAI'S</b>	.....	59
a) CAUTI/ISK	.....	59
b) SSI/IDO	.....	59
c) VAP	.....	60
<b>4. PENDIDIKAN DAN PELATIHAN</b>	.....	62
<b>5. PENGGUNAAN ANTIBIOTIKA RASIONAL</b>	.....	62
<b>BAB V PENUTUP</b>	.....	64
A. KESIMPULAN	.....	64
B. SARAN	.....	64

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Hasil Pemeriksaan Output IPAL Baru Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus Tahun 2018	.....	16
Tabel 2. Pemeriksaan kuman udara Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus Tahun 2018	.....	19
Tabel 3. Swab dinding dan lantai Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus Tahun 2018	.....	20
Tabel 4. Hasil Pemeriksaan mikrobiologi terhadap instrumen bedah di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus 2018	...	22
Tabel 5. Pemeriksaan mikrobiologi terhadap linen di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus	.....	24
Tabel 6 Data pemeriksaan kesehatan karyawan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus 2018	.....	25
Tabel 7. Pemeriksaan makanan dan minuman Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus	.....	27
Tabel 8. Pemeriksaan alat makan Rumah Sakit Umum Daerah dr.Loekmono Hadi Kudus 2018	.....	28
Tabel 9. Pemeriksaan Air Bersih Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus	.....	29
Tabel 10. Data Pemulasaraan jenazah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus	.....	30
Tabel 11. Data pemeriksaan TCM penderita TB di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus	.....	31
Tabel 12. Hasil evaluasi Hai's tahun 2018	.....	32
Tabel 13. Pelaksanaan Edukasi di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus 2018	.....	40

## DAFTAR GRAFIK

Grafik 1. Kepatuhan <i>Hand hygiene</i> 5 momen Perawat & bidan	9
Grafik 2. Kepatuhan <i>Hand hygiene</i> 5 momen Dokter	11
grafik 3. Kepatuhan <i>Hand hygiene</i> 5 momen Penunjang	12
Grafik 4. Kepatuhan pemakaian APD Perawat & bidan	13
Grafik 5. Kepatuhan pemakaian APD dokter	14
Grafik 6. Kepatuhan pemakaian APD penunjang medis	14
Grafik 7. Kejadian ISK di Rumah Sakit Umum Daerah dr.Loekmono Hadi Kudus tahun 2018	33
Grafik 8. Kejadian IDO di Rumah Sakit Umum Daerah dr.Loekmono Hadi Kudus tahun 2018	33
Grafik 9. Kejadian VAP di Rumah Sakit Umum Daerah dr.Loekmono Hadi Kudus tahun 2018	34
Grafik 10. Kejadian Phlebitis di Rumah Sakit Umum Daerah dr.Loekmono Hadi Kudus Tahun 2018	34
Grafik 11. Kejadian Dekubitus di Rumah Sakit Umum Daerah dr.Loekmono Hadi Kudus tahun 2018	35
Grafik 12. Pelaksanaan edukasi karyawan di Rumah Sakit Umum Daerah dr.Loekmono Hadi Kudus tahun 2018	41
Grafik 13. Pelaksanaan edukasi karyawan sesuai dengan profesi di Rumah Sakit Umum Daerah dr.Loekmono Hadi Kudus tahun 2018	41
Grafik 14. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan di Rumah Sakit Umum Daerah dr.Loekmono Hadi Kudus tahun 2018	42



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

*Healthcare Associated Infections* (HAI's) adalah infeksi yang didapat atau timbul pada waktu pasien dirawat di rumah sakit, dimana tidak ada infeksi sebelumnya atau tidak dalam masa inkubasi pada saat masuk, juga infeksi yang didapat di rumah sakit tapi muncul setelah pulang, termasuk infeksi pada petugas pemberi pelayanan di rumah sakit. Kejadian infeksi dapat menghambat proses penyembuhan pasien, bahkan dapat meningkatkan morbiditas, mortalitas, dan memperpanjang lama hari rawat, sehingga biaya meningkat dan akhirnya mutu pelayanan di institusi pelayanan kesehatan akan menurun.

Kepmenkes no. 129 tahun 2008 telah menetapkan suatu standar minimal pelayanan rumah sakit, termasuk di dalamnya pelaporan kasus *HAI's* untuk melihat sejauh mana rumah sakit melakukan pengendalian terhadap infeksi ini. Data *HAI's* digunakan sebagai acuan pencegahan infeksi guna meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit (Kepmenkes, 2008).

Untuk meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit perlu dilaksanakan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi. Kegiatan program ini sangat kompleks, menyangkut berbagai sasaran antara lain personel, alat/peralatan medis ruang perawatan, kamar bedah dan lingkungan. Kegiatan tersebut harus dilaksanakan secara terpadu oleh semua civitas hospitalia, baik manajemen rumah sakit, semua petugas rumah sakit seperti dokter, perawat, bidan, petugas kesehatan lainnya, petugas kebersihan, petugas pemeliharaan sarana rumah sakit, dan masyarakat lingkungan rumah sakit.

## **B. TUJUAN**

### **1. Tujuan Umum**

Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit melalui pencegahan dan pengendalian infeksi.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menurunkan angka kejadian *HAI*'s dan memutus mata rantai penularannya
- b. Menurunkan *LOS* pasien
- c. Identifikasi dini KLB infeksi
- d. Melindungi petugas dan masyarakat dari penyakit infeksi
- e. Mengukur dan menilai keberhasilan program PPI
- f. Salah satu unsur pendukung untuk memenuhi standar akreditasi.

## **BAB II**

### **PROGRAM KERJA**

#### **A. PENGORGANISASIAN**

PPI Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus dibentuk 13 Februari 2016. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi/ Tim PPI merupakan organisasi nonstruktural pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang mempunyai fungsi utama menjalankan PPI serta menyusun kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi termasuk pencegahan infeksi yang bersumber dari masyarakat berupa Tuberkulosis, HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), dan infeksi menular lainnya, yang beranggotakan dari berbagai profesi . Tahun 2018 Perawat PPI pada Komite atau Tim PPI (*Infection Prevention and Control Nurse/ IPCN*) berjumlah 4 orang (3 Purna waktu, 1 Paruh waktu). Kerja IPCN dibantu oleh *Infection Prevention and Control Link Nurse/IPCLN* yang sudah memiliki pelatihan PPI . Tim PPI mempunyai peran penting dalam memonitor pemberian pelayanan kesehatan yang berkualitas dan sesuai standar untuk menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit, dengan cara memberikan edukasi dan memberikan wawasan kepada petugas, pasien dan pengunjung rumah sakit.

#### **B. PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT PADA KEJADIAN HAI'S**

*Healthcare Associated Infections (HAI's)* merupakan masalah serius bagi semua institusi pelayanan kesehatan di seluruh dunia, baik di negara maju maupun yang sedang berkembang seperti Indonesia. Berdasarkan WHO, sekitar 3% - 21% atau rata-rata 9% infeksi terjadi di institusi pelayanan kesehatan. Kejadian infeksi dapat menghambat proses penyembuhan pasien, bahkan dapat meningkatkan morbiditas, mortalitas, dan

memperpanjang lama hari rawat, sehingga biaya meningkat dan akhirnya mutu pelayanan di institusi pelayanan kesehatan akan menurun.

Untuk itu Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi memberikan pelayanan paripurna, tidak hanya kuratif dan rehabilitatif, tetapi juga pelayanan preventif dan promotif, salah satunya melalui program PPI. PPI harus menjadi perhatian seluruh pemberi pelayanan kesehatan dimana saja dan kapan saja pelayanan kesehatan diberikan sehingga kejadian HAI's dapat dicegah atau diminimalkan.

### 1. **Kewaspadaan Isolasi**

Di Indonesia telah dikeluarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 382/Menkes/SK/III/2007 tentang pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit maupun fasilitas pelayanan kesehatan lain sebagai upaya memutus siklus penularan penyakit dan melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung dan masyarakat yang menerima pelayanan kesehatan, baik di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Semua petugas kesehatan, memiliki resiko terinfeksi. Petugas kesehatan harus memahami, mematuhi dan menerapkan kewaspadaan isolasi agar tidak terinfeksi.

Kewaspadaan isolasi dirancang untuk mengurangi risiko terinfeksi penyakit menular pada petugas kesehatan baik dari sumber infeksi yang diketahui maupun yang tidak diketahui. Dua lapis kewaspadaan isolasi terdiri dari

#### a. **Kewaspadaan Standar**

<b>Indikator</b>	<i>Hand Hygiene</i> Alat Pelindung Diri (APD) Pengelolaan limbah dan benda tajam
------------------	--

	Peralatan perawatan pasien Penatalaksanaan linen Pengendalian lingkungan Kesehatan karyawan Penempatan pasien Penyuntikan yang aman, Etika batuk Praktek lumbal punksi.
<b>Target</b>	<i>Angka kejadian HAI's</i> menurun

**b. Kewaspadaan berdasar transmisi**

<b>Indikator</b>	Kewaspadaan tambahan dilakukan sesuai jenis transmisi mikroba penyebab infeksi, yaitu: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kontak</li> <li>b. <i>Droplet</i></li> <li>c. <i>Airborne</i></li> </ol> dapat dilaksanakan secara terpisah ataupun kombinasi.
<b>Target</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien yang diketahui / dugaan terinfeksi / terkolonisasi patogen</li> </ul>

**2. Surveilans PPI**

<b>Indikator</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angka kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)</li> <li>• Angka kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)</li> <li>• Angka kejadian <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP)</li> <li>• Angka kejadian Dekubitus</li> <li>• Angka kejadian Plebitis</li> <li>• Angka kejadian Diare</li> <li>• Angka kejadian Scabies</li> </ul>
<b>Indikator</b>	Angka kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) dari

<b>Utama</b>	tindakan operasi bersih
<b>Target</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angka Kejadian IDO &lt; 2%</li> <li>• ISK &lt; 5‰</li> <li>• VAP &lt; 10‰</li> <li>• Dekubitus &lt; 5‰</li> <li>• Plebitis &lt; 5‰</li> <li>• Diare &lt; 10‰</li> <li>• Scabies &lt; 10‰</li> </ul>

### 3. Upaya PPI

<b>Indikator</b>	Pengelolaan makanan dan minuman bersih dan aman Pengelolaan alat single-use re-use Pengawasan proses sterilisasi Pemeriksaan angka kuman Penggunaan desinfektan
<b>Target</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengolahan makanan dan minuman sesuai standar higienitas dan keselamatan pasien</li> <li>• Ruang dapur selalu bersih, suhu dan kelembaban termonitor dan sesuai standar</li> <li>• Gudang basah-kering, suhu dan kelembaban termonitor dan sesuai standar</li> <li>• Tidak ada alat yang di <i>re-use</i></li> <li>• Angka kuman sesuai baku mutu</li> <li>• Penggunaan desinfektan sesuai standar dan kontinyu.</li> </ul>

#### 4. Pendidikan dan Pelatihan

<b>Indikator</b>	Peningkatan pengetahuan dan pemahaman PPI melalui pendidikan dan pelatihan secara periodik .
<b>Target</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Semua <i>civitas hospitalia</i> yang ada di rumah sakit terutama yang berhubungan langsung dalam pelayanan kesehatan.</li><li>• Pasien, keluarga, pengunjung dan masyarakat di lingkungan rumah sakit</li></ul>

#### 5. Penggunaan Antibiotika Rasional

<b>Indikator</b>	Ada kebijakan RS berdasarkan empirik, hasil kultur, dan kebijakan antibiotik profilaksis 24 jam.
<b>Target</b>	Dilaksanakan oleh semua dokter pemberi pelayanan di RSUD dr. Loekmono Hadi.

## **BAB III**

### **REALISASI PROGRAM**

#### **A. PENGORGANISASIAN**

Program PPI disusun dan dievaluasi dalam rapat koordinasi Tim PPI dilaksanakan 1 bulan sekali setiap hari Selasa pada minggu ke III, 3 bulan sekali untuk Komite PPI dan sewaktu-waktu apabila diperlukan. Rapat koordinasi yang telah dilaksanakan adalah:

- Tanggal 5 Mei 2018 rapat Pokja PPI di ruang rapat untuk evaluasi persiapan survei verifikasi ke 2
- Tanggal 12 Juli 2018 rapat koordinasi IPCN dengan Ka. Komite PPI untuk evaluasi surveilans Trimester I dan II
- Tanggal 11 Agustus 2018 pertemuan Komite PPI di ruang Rapat untuk evaluasi Kegiatan trimester I - II dan persiapan survei verifikasi ke 2 tahun 2018
- Tanggal 06 September 2018 rapat koordinasi pelaksanaan edukasi berkala untuk karyawan tentang PPI
- Tanggal 12 September 2018 rapat pre-renovasi pembangunan gedung jantung lantai 3 dan 4
- Tanggal 18 September 2018 rapat koordinasi komite PPI dan persiapan pelaksanaan pemeriksaan kesehatan karyawan berkala
- Tanggal 19 September 2018 rapat pre renovasi pembangunan gedung radiologi
- Tanggal 18 Oktober 2018 rapat koordinasi kegiatan Tim PPI
- Tanggal 8 Desember 2018 rapat koordinasi PPI dengan Keperawatan dan Kepala Ruang



## B. PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT PADA KEJADIAN HAI'S

### 1. Kewaspadaan Isolasi

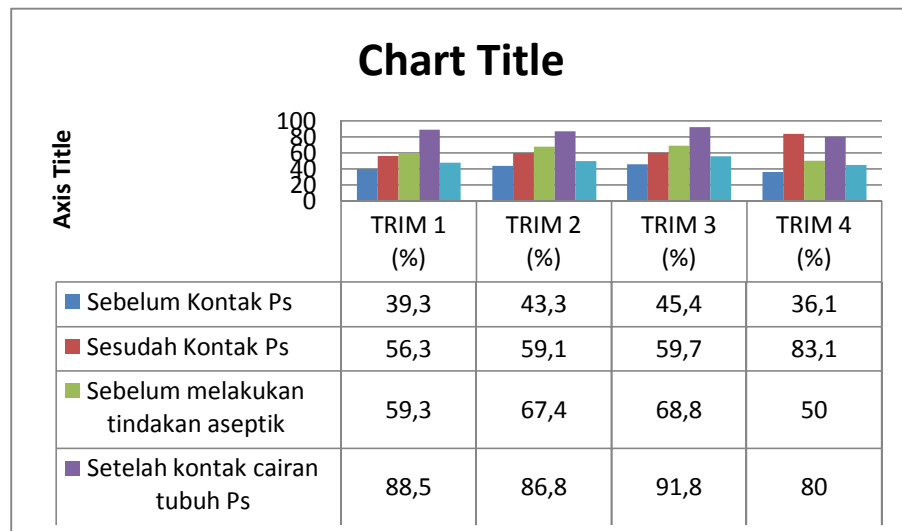
Keberhasilan program PPI dimulai dari kewaspadaan isolasi yang terdiri dari Kewaspadaan Standar dan Kewaspadaan berdasarkan Transmisi.

#### a. Kewaspadaan Standar

##### 1) Hand hygiene

*Hand hygiene* merupakan faktor yang sangat penting dalam pencegahan dan pengendalian infeksi karena merupakan komponen *Patient Safety*. Meskipun sederhana, *hand hygiene* sangat efektif untuk pencegahan *HAI's*.

##### a) Kepatuhan *five moment hand hygiene* perawat & bidan



Grafik 1. Kepatuhan 5 momen cuci tangan perawat & bidan di RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus tahun 2018

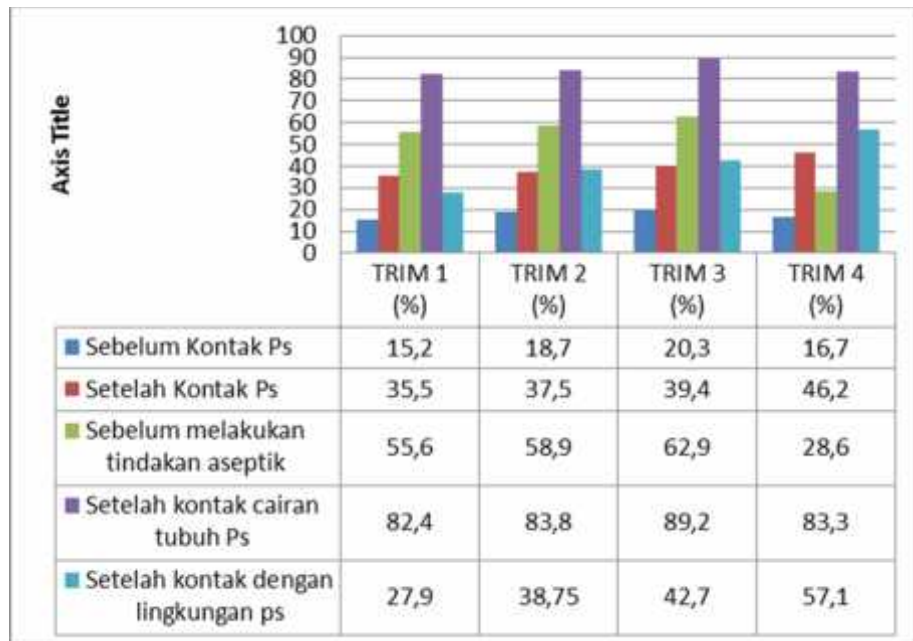
Kepatuhan *hand hygiene* sesuai 5 momen mengalami peningkatan, tapi masih di bawah standar (80%).

- Kepatuhan *hand hygiene* sebelum kontak dengan pasien meningkat dari 39,3% pada trimester 1 menjadi 43,3%

pada trimester 2. dan 45,4% pada trimester 3, namun menurun menjadi 36,1% pada trimester 4.

- Kepatuhan *hand hygiene* setelah kontak dengan pasien meningkat dari 56,3% pada trimester 1 menjadi 59,1% pada trimester 2, 59,7% pada trimester 3 dan 83,1% pada trimester 4.
- Kepatuhan *hand hygiene* sebelum melakukan tindakan aseptik trimester 1 (59,3%) mengalami kenaikan pada trimester 2 (67,4%) dan trimester 3 (68,3%), menurun kembali pada trimester 4.
- Kepatuhan *hand hygiene* setelah kontak dengan cairan tubuh pasien dari 88,5% pada trimester 1 menjadi 86,8% pada trimester 2 dan 91,8% pada trimester 3 , namun mengalami penurunan pada trimester 4.
- Kepatuhan *hand hygiene* setelah kontak dengan lingkungan pasien meningkat dari 47,1% pada trimester 1 menjadi 49,4% pada trimester 2 dan 55,1% pada trimester 3, namun menurun menjadi 44,7% pada trimester 4.

b) Kepatuhan *five moment hand hygiene* dokter

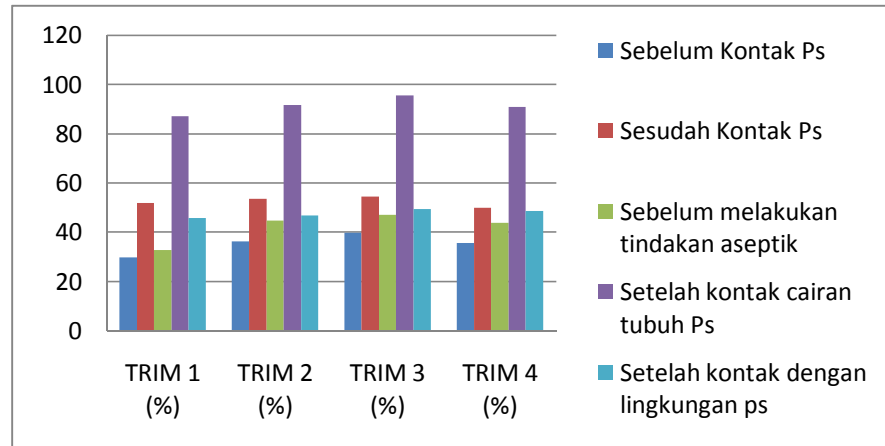


Grafik 2. Kepatuhan 5 momen cuci tangan dokter di RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus tahun 2018

- Kepatuhan *hand hygiene* dokter sebelum kontak dengan pasien meningkat dari 15,2% pada trimester 1 menjadi 18,7% pada trimester 2 dan 20,3% pada trimester 3, namun menurun 16,7% pada trimester 4.
- Kepatuhan *hand hygiene* setelah kontak dengan pasien meningkat dari 35,5% pada trimester 1 menjadi 37,5% pada trimester 2 dan 39,4% pada trimester 3, namun menurun 28,5% pada trimester 4.
- Kepatuhan *hand hygiene* sebelum melakukan tindakan aseptik trimester 1 (55,6%) mengalami kenaikan pada trimester 2 (58,9%) dan trimester 3 (62,9%), pada trimester 4 menurun kembali( 28,6%).
- Kepatuhan *hand hygiene* setelah kontak dengan cairan tubuh pasien dari 82,4% pada trimester 1 menjadi 83,8% pada trimester 2 dan 89,2% pada trimester 3 , namun menurun kembali (83,3%) pada trimester 4.

- Kepatuhan *hand hygiene* setelah kontak dengan lingkungan pasien dari 27,9% pada trimester 1 menjadi 38,75% pada trimester 2 dan 42,7% pada trimester 3 , dan menurun (57,76%) pada trimester 4.

c) Kepatuhan *five moment hand hygiene* penunjang



Grafik 3. Kepatuhan 5 momen cuci tangan penunjang di RSUD dr.Loekmono Hadi Kudus tahun 2018

- Kepatuhan *hand hygiene* sebelum kontak dengan pasien meningkat dari 29,8% pada trimester 1 menjadi 36,2% pada trimester 2 dan 39,7% pada trimester 3, namun menurun menjadi 35,5% pada trimester 4
- Kepatuhan *hand hygiene* setelah kontak dengan pasien meningkat dari 51,8% pada trimester 1 menjadi 53,7% pada trimester 2 dan 54,5% pada trimester 3, namun menurun menjadi 50% pada trimester 4.
- Kepatuhan *hand hygiene* sebelum melakukan tindakan aseptik trimester 1 (32,7%) mengalami kenaikan pada trimester 2 (44,7%) dan trimester 3 (47,1%), namun pada trimester 4 mengalami penurunan (43,8%).
- Kepatuhan *hand hygiene* setelah kontak dengan cairan tubuh pasien meningkat dari 87,3% pada trimester 1

menjadi 91,8% pada trimester 2 dan 95,6% pada trimester 3, namun menurun menjadi 90,9% pada trimester 4.

- Kepatuhan *hand hygiene* setelah kontak dengan lingkungan pasien dari 45,7% pada trimester 1 menjadi 46,9% pada trimester 2 dan 49,4% pada trimester 3, namun menurun menjadi 48,6% pada trimester 4.

d) Pengadaan cairan antiseptik *hand hygiene* dan tissue

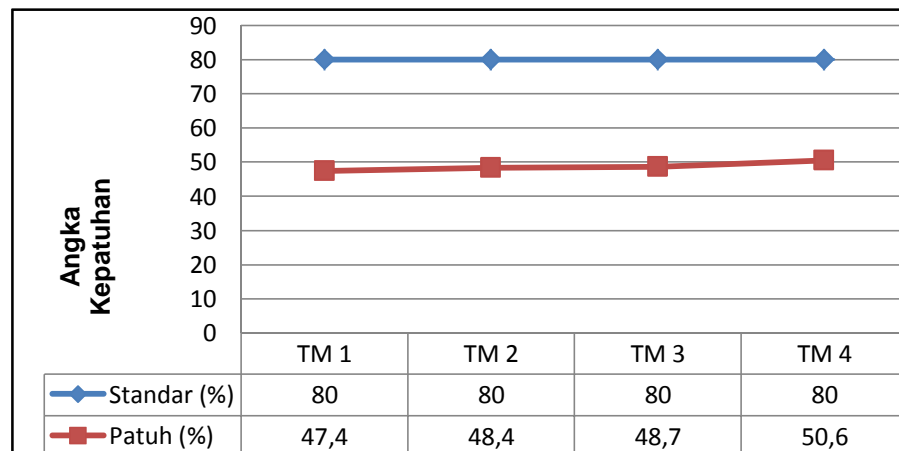
Pengadaan cairan *hand hygiene* dan penyediaan tissue sampai akhir tahun 2018 belum kontinyu karena keterbatasan anggaran.

e) Uji kuman untuk cairan *handrub*

Tahun 2018 tidak dilakukan pemeriksaan bakteriologi cairan *handrub*.

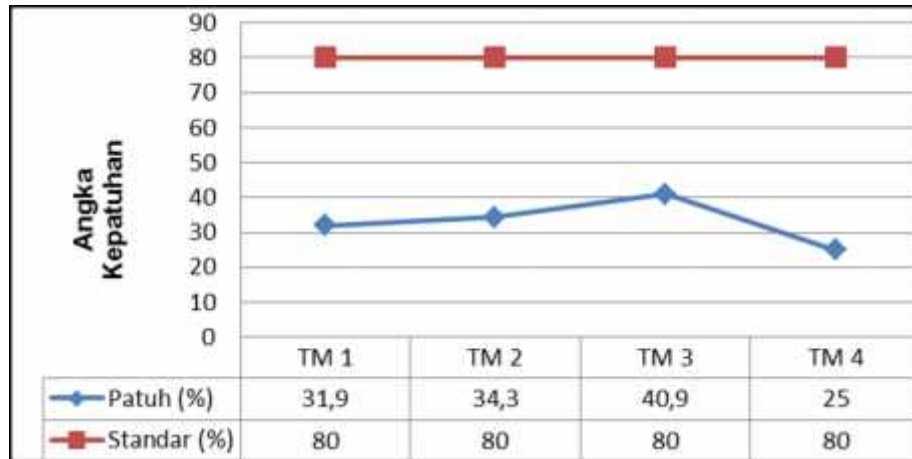
**2) Kepatuhan Pemakaian APD**

Audit, monitoring dan evaluasi kepatuhan pemakaian APD dilaksanakan setiap tiga bulan sekali. Standar kepatuhan pemakaian APD tahun 2018 yang telah ditetapkan adalah 80%.



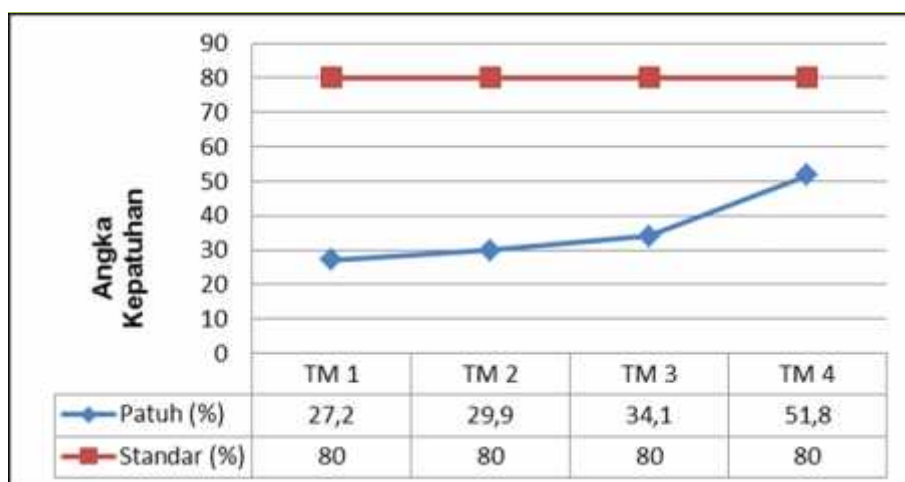
Grafik 4. Kepatuhan pemakaian APD perawat & bidan RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus tahun 2018

Kepatuhan pemakaian APD perawat & bidan sesuai prosedur trimester 1 sebesar 47,4%, turun menjadi 48,4% pada trimester 2, meningkat menjadi 48,7% pada trimester 3 dan 50,6% pada trimester 4.



Grafik 5. Kepatuhan pemakaian APD dokter RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus tahun 2018

Kepatuhan pemakaian APD dokter sesuai prosedur secara keseluruhan mengalami penurunan yaitu dari 31,9% pada trimester 1 menjadi 34,3% pada trimester 2, 40,9% pada trimester 3 dan 25% pada trimester 4.



Grafik 6. Kepatuhan pemakaian APD penunjang di RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus tahun 2018

Kepatuhan sesuai prosedur penunjang secara keseluruhan meningkat dari 27,2 % pada trimester 1 menjadi 29,9% pada trimester 2, 34,1% pada trimester 3 dan 51,8% pada trimester 4.

### 3) Pengelolaan Limbah

Rumah sakit merupakan tempat penghasil limbah paling kompleks. Pengelolaan limbah dilakukan untuk menurunkan risiko kecelakaan kerja dan penularan infeksi.

#### a. Limbah Padat

##### 1) Infeksius

Jumlah sampah infeksius yang dimusnahkan dengan incinerator Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus tahun 2018 sebanyak 76.266,5 kg, terdiri dari sampah infeksius murni (99,81%) dan arsip jaringan PA (0,19%). Pengelolaan sampah infeksius dilaksanakan secara mandiri dengan pembakaran menggunakan *incenerator* yang sudah berizin.

##### 2) Non infeksius

Pemusnahan sampah non infeksius bekerja sama dengan Dinas Lingkungan Hidup/Ciptakaru Kabupaten Kudus yang diambil setiap hari ke Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus.

#### b. Limbah Jarum dan Benda Tajam

Limbah jarum dan benda tajam dikumpulkan dalam *safety box* kemudian dilakukan pembakaran menggunakan incinerator yang sudah berizin.

#### c. Limbah Cair

Limbah cair di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus diolah menggunakan IPAL yang sudah berizin operasional, sesuai standar kesehatan lingkungan. Pemakaian *sloopzink* untuk pembuangan sisa cairan

tubuh dan darah masih sangat terbatas. *Sloopzink* hanya ada di Instalasi Laboratorium lantai 1. Sebelum dialirkan ke Sungai Gelis, limbah cair melewati bak kontrol yaitu kolam ikan yang dijadikan sebagai indikator kelayakan air IPAL. Untuk menjaga mutu pengolahan limbah cair, Rumah Sakit Umum Daerah dr.Loekmono Hadi Kudus bekerjasama PT. SUCOFINDO untuk mengetahui kondisi *output* limbah cair.

Tabel 1. Hasil pemeriksaan *output* IPAL baru Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus tahun 2018

Parameter	Hasil Uji			Kadar Maks	Satuan
	19/01/2018	18/05/2018	02/11/2018		
<b>KIMIA :</b>					
pH	7,65	7,83	7,05	6 – 9	-
BOD	6,8	10,6	11,2	30	mg/L
COD	24,1	33	31,9	100	mg/L
Zat padat tersuspensi	<2,5	9	16	30	mg/L
Minyak dan Lemak	< 0,8	<5	<5	5	mg/L
Amoniak (NH <sub>3</sub> -N)	6,921	7,88	4,1	10	mg/L
Total Coliform	7x10 <sup>3</sup>	2x10 <sup>3</sup>	750	3000	100/ml

#### 4) Pengendalian lingkungan

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus mencegah dan mengendalikan infeksi dengan melakukan pembersihan lingkungan:

- Seluruh permukaan bidang datar, mebelair dan peralatan yang ada di ruangan dibersihkan setiap hari dengan menggunakan cairan *surface*.
- Sebelum ruang perawatan digunakan pasien berikutnya, fasilitas dan lingkungan pasien dibersihkan menggunakan cairan desinfektan *surface*.



- Proses pembersihan ruangan, permukaan lantai, dinding dan mebelair tidak menggunakan sinar ultra violet, kecuali di ruangan *airborne*.
- Sistem ventilasi dan kelembaban di ruang risiko tinggi (IBS, ICU, PICU-NICU, ruang *airborne* dan isolasi) tidak memenuhi standar.
- Pengadaan *hepa*filter untuk memperbaiki sirkulasi udara di ruangan risiko tinggi belum terealisasi.
- Pemberlakuan jam kunjung.
- Pembatasan usia pengunjung pasien. Anak dibawah usia 14 tahun tidak boleh berkunjung ke ruang rawat inap, kecuali untuk mendapatkan pelayanan kesehatannya.
- Edukasi kepada pengunjung tentang *hand hygiene*.
- Melakukan kultur permukaan lingkungan secara *random sampling*
- Segera membersihkan tumpahan darah dan cairan tubuh pasien sesuai SPO oleh petugas jaga atau *cleaning service*.
- Upaya pemberantasan tikus, kucing dan serangga belum optimal.
- Wilayah tanpa rokok sudah diberlakukan, tapi masih banyak ditemukan pengunjung dan petugas rumah sakit merokok di dalam lingkungan rumah sakit.
- ICRA Konstruksi dan Renovasi  
Pada tahun 2018 Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus mengadakan pembangunan
- Gedung jantung, ruang radiologi dan renovasi ruang isolasi IGD. Dalam proses perencanaan dan persiapan pembangunan/renovasi, tim PPI sudah dilibatkan secara langsung, sehingga kajian dampak resiko infeksi dapat segera disusun. Pemasangan tanda pemberitahuan, peringatan, pemasangan *cover* / penutup untuk melokalisir area dalam rangka pencegahan transmisi dampak

pembangunan / renovasi kepada pasien, pengunjung, petugas maupun pekerja, belum dilaksanakan dengan optimal oleh vendor. Uji kuman udara sebelum dan selama proses pembangunan sudah dilaksanakan. Uji kuman udara dan kajian kelayakan pemakaian gedung setelah proses pembangunan selesai sesuai konsep PPI, belum dilaksanakan.

- Uji laboratorium lingkungan

Pemeriksaan laborat kuman udara, air bersih, pencahayaan & kelembaban ruangan, *swab* dinding dan lantai dalam rangka pengendalian lingkungan sudah dilakukan dengan hasil sebagai berikut.

Tabel 2. Pemeriksaan kuman udara di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus tahun 2018

TANGGAL	RUANG	HASIL PEMERIKSAAN			BAKU MUTU
		Sebelum pembangunan	Selama pembangunan	Setelah pembangunan	
17/07/2018	Ruang periksa laborat	273			200-500CFU/M3
17/07/2018	Ruang laborat PA	10			200-500CFU/M3
17/07/2018	Edelwais 2	340			200-500CFU/M3
26/09/2018	R.ICU		<b>2340</b>		200-500CFU/M3
26/09/2018	R.IGD		<b>553</b>		200-500CFU/M3
26/09/2018	Laboratorium		251		200-500CFU/M3
26/09/2018	Bersalin		<b>273</b>		200-500CFU/M3
26/09/2018	Edelweis II		<b>50</b>		200-500CFU/M3
04/12/2018	Edelweis II			264	200-500CFU/M3
04/12/2018	IGD			389	200-500CFU/M3
04/12/2018	Bersalin			338	200-500CFU/M3



Tabel 3. Swab dinding dan lantai Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus Tahun 2018

TANGGAL	RUANG JENIS SAMPLE	JUMLAH KUMAN CFU/cm <sup>2</sup>	HASIL PEMERIKSAAN BAKTERI					Jamur
			Bacillus subtilis	S. Epidermidis	Klebsiela	E. Coli	S. Aureus	
17/10/2018	Dinding ruang OK4	2	-	+	-	-	-	-
	Lantai ruang OK 4	25	+	+	-	-	+	-
	Lampu tindakan OK 4	0	-	-	-	-	-	-
	Meja Operasi OK 4	31	+	+	+	-	-	-
	Dinding OK 2	0	-	-	-	-	-	-
	Lantai OK 2	32	+	+	+	-	-	-
	Lampu Tindakan OK 2	0	-	-	-	-	-	-
	Meja Operasi OK 2	28	+	+	+	-	-	-
Batas syarat Kepmenkes RI No. 1204/MENKES/SK/X/2004 : Tingkat kepadatan kuman pada lantai dan dinding ruang penunjang medis : 5-10 CFU / cm <sup>2</sup>								

## 5) Penyuntikan aman

- Praktik penyuntikan yang aman (*one needle, one syringe, only one time*) dan pemakaian obat/cairan *multidose* sudah diterapkan dengan baik.
- Pengoplosan obat dilakukan oleh perawat di ruang obat di rawat inap, kecuali di ruang ICU karena belum ada ruang obat.
- Proses *recapping* dengan satu tangan jarum suntik masih dilakukan karena keterbatasan *safety box*.

## 6) Perawatan peralatan pasien

Perawatan peralatan pasien sudah terpusat, dilaksanakan di Instalasi CSSD mulai proses pembersihan sampai sterilisasi dan distribusi alat.

### a) Metode pemrosesan peralatan perawatan pasien

Metode pemrosesan peralatan perawatan pasien dibagi tiga, bergantung kriteria berikut:

- Peralatan non kritikal

Peralatan non kritikal (stetoskop, tensimeter, linen, alat makan) dilakukan pembersihan dengan cara desinfeksi tingkat rendah (*low level disinfection*), disesuaikan dengan bahannya. Stetoskop dan tensimeter dilakukan *swab*.

- Peralatan semi kritikal

Peralatan semi kritikal seperti endoskopi, ETT, laringoskop blade, thermometer rektal, dilakukan pembersihan dengan cara desinfeksi tingkat tinggi (*High Level Disinfection*) menggunakan larutan *sublimat* atau *gigaseft* yang diencerkan dengan air sesuai aturan.

- Peralatan kritikal

Semua peralatan kritikal seperti instrumen bedah, partus set dan perawatan luka, dilakukan sterilisasi di Instalasi CSSD.

### b) Proses dekontaminasi peralatan pasien di CSSD

Pelaksanaan pemrosesan peralatan pasien di CSSD sudah dilakukan sesuai SPO, yaitu :

- Instrumen kotor diterima unit dekontaminasi
- Direndam dengan larutan *enzymatic* untuk membersihkan lemak dan darah.
- Direndam dalam larutan desinfektan untuk membunuh kuman.
- Dibilas dan dikeringkan.

- Dilakukan uji fungsi alat.
- Dikemas dan disterilisasi.
- Disimpan dan didistribusikan.

c) Pelayanan pemrosesan barang dan instrumen

Instalasi CSSD memberikan pelayanan pemrosesan barang dan instrumen kotor menjadi barang bersih maupun steril. Instalasi CSSD terdiri dari beberapa unit yaitu:

- Unit dekontaminasi melakukan pembersihan barang dan instrumen kotor.
- Unit pengemasan, melakukan pengecekan kelayakan barang dan instrumen serta melakukan pengemasan agar sterilitas terjaga.
- Unit sterilisasi, melakukan proses sterilisasi barang dan instrumen yang telah dikemas, menggunakan metode yang tepat agar mencapai sterilisasi yang optimal.
- Unit penyimpanan, melakukan penyimpanan barang steril dan melakukan penjaminan kualitas barang dan instrumen steril.
- Unit distribusi, mengirimkan barang dan instrumen bersih maupun steril kepada customer yang membutuhkan.

d) Pemeriksaan mikrobiologi dengan metode *swab*

Pemeriksaan mikrobiologi dengan metode *swab* sudah dilakukan untuk memastikan hasil sterilitas instrumen bedah dan perawatan pasien, dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 4. Hasil pemeriksaan mikrobiologi terhadap instrumen bedah di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus 28/04/2018

Kode	Ruang	Sampel	Jumlah Kuman Umum		Satuan Nilai Normal
			PRE	POST	
01/28.04.2018	Melati 1	Stetoskop	12	5	0 CFU / cm <sup>2</sup>
07/19.04.2018	Melati 1	Manometer	22		CFU / cm <sup>2</sup>
08/19.04.2018	Dahlia 1	Syring pump	15		CFU / cm <sup>2</sup>
09/19.04.2018	Dahlia 1	Sirkuit Nebulizer	8		CFU / cm <sup>2</sup>
Baku mutu : Sesuai syarat Kepmenkes RI No.1204/Menkes/SK/X/2004 Angka kuman: 0 CFU/cm <sup>2</sup>					

## **7) Penatalaksanaan linen**

Unit Laundi merupakan bagian dari Instalasi CSSD yang telah melaksanakan kegiatan, yaitu :

- Mengambil linen kotor dari ruangan
- Melakukan pemilahan linen kotor infeksius
- Melakukan pencucian, pengeringan dan penyetrikaan
- Melakukan penyimpanan dan distribusi linen bersih

Penimbangan tidak dilakukan karena tidak ada stok plastik.

### **a) Pengawasan pengelolaan linen :**

- Sudah ada pengaturan jam penggunaan lift yang digunakan untuk transportasi linen kotor baik infeksius maupun non infeksius dari ruang rawat agar tidak bersimpangan dengan pengiriman diit pasien.
- Pemisahan linen infeksius dan non infeksius dilakukan oleh perawat di ruang keperawatan.
- Pengambilan linen kotor dari ruangan keperawatan dilakukan oleh petugas laundry setelah perbeden.
- Penghitungan linen kotor linen kotor dilakukan oleh petugas laundry.
- Pengambilan linen kotor untuk IBS dilaksanakan dua kali dalam sehari, pagi dan sore oleh petugas laundry.
- Proses pencucian linen infeksius dan non infeksius sudah dipisahkan, menggunakan mesin cuci yang berbeda.
- Alur keluar-masuk linen kotor dan bersih sudah dibedakan.
- Proses pengeringan menggunakan mesin pengering, namun tetap disediakan jemuran untuk cadangan bila mesin pengering rusak/musim penghujan.



**b) Uji kultur kuman**

Tabel 5. *Swab* linen Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus tahun 2018

TANGGAL	RUANG JENIS SAMPLE	JUMLAH KUMAN CFU/cm2	HASIL PEMERIKSAAN BAKTERI					Jamur
			Bacillus subtilis	S. Epidermidis	Klebsiela	E. Coli	S. Aureus	
17/10/2018	Sprey Ruang Loundry	15	+	+	-	-	-	-
	Selimut	28	+	+	-	-	-	-
	Sarung Bantal	7	+	-	-	-	-	-
	Baju Operasi	0	-	-	-	-	-	-
	Linen Ok Steril	0	-	-	-	-	-	-

Batas syarat Kepmenkes RI No. 1204/MENKES/SK/X/2004 :tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit . Kuman bagi linen bersih setelah keluar dari proses tidak mengandung  $6 \times 10^3$  spora spesies Bacillus per inci persegi

## 8) Perlindungan Kesehatan Karyawan

Tabel 6. Pemeriksaan kesehatan karyawan Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus tahun 2018

No	PERIODE	TARGET PESERTA	PROFESIONAL									NON PROFESIONAL			TINDAK LANJUT	
			MEDIS			PARAMEDIS			NAKES LAINNYA			TARGET	HADIR	TIDAK HADIR	SUDAH	BELUM
		TARGET	HADIR	TIDAK HADIR	TARGET	HADIR	TIDAK HADIR	TARGET	HADIR	TIDAK HADIR						
1.	GELOMBANG 1	100	0	0	0	79	77	2	8	8	0	9	9			V
2.	GELOMBANG 2	40										40	38	2	V	
	JUMLAH	140														

Semua karyawan yang bekerja di rumah sakit berisiko terkena penularan penyakit infeksi saat melakukan pekerjaannya. Untuk melindungi karyawan, Rumah Sakit Umum Daerah Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus melaksanakan program pemeriksaan kesehatan seluruh karyawan secara berkala. Pada tahun 2018 pemeriksaan kesehatan berkala dilakukan pada kelompok risiko tinggi, sedang dan ringan, sebanyak 140 orang. Gelombang I sejumlah 100 orang petugas mendapat pemeriksaan laboratorium, *rontgen thorax*, dan EKG dengan hasil terlampir. Gelombang II pemeriksaan kesehatan dilakukan pemeriksaan swab anal pada semua petugas penjamah makanan, bekerja sama dengan laboratorium Cito Semarang. Hasil pemeriksaan yang bermasalah segera ditindaklanjuti untuk memutuskan mata rantai penularan infeksi. Pemberian imunisasi belum dilakukan. Fasilitas hand hygiene dan APD sangat terbatas dan tidak kontinu

### **9) Penempatan pasien**

Skринing pasien infeksi berdasarkan cara transmisi (droplet, airborne dan kontak) terhadap semua pasien yang masuk sebelum mendapatkan tindakan lebih lanjut.

- Di IGD pasien baru dilakukan skrining pasien ketika pasien diduga atau terindikasi pasien infeksius petugas langsung membawa pasien keruang Kohorting yang berada di IGD, pengelolaan pasien dengan memperhatikan kewaspadaan isolasi. setelah kondisi stabil pasien dilakukan mobilisasi petugas dengan memperhatikan kewaspadaan isolasi. khusus pasien *airborne infection* (TB Aktif) sudah dibuatkan Jalur khusus sendiri, tidak jadi satu dengan pengunjung atau jalur pasien infeksius
- Di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus pengelolaan pasien menggunakan sistim *kohorting* dimana kita jadi satukan pasien infeksius sesuai dengan jenisnya (*Airborne, Droplet* dan Kontak) dimana pasien ini tidak diperbolehkan campur jadi satu. khusus pasien kelas III pengelolaan pasien *airborne* dijadikan satu di ruang Melati 1 menggunakan sistim *kohorting* dengan sirkulasi udara/ ventilasi campuran (jendela, kipas angin dan *exhaust fan*).

## 10) Etika batuk

Edukasi etika batuk dan kebersihan nafas diberikan kepada pasien, pengunjung dan petugas rumah sakit. Edukasi kepada para pengunjung dilaksanakan di ruang tunggu poliklinik sesuai jadwal pelaksanaan PKRS. Edukasi juga segera diberikan pada saat pasien masuk pertama di ruang perawatan. Untuk meningkatkan edukasi, dilakukan pemasangan stiker, poster, *banner* dan *leaflet* yang ditempatkan di semua area pelayanan.

## 11) Praktek lumbal punksi

Praktek lumbal punksi di ruang rawat inap dilaksanakan di IBS, kecuali pasien yang dirawat di ruang ICU dan PICU-NICU. Petugas menggunakan APD lengkap (*handscoon*, masker, topi, apron dan sepatu). Monitoring penggunaan APD dan edukasi semua petugas baik dokter, perawat, bidan, karyawan baru dan mahasiswa praktek sudah dilakukan.

## 12) Pengelolaan Makanan dan Minuman

### a) Makanan dan minuman

Makanan siap saji untuk pasien yaitu sayur, minuman (teh, susu, air sirup), lauk-pauk, susu, daging, ikan laut, dan *snack* diuji mikrobiologi setiap 3 bulan sekali atau jika dibutuhkan, bekerja sama dengan Labkesda Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus.

Tabel 7. Pemeriksaan makanan dan minuman Rumah Sakit Umum Daerah dr.

Loekmono Hadi Kudus 26/09/2018

KODE	JENIS SAMPEL	HASIL	SATUAN
28/26.09.18	Susu	43	per ml
29/26.09.18	Air Minum /Syrup	<3	per ml
30/26.09.18	Ari Minum / Teh	23	per gram
31/26.09.18	Sayur Bening	<3	per gram
32/26.09.18	Tahu Goreng	18	per gram
33/26.09.18	Nasi	<3	per gram
Baku mutu : Sesuai syarat Kepmenkes RI No.1204/Menkes/SK/X/2004 Angka kuman E. Coli pada makanan : 0/gr Angka kuman E. Coli pada minuman : 0/ml			

**b) Alat makan**

Swab alat makan dan minum (piring, sendok, garpu, gelas, mangkuk, dsb) dilakukan 3 bulan sekali, bekerja sama dengan Labkesda Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus.

Tabel 8. Pemeriksaan alat makan Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus 26/09/2018

TANGGAL	JENIS SAMPLE	Jumlah Kuman CFU/cm2	HASIL PEMERIKSAAN BAKTERI					Jamur
			Bacillus subtilis	Stapylo Epidermidis	Klebsiela	E.Coli	Stspylo Aureus	
22/26.09.2018	Plato ruang GIZI	23	+	+	-	+	-	-
23/26.09.2018	Piring Makan	15	+	+	+	-	-	-
24/26.09.2018	Lepek Snack	18	+	+	-	-	-	-
25/26.09.2018	Gelas Minum	29	+	+	-	-	-	-
26/26.09.2018	Mangkok Sayur	86	+	+	+	-	+	-
27/26.09.2018	Sendok Makan	0	-	-	-	-	-	-
Batas syarat Kepmenkes RI No. 1204/MENKES/SK/X/2004 :tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit . Kebersihan peralatan ditentukan dengan angka total kuman sebanyak banyaknya 100/cm2								

c) Evaluasi pemantauan suhu penyimpanan bahan makanan

Gudang penyimpanan bahan makanan sudah dipisah menjadi gudang kering dan basah. Suhu dan kelembaban ruang produksi, gudang basah, gudang kering dan *freezer* selalu dimonitor dengan alat yang menempel di dinding. Tahun 2018 suhu dan kelembaban tidak memenuhi standar, gudang penyimpanan >26°C, ruang produksi >28°C. Hal ini dikarenakan ventilasi udara tidak baik dan AC tidak berfungsi.

d) Pemantauan kualitas air bersih

Evaluasi pemeriksaan mikrobiologi air minum, air bersih dan air cadangan dilaksanakan di seluruh unit yang menggunakan produk RO, dengan parameter TDS/padatan terlarut dan parameter mikrobiologi, dilakukan 2-3 bulan sekali, bekerja sama dengan Labkesda Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus.

Tabel 9. Pemeriksaan Air Bersih Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi  
Kudus 26 September 2018

KODE	JENIS SAMPEL	HASIL PEMERIKSAAN		SATUAN
		MPN COLIFORM	MPN COLIFORM FECAL	
01/26.09.18	Ruang IGD	9	9	per 100 ml
10/26.09.18	Ruang IBS	< 3	< 3	per 100 ml
20/26.09.18	Air RO ruang HD	0	0	
15/26.09.18	Ruang CSSD	9	9	
21/26.09.18	Ruang Gizi	9	4	
Baku mutu : Sesuai syarat Permenkes RI No.416/Menkes/PER/IX/1990 Angka kuman E. Coli per 100 ml air sampel bukan air perpipaan : 50 Angka kuman E. Coli per 100 ml air sampel air perpipaan : 10				

### 13) Penanganan Jenazah

Tabel 10. Data Pemulasaraan Jenazah di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus tahun 2018

Kegiatan Pelayanan Pemulasaraan Jenazah			Jumlah Total Jenazah
Jumlah Jenazah yang Dilayani		Jumlah Jenazah Tidak Dilayani	
Jenazah Infeksius	Jenazah Non Infeksius		
47	31	1516	1563

Penanganan/pemulasaraan jenazah dilakukan oleh 3 orang petugas. Dua orang di antaranya sudah mendapat pelatihan penanganan jenazah infeksius. Perawatan/pemulasaraan jenazah sudah dilaksanakan sesuai SPO, mulai dari membuka pakaian, memandikan jenazah, mengkafani bagi muslim dan non muslim. Pemakaian APD di ruang jenazah sudah dilakukan oleh semua petugas sesuai dengan SPO.

Pada tahun 2018 jumlah jenazah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus sebanyak 1563. Sebanyak 47 jenazah tercatat infeksius, 29 di antaranya adalah jenazah dengan HIV/AIDS.

#### b. Kewaspadaan berdasar transmisi

Kewaspadaan transmisi, sebagai bagian dari kewaspadaan isolasi, diterapkan terhadap pasien yang diketahui maupun diduga terinfeksi atau terkolonisasi patogen untuk memutuskan mata rantai transmisi infeksi. Kewaspadaan berdasarkan transmisi yang sudah dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus:

##### 1) Kontak

Kewaspadaan berdasarkan transmisi kontak dilakukan dengan cara

- a) Penempatan pasien dengan sistem *kohorting*
- b) Pemakaian APD yang tepat: *apron*, sarung tangan

##### 2) Droplet (TBC)

Kewaspadaan berdasarkan transmisi *droplet* dilakukan dengan cara :

- a) Penempatan pasien dengan sistem *kohorting*, memberi jarak tempat tidur pasien 2 meter.
- b) Penggunaan masker bedah dalam jarak 1 meter dari pasien

- c) Pemindahan pasien: meminimalisasi transportasi pasien, pasien menggunakan masker saat proses pemindahan
- d) Penggunaan APD: masker bedah, sarung tangan, *apron*

### 3) Airborne (TBC, MERS, meningitis)

Tabel 11. Data Pemeriksaan TCM di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus tahun 2018

Data Pemeriksaan TCM				Total
Suspek TB	Negatif	Sensitif	Resisten	
1293	830	392	35	2550

- a) Penempatan pasien TB MDR di ruang khusus Melati 1 dan Melati 2 untuk kelas 3, kelas 1 dan VIP memakai sistem *kohorting*, belum memenuhi standar dengan ventilasi campuran. Standar ruangan isolasi harus sirkulasi baik, bertekanan negatif dan termonitor.
- b) *Blower, exhaust fan* dan jendela yang dapat dibuka lebar membantu sirkulasi dan ventilasi di ruangan.
- c) Alur pasien *airborne* belum konsisten dan belum melindungi petugas dan pasien lainnya.
- d) Pembatasan gerak pasien belum dilakukan dengan maksimal.
- e) Lalu lintas pengunjung masih belum dapat dikendalikan.
- f) Masker N95 terbatas.
- g) Penyediaan APD belum maksimal untuk pengunjung

## 2. SURVEILANS PPI

Pelaksanaan surveilans HAI's meliputi beberapa langkah, yaitu membagikan format *checklist* yang telah ditentukan kepada masing-masing ruangan, melakukan monitoring penerapan SPO dan *bundle* pencegahan infeksi, monitoring evaluasi data infeksi secara manual dan online/elektronik. Surveilans HAI's yang meliputi ISK (infeksi saluran kemih), IDO (infeksi daerah operasi), VAP (*Ventilator Associated Pneumonia*), flebitis, dekubitus, diare dan scabies, dilaksanakan oleh IPCN, dibantu oleh IPCLN dan kepala ruang perawatan, kemudian dilaporkan kepada Komite PPI Rumah Sakit Umum Daerah Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus.

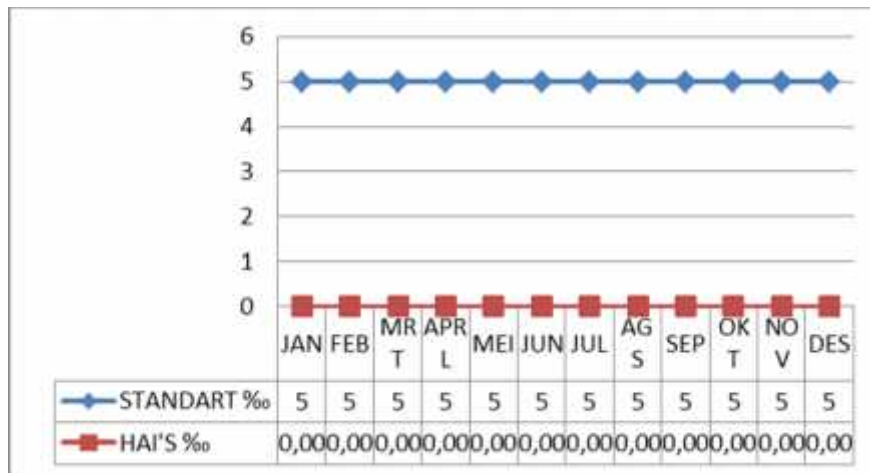


Tabel 12. Hasil Evaluasi HAI's tahun 2018

NO	VARIABEL	BULAN											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Okt	Nop	Des
1	Jumlah pemasangan kateter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Jumlah hari terpasang kateter	1299	2094	1213	1177	1238	994	1203	1169	1122	1152	1162	1309
	Terjadi ISK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HAI's (‰)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Juml. Tindakan operasi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Juml. Hari operasi	1503	1144	1175	1102	1326	802	1133	1115	1365	1027	907	1031
	Terjadi IDO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
	HAI's (‰)	0	0	0	0,09	0	0	0	0	0	0	0	0,19
3	Juml. Pemasangan ventilator mekanik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Juml hari terpasang ventilator mekanik	46	58	58	110	58	80	58	72	111	80	94	104
	Terjadi VAP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HAI's (‰)	0	0,000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Juml. Pemasangan infus perifer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Juml. Hari terpasang infus	9051	7824	8515	8439	8111	6230	7862	7332	7140	6957	6980	8019
	Terjadi Plebitis	14	25	11	15	15	16	9	14	17	34	26	21
	HAI's (‰)	1,547	3,195	1,292	1,777	1,849	2,568	1,145	1,909	2,381	4,887	3,725	2,619
5	Juml. Pasien tirah baring	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Juml. Hari tirah baring	316	339	444	358	410	354	347	481	478	564	534	674
	Terjadi decubitus	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1
	HAI's (‰)	0,000	2,950	0,000	2,793	2,439	2,825	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,001
6	SCABIES	0,053	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	DIARE	0,263	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19,23

a. Grafik kejadian HAI's

1) ISK

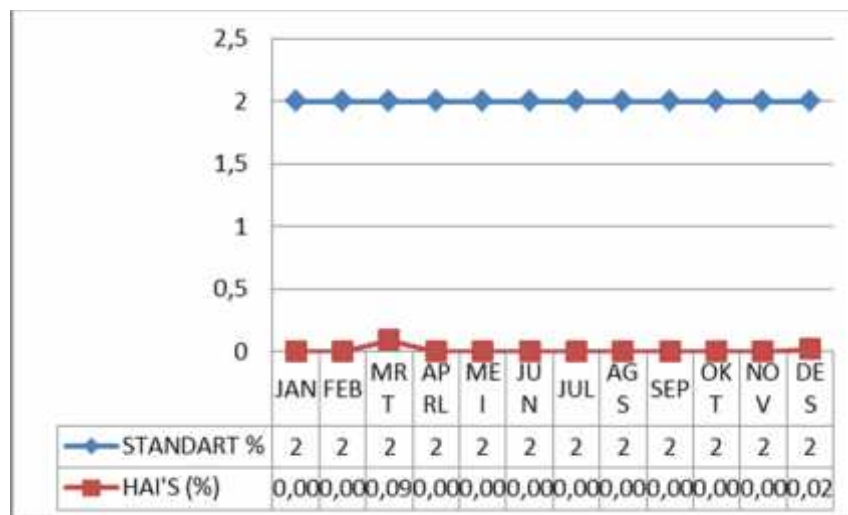


Grafik 7. Kejadian ISK

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus tahun 2018

Angka kejadian ISK pada tahun 2018 yaitu 0 (Belum Terdeteksi), akan tetapi pemantauan pelaksanaan bundle ISK tetap dilaksanakan.

2) IDO



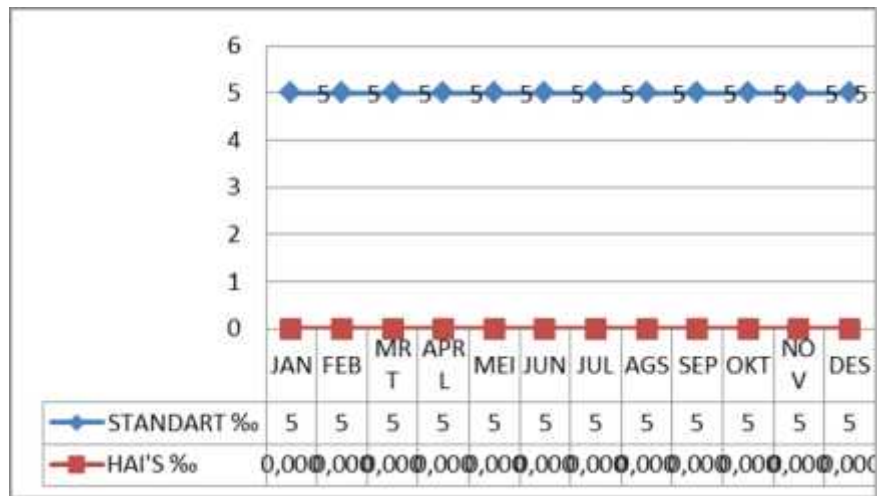
Grafik 8. Kejadian IDO

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus tahun 2018

IDO terjadi pada bulan Maret (0,09%) dan Desember (0,02%). Meskipun masih dibawah standar yang telah ditetapkan ( 2 %), monitoring dan evaluasi penerapan

bundle SSI tetap dilakukan saat pasien dirawat inap, juga saat pasien kontrol rawat jalan di poliklinik terhadap kemungkinan terjadinya IDO.

### 3) VAP

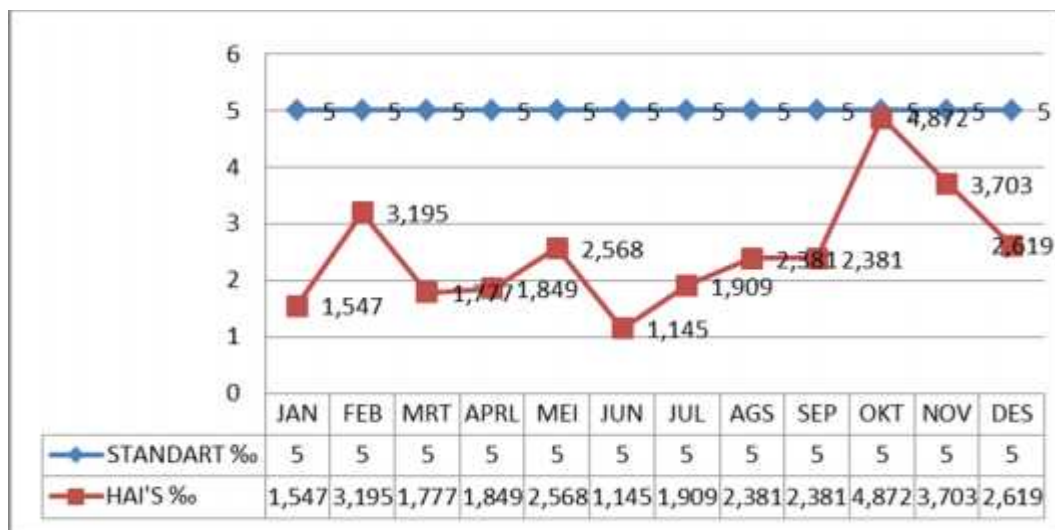


Grafik 9. Kejadian VAP

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus tahun 2018

Angka kejadian VAP pada tahun 2018 yaitu 0 (Belum Terdeteksi). Meskipun angka kejadian VAP masih dibawah standar yang telah ditentukan, akan tetapi pemantauan pelaksanaan bundle VAP tetap dilakukan.

### 4) Phlebitis

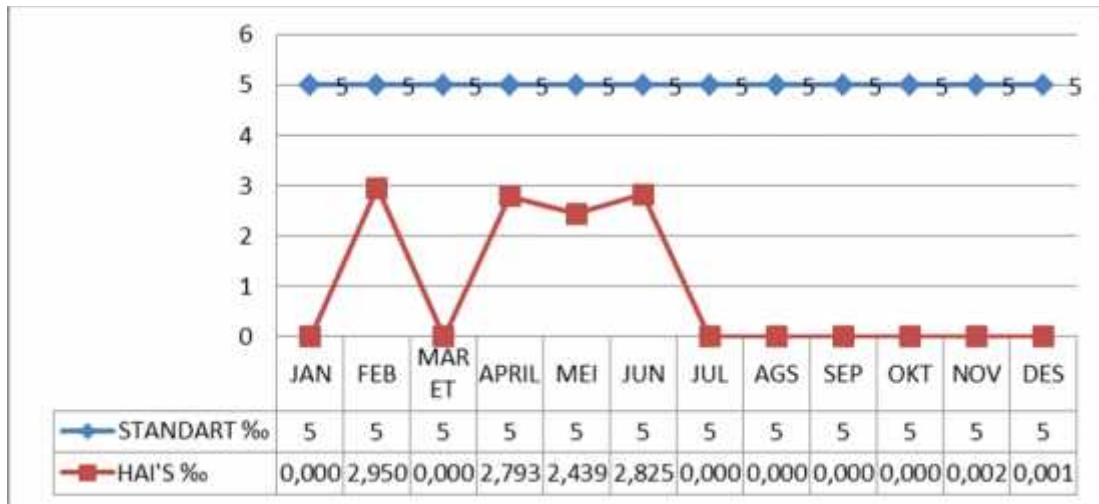


Grafik 10. Kejadian Phlebitis

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus tahun 2018

Angka kejadian phlebitis tertinggi pada trimester 4, bulan Oktober (4,872 ‰). Monitoring dan evaluasi *bundle* pencegahan phlebitis, terutama *hand hygiene* harus ditingkatkan.

5) Angka Kejadian Dekubitus



Grafik 11. Kejadian Dekubitus

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus tahun 2018

Angka kejadian dekubitus pada bulan Februari 2,950 (1 kejadian dari 339 jumlah hari tirah baring), bulan April 2,793 (1 kejadian dari 358 jumlah hari tirah baring), bulan Mei 2,439 (1 kejadian dari 410 jumlah hari tirah baring), bulan Juni 2,825 (1 kejadian dari 354 jumlah hari tirah baring), bulan November 0,002 (1 kejadian dari 534 jumlah hari tirah baring), dan bulan Desember 0,001 (1 kejadian dari 674 jumlah hari tirah baring). Angka kejadian dekubitus dibawah standar yang telah ditetapkan ( 4 ‰). akan tetapi monitoring dan evaluasi tetap perlu dilakukan

### 3. BUNDLE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

#### a. Definisi

Sekumpulan cara yang terstruktur untuk meningkatkan perawatan terhadap pasien. Untuk memudahkan petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan keperawatan pada pasien yang berisiko terjadi infeksi harus dilakukan oleh semua orang yang memberikan pelayanan perawatan terhadap pasien dan dilakukan secara bersama – sama pada setiap pasien.

#### b. Pelaksanaan Bundel's

##### 1) CAUTI/ ISK

##### a) Kaji Kebutuhan

Pemasangan dan lama pemasangan kateter didasarkan atas pengkajian kebutuhan pasien terhadap pemasangan kateter urin : sudah diterapkan,

##### b) Kebersihan Tangan

*Hand hygiene* sebagai faktor utama dalam pencegahan dan pengendalian HAI's belum diterapkan dengan baik. Kepatuhan *hand hygiene* perawat masih rendah, terutama kepatuhan *hand hygiene* sebelum kontak dengan pasien 45,9 % dan kepatuhan *hand hygiene* sebelum melakukan tindakan aseptik 49,6 %.

##### c) Teknik Inseri

- Standar pemasangan kateter urin menggunakan sarung tangan steril : sudah diterapkan
- Bersihkan bagian *meatus uretra* sebelum pemasangan kateter urin : sudah dilaksanakan.
- Balon kateter urin dikembangkan dengan jumlah air sesuai produk yang dipakai : sudah diterapkan.

##### d) Pemeliharaan Kateter

- Fiksasi Kateter untuk mencegah gerakan dan trauma pada *meatus uretra* : sudah diterapkan..
- *Urine bag* diletakkan lebih rendah dari kandung kemih : Belum dipatuhi dengan baik. Masih ditemukan *urine bag* diletakkan sejajar dengan kandung kemih saat transportasi pasien.
- Tidak meletakkan *urine bag* dilantai :

Masih sering ditemukan *urin bag* diletakkan di lantai.

- Periksa slang jangan sampai terlipat ( *kingking* ) : sudah diterapkan dengan baik.
- Menjaga sistem drainase tertutup :  
Belum diterapkan secara maksimal. Dalam pengelolaan pasien *post* operasi BPH dan TURP masih menggunakan irigasi blaas sistem terbuka.
- Gunakan penampung pembuangan urine untuk satu pasien satu alat sudah sesuai standar : sudah diterapkan.
- Gunakan teknik aseptik untuk mendapatkan spesimen:  
Masih ditemukan pengambilan spesimen urin dengan cara membuka sambungan *urin bag* dengan selang kateter urin.

e) Perawatan Kateter

- Perawatan perineal sehari-hari dan setiap selesai buang air besar : sudah diterapkan
- Gunakan kateter terkecil yang mencapai *drainase* : sudah diterapkan
- Tidak ada penggunaan krim atau serbuk di daerah *perineum* : sudah diterapkan
- Irigasi kandung kemih & pemakaian antibiotika tidak dapat mencegah infeksi saluran kemih

f) Pelepasan Kateter sudah diterapkan sesuai prosedur

- Kateter segera lepas jika tidak diperlukan, lepas atau ganti semua kateter dalam waktu 24 jam masuk ke rumah sakit : sudah diterapkan
- Lepas atau ganti kateter jika pasien timbul gejala ISK : sudah diterapkan.
- Cara penggantungan *urin bag* yang tidak benar menyebabkan selang kateter urin terlipat sehingga aliran urin tidak lancar.

## 2) SSI/ IDO

### a) Antibiotic profilaksis

Pemberian *antibiotic profilaksis* pada pasien yang dilakukan tindakan operasi dalam 1 jam sebelum insisi, *Redosing* bila operasi > 4 jam :

- Sebagian dokter sudah menerapkan, namun masih ada dokter memberikan antibiotika yang sama setelah post operasi.

➤ Tidak melakukan pencukuran rambut, kecuali mengganggu lokasi operasi :

- Pencukuran rambut pada daerah operasi sudah dilakukan 1 jam sebelum dilakukan tindakan operasi dan dilakukan di IBS.
- Pencukuran belum menggunakan *Clipper* , masih menggunakan alat pencukur rambut atau pencukur kumis.

b) *Pertahankan normothermia perioperatif* : sudah diterapkan dengan baik

c) *Kontrol gula darah* :

Pemeriksaan GDS sebelum operasi sudah diterapkan dengan baik.

d) *Preparasi kulit dengan antiseptik* :

Belum semua pasien pre operasi dilakukan mandi chlorhexidin

Yang sudah dilaksanakan pasien pre operasi mandi keramas menggunakan sabun dan shampoo, namun belum diterapkan kepada semua pasien.

Preparasi udah diterapkan dengan baik dengan menggunakan povidon iodine dan alkohol 70% (standar pemberian antiseptik dengan menggunakan alkohol 70% dan chlorhexidine).

### 3) VAP

a) Kebersihan Tangan

*Hand hygiene* sebagai faktor utama dalam pencegahan dan pengendalian *HAI's* belum diterapkan dengan baik. Kepatuhan *hand hygiene* perawat masih rendah, terutama kepatuhan *hand hygiene* sebelum kontak dengan pasien 45,9 % dan kepatuhan *hand hygiene* sebelum melakukan tindakan aseptik 49,6 %.

b) Posisi Pasien

Posisi 30 – 45 ° C setiap saat, kecuali ada kontra indikasi: belum diterapkan *dengan* baik. Masih sering ditemukan pasien posisi tidur *supine*.

c) Kebersihan mulut

Menjaga kebersihan mulut pasien secara rutin, dengan cara :

- Menyikat gigi setiap 12 jam untuk mencegah terjadinya *plaque* : belum dilakukan dengan baik. Masih ditemukan pasien menyikat gigi 1x sehari.

- Membersihkan mulut setiap 2- 4 jam : belum diterapkan dengan baik. Pembersihan mulut baru bisa dilakukan setiap pagi dan sore hari
- Gunakan oral antiseptik yang bebas dari alkohol (chlorhexidin 0.2 %) : Pemakaian cairan *oral hygiene* menggunakan menggunakan minosef

d) Manajemen sekresi

- Pengisapan lendir jika diperlukan :  
Pengisapan lendir sudah dilakukan dengan baik
- Lakukan tindakan aseptik :  
Dalam melakukan tindakan aseptik petugas sudah memperhatikan prinsip aseptik. Standar kanul *suction disposable* belum bisa diterapkan di rumah sakit umum dr.Loekmono Hadi Kudus karena anggaran pengadaan *canul suction* belum memadai. Upaya yang bisa dilakukan dengan cara penggantian kanul 1x / hari untuk masing - masing pasien.
- Gunakan cairan steril untuk membersihkan jika kateter dimasukkan kembali ke ETT : belum diterapkan dengan baik .  
Selesai dipakai *suction* kanul direndam dalam botol berisi cairan sidex dimana cairan ini bila habis diisi ulang / botol tidak dicuci terlebih dahulu. (standar 1 pasien 1 kanul untuk 1 kali tindakan *suction*) dilakukan menggunakan cairan terralin.
- Sebaiknya dengan sistem tertutup :  
*Suction* dengan sistem tertutup belum diterapkan kepada semua pasien yang terpasang ventilator karena berkaitan dengan pengadaan sirkuit yang dipakai yang kurang.
- Gunakan APD  
APD yang digunakan belum lengkap ( *handscoen* dan masker ) karena penyediaan APD *apron* dan *google* kurang. Hal ini belum sesuai standar (masker, *handscoen*, *apron*, *google*).

e) Pemberian sedasi

Belum semua pasien yang akan dipasang ventilator diberikan sedasi, untuk pasien dewasa sedasi diberikan pada pasien yang tidak kooperatif. Untuk bayi tidak diberikan sedasi untuk mencegah depresi pernafasan



f) Profilaksis PUD

Belum diterapkan untuk semua pasien yang terpasang ventilator. Pasien diberikan PUD bila sudah ada masalah pencernaan.

g) Profilaksis DVT

Belum diterapkan untuk semua pasien yang terpasang ventilator karena berisiko perdarahan.

#### 4. PENDIDIKAN DAN PELATIHAN

a) Pelaksanaan Kegiatan

- Pada tanggal 13 September - 23 Oktober 2018 Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus mengadakan *In House Training* PPI, bekerjasama dengan Instalasi Diklat, diikuti oleh 259 karyawan (target 276 karyawan), terdiri dari:

- Medis : 9 dari 10 orang target
- Paramedis : 225 dari 250 orang target
- Nakes lain : 8 dari 9 orang target
- Non professional : 31 dari 40 orang target

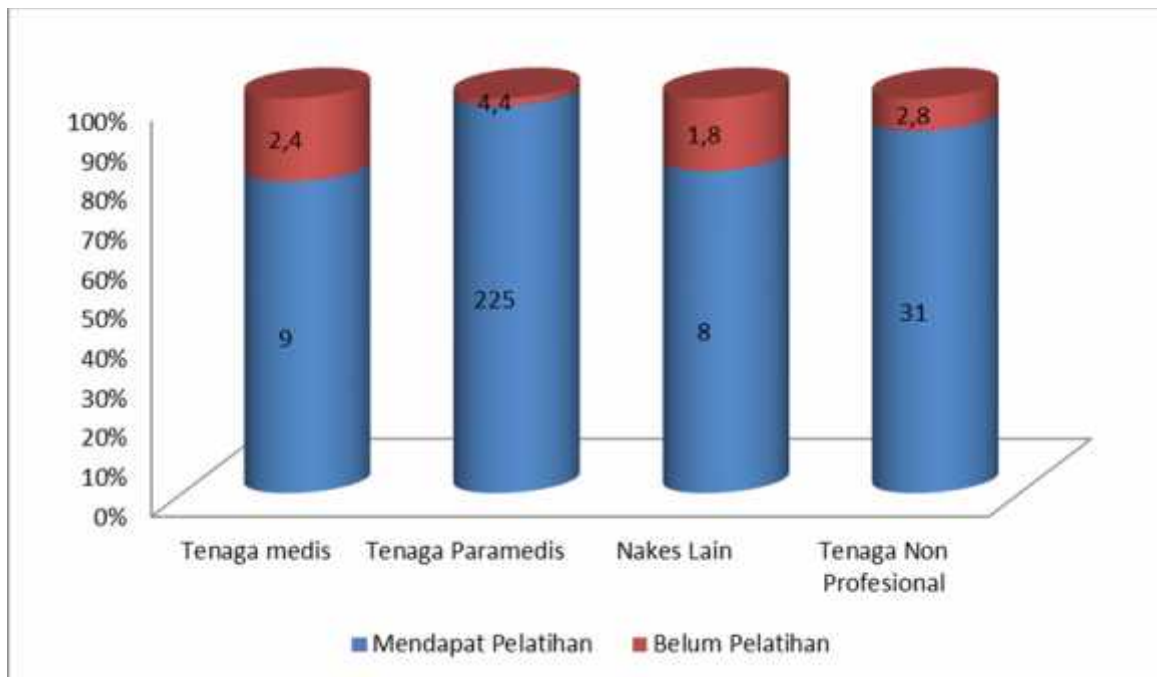
Kegiatan ini dilakukan dalam kelas dengan narasumber Ketua Komite PPI, IPCN dan petugas IPLRS/Sanitasi yang sudah memiliki TOT dan pernah mengikuti pelatihan khusus tentang PPI.

Tabel.13. Pelaksanaan Edukasi di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus tahun 2018

PERIODE EDUKASI	TARGET PESERTA	PROFESIONAL									NON PROFESIONAL		
		MEDIS			PARAMEDIS			NAKES LAINNYA					
	Total	Tar get	Ha dir	Tdk Hadir	Tar get	Ha dir	Tdk Hadir	Tar get	Hadir	Tdk Hadir	Tar get	Hadir	Tdk Hadir
Gelombang 1	60	10	9	1	41	41	-	9	8	1	-	-	-
Gelombang 2	54	-	-	-	46	46	-	-	-	-	8	8	-
Gelombang 3	55	-	-	-	47	47	-	-	-	-	8	8	-
Gelombang 4	54	-	-	-	49	48	1	-	-	-	5	5	-
Gelombang 5	53	-	-	-	43	43	-	-	-	-	10	10	-
JUMLAH	276	10	9	1	226	225	1	9	8	1	31	31	-

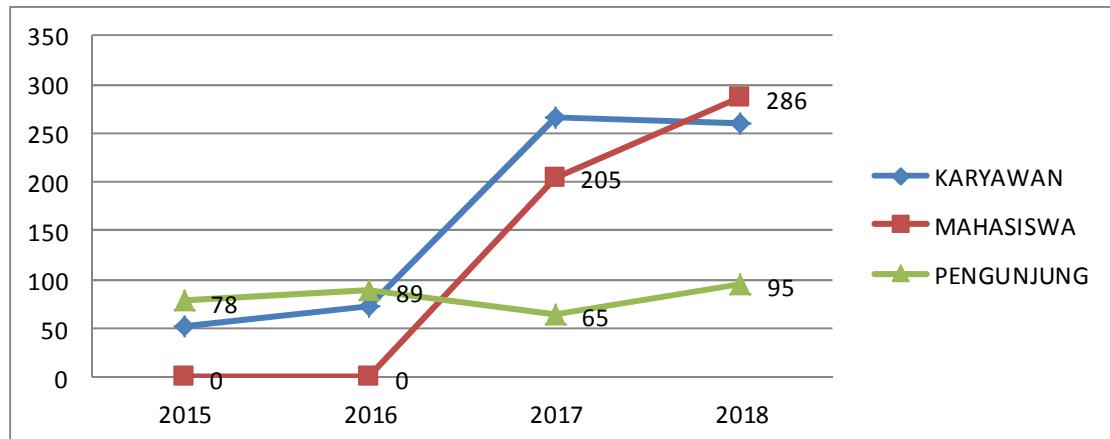


Grafik 12. Target program pendidikan dan pelatihan PPI terhadap seluruh karyawan Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus tahun 2018



Grafik 13. Pelaksanaan program pendidikan dan pelatihan PPI terhadap karyawan Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus tahun 2018

## b) Grafik Edukasi



Grafik 14. Pelaksanaan Pendidikan dan Pelatihan PPI terhadap Karyawan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus 2018

- Bulan November 2018 dilaksanakan Pelatihan Pencampuran Obat/Dispensing di ruang perawatan, diikuti oleh perawat, diselenggarakan oleh PKPO (Pelaksanaan Kefarmasian dan Penggunaan Obat) yang bekerja sama dengan PT. B-Braun
- Sejak tahun 2015 hingga akhir tahun 2018, jumlah karyawan yang sudah mendapatkan pendidikan dan pelatihan tentang PPI sebanyak 649 orang dari 886 orang karyawan (73,25%).
- Pendidikan dan pelatihan PPI juga diberikan kepada 286 orang mahasiswa 286 (100%), pasien rawat inap (100%), pasien rawat jalan dan pengunjung (dalam 2 kali kegiatan PKRS).

## 5. PENGGUNAAN ANTIBIOTIKA RASIONAL

- Program ini belum dapat dilaksanakan karena beluma ada pembentukan tim/komite PPRA sehingga komite PPI tidak bisa memantau Pelaksanaan Pemakaian Antibiotik Rasional
- RSUD dr.Loekmono Hadi Kudus belum memiliki tenaga ahli Dokter mikrobiologi klinik

## **BAB IV PEMBAHASAN**

### **A. PENGORGANISASIAN**

#### a) Pelaksanaan Kegiatan

Rapat koordinasi sudah dilakukan secara berkala atau sewaktu-waktu dibutuhkan

#### b) Kendala yang dihadapi

Beberapa hal masih menjadi kendala dalam pelaksanaan rapat koordinasi, di antaranya :

Tindak lanjut rapat koordinasi belum optimal

Kehadiran peserta rapat koordinasi tidak pernah 100%, hal ini disebabkan karna masih banyak anggota komite dan unit lain menganggap berjalannya ppi di rumah sakit berperan minim untuk pelayanan.

### **B. PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT PADA KEJADIAN HAI'S**

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

##### **a. Kewaspadaan Standar**

##### **1) Hand Hygiene**

#### a) Pelaksanaan kegiatan

Angka kepatuhan *hand hygiene* masih rendah. Kepatuhan *hand hygiene* sesuai 5 momen cuci tangan mengalami peningkatan, namun masih di bawah standar yang telah ditetapkan yaitu 80 %.

#### b) Kendala yang ditemukan :

- Belum semua pegawai mendapatkan pelatihan PPI Dasar
- Semua petugas IPCN belum memiliki sertifikat TOT PPI
- Fasilitas *hand hygiene* (tissue dan cairan *hand hygiene*) terbatas dan tidak kontinyu.

- Penyediaan wastafel di ruang pelayanan dan penunjang masih minim.
- Komitmen dan kesadaran individu masih rendah

## 2) Alat Pelindung Diri (APD)

### a) Pelaksanaan kegiatan

APD merupakan peralatan perlindungan yang digunakan oleh seorang petugas untuk melindungi dirinya dari kontaminasi lingkungan. APD digunakan sesuai dengan area dan SPO yang sudah ditetapkan. Faktor yang harus diperhatikan saat memilih APD :

- Potensi dan jenis paparan;
  - *Airbone, droplet* dan *contact*;
  - Jenis transmisi dari penyakit.
- Daya tahan dan kesesuaian;
- Fit (kecocokan).

Hasil audit kepatuhan pemakaian APD masih menunjukkan angka di bawah standar ( 80 %).

### b) Kendala yang ditemukan

- Belum semua pegawai mendapatkan pelatihan PPI Dasar
- Semua petugas IPCN belum memiliki sertifikat TOT PPI
- Fasilitas APD terbatas dan tidak kontinu, yaitu:
  - Masker N95, apron dan pelindung wajah
  - APD di ruang poliklinik, kamar jenazah, *laundry*, laboratorium, instalasi gizi dan farmasi
  - Masker dan sepatu pelindung di instalasi gizi.

## 3) Pengelolaan Limbah Dan Benda Tajam

### a) Pelaksanaan kegiatan

- Pengelolaan limbah sudah dilaksanakan sesuai SPO, mengacu pada WHO.
- Pembakaran sampah infeksius dilakukan dengan *incenerator* yang sudah berizin .

- Tempat Pembuangan Sampah (TPS) Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dan sampah non infeksius sudah ada, tetapi belum digunakan sebagaimana mestinya.
  - Pemeriksaan kesehatan lingkungan dilaksanakan sebelum, saat dan setelah renovasi bangunan.
  - Edukasi PPI terhadap petugas kebersihan.
- b) Kendala yang ditemukan :
- Ketidak patuhan pembuangan sampah infeksius  
Sering ditemukan sampah infeksius tercampur dengan sampah non infeksius
  - Sampah infeksius  $\frac{3}{4}$  penuh tidak segera diikat dan dibuang
  - Persediaan plastik sampah kuning tidak kontinu
  - Jadwal penggunaan lift oleh *cleaning service*, instalasi gizi dan laundry tetapi belum bisa dijalankan dengan maksimal.
  - Penyediaan *safetybox* tidak kontinu, memicu perilaku pemakaian *safety box* berulang. Jerigen bekas air RO Unit Haemodialisa digunakan sebagai pengganti *saftybox*.
  - Abu sisa pembakaran belum dapat dikelola. Abu akan dikelola oleh pihak ke-3 setelah terkumpul 20 drum abu.

#### **4) Pengendalian Lingkungan**

- a) Pelaksanaan Kegiatan
- Pemeriksaan kualitas udara sudah dilakukan secara rutin 1 kali setiap tahun di semua unit pelayanan secara bergantian.
  - Hasil pemeriksaan dievaluasi dan ditindaklanjuti oleh tim IPL jika hasil menunjukkan angka tidak normal.
  - Pembersihan permukaan lingkungan sudah dilakukan secara rutin.

- Pembuatan ICRA renovasi pembangunan sudah dilakukan
- b) Kendala yang ditemukan
- Tidak ada *HEPA filter* di ruang *Intensive Care*, IBS, TB MDR, ruang isolasi, Kamar Bersalin, Poli Paru dan Poli Dalam.
  - Perawatan saluran air bersih belum bisa dilakukan dengan intens.
  - Persediaan cairan desinfektan terbatas dan tidak kontinu karena keterbatasan anggaran.
  - Pembuatan ICRA belum maksimal karna PPI tidak dianggap penting.

## 5) Penyuntikan Aman

- a) Pelaksanaan kegiatan
- Desinfeksi awal dan setelah penyuntikan dengan menggunakan alkohol *swab*.
  - Prinsip *one needle, one syringe, only one time* belum maksimal.
  - Pengoplosan obat belum bisa dilaksanakan dengan standart, pencampuran obat masih dilakukan oleh tenaga perawat yang dilakukan di ruang perawatan masing masing .
- b) Kendala yang ditemukan
- Belum tersedia ruang khusus untuk pengoplosan obat
  - Keterbatasan tenaga apoteker sehingga belum bisa dilakukan pengoplosan obat oleh apoteker .
  - Keterbatasan persediaan *safety box* hal ini menimbulkan Pembuangan benda tajam hanya bagian *needle* yang dibuang ke dalam *safety box*.

## 6) Perawatan Peralatan Pasien

### a) Pelaksanaan Kegiatan

- Pelaksanaan prosedur sterilisasi (persiapan, proses sterilisasi dan pendistribusian) sudah berjalan dengan baik karena CSSD sudah seluruhnya melaksanakan sterilisasi untuk semua bagian atau unit, khususnya penerima pelayanan sterilisasi ruang Instalasi Bedah Sentral ( IBS ).
- Pelaksanaan prosedur sterilisasi (persiapan, pembersihan / proses sterilisasi dan pendistribusian) dilaksanakan oleh unit CSSD bekerjasama dengan keperawatan secara kontinyu.
- Test indikator biologi tidak dilakukan karena CSSD belum mempunyai alat indikator biologi dan faktor biaya / harga alat test biologi tersebut mahal
- Ada kegiatan sterilisasi dengan suhu tinggi dan kegiatan sterilisasi suhu rendah pada Mesin *Ethylene Oxyde* ( EO ).
- Test indikator kimia (dalam maupun luar) menghasilkan hasil perubahan warna, menjadi hitam merata, hal ini menunjukkan instrument dan linen yang disterilkan hasilnya steril.

### b) Kendala yang yang ditemukan :

- Keterbatasan Jumlah *autoclave*, *autoklaf* yang harus bekerja 6-7 kali per hari menimbulkan mesin mengalami overload sehingga mudah mengalami kerusakan.
- Indikator monitoring sterilisasi untuk mesin autoklaf belum tersedia yaitu untuk *Bowiedick* test dan indicator Class IV.
- Penyediaan *indicator tape* masih kurang maksimal



- Masih terjadi keterlambatan penyediaan *pouches* untuk pengemasan sehingga digunakan linen sebagai pembungkus.
- Belum tersedia kertas *wrap* untuk pembungkus linen.
- Stok APD utama sarung tangan panjang dan sarung tangan steril sering kosong sehingga Instalasi CSSD mengadakan pembelian sendiri.
- Keterbatasan peralatan perawatan pasien/instrument yang dimiliki setiap unit sehingga distribusi alat/instrument ke ruang perawatan masih kurang
- Persediaan cairan *enzymatic* untuk dekontaminasi alat yang masih sering kosong
- Pembuatan kasa masih dilakukan secara manual, sehingga distribusi kasa steril ke unit pelayanan kurang maksimal
- Alat pencucian alat otomatis rusak tidak bisa digunakan sejak tahun 2017 sehingga alat mudah terjadi karat pada instrumen

## **7) Penatalaksanaan Linen**

### a) Pengelolaan Linen :

- Sudah ada pengaturan jam penggunaan lift yang digunakan untuk transportasi linen kotor baik infeksius dan non infeksius dari ruang rawat agar tidak bersamaan dengan pengiriman diit pasien.
- Pemisahan linen infeksius dan non infeksius dilaksanakan oleh perawat diruang keperawatan masing– masing.
- Pengambilan linen kotor dari ruang keperawatan dilaksanakan oleh petugas ruangan dengan menggunakan troli tertutup.

- Penghitungan linen kotor dilakukan di unit *laundry* oleh petugas *laundry*, petugas belum sepenuhnya melakukan penimbangan linen sebelum dilakukan proses pencucian
- Linen kotor di unit keperawatan diambil oleh petugas *laundry* setelah perbeden.
- Pengambilan linen kotor untuk ruang bedah sentral di laksanakan dua kali dalam sehari pagi dan sore oleh petugas *laundry*. Pengambilan sore jam 14.30 WIB untuk ruang Instalasi Bedah Sentral ( IBS ).
- Proses pencucian Infeksius dan non Infeksius sudah disendirikan.
- Proses pengeringan menggunakan mesin pengering , tetapi tetap di sediakan jemuran untuk cadangan bila mesin pengering rusak / musim penghujan.

b) Kendala yang ditemukan

- Pengadaan APD masih minimal
- Jumlah linen yang masih terbatas
- Sudah disediakan alat timbangan untuk linen tetapi petugas masih belum bisa melaksanakan penimbangan. Fungsi penimbangan adalah untuk mengetahui kebutuhan sabun cuci yang sesuai takaran.
- Perilaku petugas yang masih minim sehingga memungkinkan kuman kembali ke linen yang bersih siap pakai

## 8) Perlindungan Kesehatan Karyawan

1) Pelaksanaan Kegiatan

Pemeriksaan kesehatan karyawan tahun 2018 baru tercapai 15,98% (145 dari 876 karyawan). Program Pemeriksaan karyawan dilakukan setiap tahun sekali yang untuk semua ruangan perawatan secara bergantian .

## 2) Kendala yang dihadapi

- Pelaksanaan pemeriksaan belum bias dilaksanakan maksimal, hal ini dikarenakan oleh kurangnya koordinasi unit pelaksana kegiatan pemeriksaan kesehatan karyawan.
- Tindak lanjut hasil pemeriksaan kesehatan belum biasa dilaksanakan dengan maksimal. Hal ini dikarenakan oleh koordinasi yang masih kurang.
- Kebijakan dan prosedur yang terkait pemeriksaan kesehatan karyawan secara berkala dan penanganan khusus untuk karyawan terpajan masih lemah
- Penatalaksanaan paska luka tusuk benda tajam bekas pakai
- SPO penanganan luka tusuk jarum / benda tajam sudah ada, namun sosialisasi belum optimal.
- Laporan tentang kejadian tertusuk jarum petugas ada 3 kejadian diruang IBS dan bersalin. Kejadian tertusuk jarum belum ada tindak lanjut penanganan
- Pelaksanaan penanganan luka tusuk jarum / benda tajam di berlakukan terhadap seluruh karyawan yang bekerja di rumah sakit atau unit–unit terkait (dokter, perawat, radiologi, CSSD, sanitasi, *cleaning service*, gizi, laundry, kamar jenazah, farmasi).
- Hasil pemeriksaan yang bermasalah sudah ditindak lanjuti untuk memutuskan mata rantai penularan infeksi.

## 9) Penempatan Pasien

### 1) Kegiatan yang sudah dilakukan

- Alur penerimaan TB MDR rujukan dari RS lain atau pasien baru yang sudah terdeteksi jika tidak membutuhkan ruang observasi langsung diantar ambulan sampai ruang isolasi *Airborne* lewat jalur tersendiri.

- Pasien di IGD yang dicurigai dan terdiagnosa infeksi *Airborne, Droplet, Kontak* , sebelum dipindah ke ruang perawatan terlebih dahulu dilakukan observasi sampai kondisi stabil di ruang khusus isolasi yang berada di IGD.
- Penempatan pasien TB untuk kelas 2 dan 3 dilakukan kohorting yaitu di ruang Melati 1 (untuk perempuan) dan ruang Melati 2 (untuk laki-laki). Kelas 1 dan VIP dengan cara *kohorting* di masing masing masing ruang perawatan
- Edukasi penggunaan APD dilakukan untuk pasien baru masuk rawat inap atau rawat jalan pada saat pasien dirumah sakit.

## 2) Kendala yang dihadapi

- Rumah sakit belum memiliki ruang isolasi khusus/ruang bertekanan negatif untuk penempatan pasien infeksius.
- Belum biasa membatasi lalu lintas pengunjung di ruang isolasi
- Ruang *kohort* di rumah sakit umum dr.Loekmono Kudus mengandalkan sistim ventilasi campuran dimana mengandalkan ventilasi jendela dan kipas *blower*.
- Pengadaan alat *Hepafilter* belum terealisasi
- Kepatuhan pemakaian APD di ruang isolasi untuk pasien dan pengunjung masih rendah.
- Penyediaan APD masih minim
- Sarana edukasi *banner/poster* masih minim.

## 10) Etika Batuk

### a) Kegiatan yang sudah dilakukan

Dari hasil evaluasi, sudah ada perubahan perilaku yang baik untuk etika batuk oleh pasien dan petugas, tetapi perubahan perilaku pengunjung belum optimal karena pengunjung yang datang silih berganti.

Semua pasien yang masuk ke rumah sakit yang menderita batuk dan suspek TB langsung diberikan Masker dan kita edukasi tentang pemakaian APD dan Etika Batuk

### b) Kendala yang dihadapi

- Penyediaan APD Masker bedah untuk pengunjung dan pasien masih minim.
- Pengadaan N95 untuk petugas yang belum kontinyu di semua unit pelayanan penunjang. Hal ini karena oleh keterbatasan anggaran
- Meningkatkan edukasi untuk *civitas hospitalia*

## 11) Praktek Lumbal

### a) Kegiatan yang sudah dilakukan

- Praktik lumbal pungsi di ruang rawat inap dilaksanakan di IBS, kecuali pasien yang dirawat di ruang ICU dan PICU-NICU dilaksanakan diruang itu sendiri.
- Praktik lumbal punksi yang dilaksanakan di ruang rawat Petugas menggunakan APD lengkap (*handscoon*, masker, topi, *apron* dan sepatu).

### b) Kendala yang dihadapi

Dokter dan perawat pelaksana terkadang tidak memakai APD tersebut karena penyediaan APD *apron* dan *goggles* terbatas

## 12) Penanganan Makanan dan Minuman

### a) Kegiatan yang sudah dilakukan

- Penanganan *hygiene* makanan sudah dilakukan dengan semaksimal mungkin.
- Proses awal pengelolaan makanan sampai penyajian diproses akhir sudah diterapkan
- Jalur lalu lintas keluar masuk bahan dan makanan siap edar sudah dibedakan
- Hasil pemeriksaan mikro makanan sudah dilakukan secara rutin dengan hasil yang masih naik turun dan ketika ada hasil yang bermasalah segera dilakukan RTL oleh pihak IPL RS yang berkoordinasi dengan PPI dan Ruang di Instalasi Gizi.

### b) Kendala yang dihadapi

- Kurangnya kepedulian petugas untuk kebersihan lingkungan Gizi
- Keterbatasan tenaga *house keeping*
- Alat pemanas peralatan yang sudah tidak berfungsi lagi dan kondisi ruangan produksi dan penyajian yang masih belum standar.
- Kepatuhan petugas terhadap kebersihan tangan, penggunaan APD masih minim. Hal ini dikarenakan ketersediaan APD ,fasilitas cuci tangan di ruang gizi masih minim dan perilaku petugas yang kurang.

## 13) Pengelolaan jenazah

### a) Kegiatan yang sudah dilakukan

Pengelolaan jenazah pasien infeksius dan non infeksius di rumah sakit umum dr.loekmono hadi kudus sudah sesuai standart di unit pemulasaraan jenazah.

Pengelolaan jenazah sudah dilakukan oleh tenaga khusus yang sudah terlatih

b) Kendala yang dihadapi

- Peningkatan jumlah tenaga
- Edukasi SDM tentang pengelolaan jenazah
- Peningkatan fasilitas yang ada
- Renovasi gedung yang harus segera dilaksanakan terkait kondisi atap yang sudah keropos

**b. Kewaspadaan berdasar transmisi**

a) Pelaksanaan Kegiatan

Pelaksanaan kewaspadaan ini sudah dilakukan dengan baik. Kewaspadaan transmisi, sebagai bagian dari kewaspadaan isolasi, diterapkan terhadap pasien yang diketahui maupun diduga terinfeksi atau terkolonisasi patogen untuk memutuskan mata rantai transmisi infeksi. Kewaspadaan berdasarkan transmisi yang sudah dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus :

- Kontak
- *Droplet* (TBC)
- *Airborne* (TBC, MERS, Meningitis)

b) Kendala yang dihadapi

- Ketersediaan ruang isolasi belum sesuai standar ( ruang isolasi bertekanan negatif)
- Ketersediaan ruang kohort yang terbatas menjadi salah satu penyebab pengelolaan pasien infeksius
- Alur pasien *airborne* belum bisa dilaksanakan dengan maksimal
- Ketersediaan *hepafilter* belum ada sebagai pembantu sirkulasi diruang *kohorting*
- Ketersediaan APD yang tidak kontinyu
- Ketersediaan cairan cuci tangan yang masih kurang

## 2. Surveilans HAIs

### a) IDO

Kejadian IDO tahun 2018 tertinggi terjadi pada trimester 1 yaitu pada bulan maret sebesar 0,09 % dan bulan Desember sebesar 0,16 %. Meskipun masih dibawah standar yang telah ditetapkan ( 2 % ). Hal ini dikarenakan oleh beberapa hal diantaranya adalah :

- Alat/ Instrumen perawatan luka belum standar (standar 1 pasien 1 set alat perawatan luka ).
- Penerapan bundle SSI belum maksimal, yaitu:
  - Pencukuran sudah dilaksanakan pagi hari sebelum operasi dan belum menggunakan *clipper*.
  - Antibiotika profilaksis belum dilaksanakan secara konsisten oleh semua dokter.
- Kepatuhan *hand hygiene* sebelum melakukan tindakan aseptik masih dibawah standar yang ditentukan 50,6% pada trimester 1, 58,9 % pada trimester 2, 62,9% pada trimester 3 dan 28,6 % mengalami penurunan pada trimester 4
- Tingginya angka pemakaian ruang operasi / IBS dan pembersihan yang belum optimal menyebabkan angka kuman di IBS masih tinggi.
- Ruang operasi / IBS belum memakai AC sentral sehingga memberi kesempatan pada bakteri dan jamur untuk berkembang biak
- Ruang operasi / IBS belum dilengkapi oleh sistem *HEPA filter*
- *Exhaus fan* ruang operasi IBS tidak maksimal / rusak.



b) **VAP**

Angka kejadian VAP selama trimester 1, 2, 3 dan 4 sebesar 0 ‰. Hal ini disebabkan pasien di Ruang ICU dan PICU/NICU

- Jumlah pasien yang terpasang ventilator sebelum 2 x 24 jam menduduki peringkat tertinggi sehingga kejadian VAP tidak bias dideteksi.
- Penegakan diagnosa VAP masih belum biasa dilaksanakan oleh karena kebijakan rumah sakit yang belum 100% mengcover klem uji kultur secret dan foto rontgen pada pasien yang mengalami gejala VAP
- Penerapan bundle VAP belum maksimal sehingga, masih perlu sosialisasi ulang untuk refres pemahaman tentang VAP oleh IPCLN dan petugas unit resiko tinggi

c) **ISK**

Angka kejadian ISK 2018 0,00 ‰. Meskipun HAI's ISK masih dibawah standar yang telah ditentukan, hal ini perlu pengkajian lebih lanjut kemungkinan pelaksana kurang memahami pengertian penerapan bundle ISK sehingga perlu sosialisasi untuk pelaksanaan bundle isk untuk semua hospitalia yang melaksanakan pelayanan secara langsung ke pasien.

Adapun Faktor yang mempengaruhi terjadinya ISK

- *Pengetahuan* mengenai bundle ISK dan monitoring ISK lebih lanjut
- Kepatuhan *Hand hygiene* masih rendah . yaitu 64,11 %
- *Pemeliharaan* kateter belum dilaksanakan dengan baik :
  - Fiksasi kateter tidak sesuai standar
  - Posisi urinbag tidak diperhatikan :
    - *Urin bag* terkadang sejajar dengan kandung kemih sehingga *drainage* urin tidak lancar
    - *Urin bag* sering diletakkan di lantai .

- Cara penggantungan *urin bag* yang tidak benar menyebabkan selang kateter urin terlipat sehingga aliran urin tidak lancar

- *Kualitas* perawatan kateter belum maksimal
- *Perawatan* perineal dilakukan hanya 1 x sehari (standar perawatan perineal dilakukan 2 x sehari dan sewaktu – waktu bila kotor)
- Masih ditemukan perawatan kateter dengan system terbuka ( standar *perawatan* kateter dengan sistem tertutup )
- Status *imunologis* pasien

d) **PHLEBITIS :**

Angka kejadian phlebitis 2018 tertinggi di trimester 4 pada bulan oktober 4,872 ‰ , bulan berikutnya dapat ditekan menjadi Kejadian 3,703 dan desember 2,619 phlebitis dapat ditekan dan diturunkan di bawah standar yang telah ditetapkan ( 5 ‰) pada bulan selanjutnya.

Hal ini disebabkan oleh :

- Kepatuhan *hand hygiene* masih rendah. yaitu 64,11 %
- Standar penggantian lokasi infus setiap 3 x 24 jam belum dilaksanakan dengan baik
  - Obat dan cairan infus dengan osmolaritas tinggi
  - Pemberian terapi injeksi terlalu cepat
  - Fiksasi yang kurang kuat
  - Pelaksanaan SPO injeksi dan pemasangan infuse belum maksimal.
    - Pemilihan IV kateter belum disesuaikan dengan kebutuhan, masih ada pemasangan infus menggunakan iv kateter yang besar ( standar iv kateter dipasang sesuai dengan kebutuhan ).

- o Teknik desininfeksi kulit belum maksimal, masih ditemukan penusukan jarum infuse dilakukan saat swab alcohol belum kering.
- Suhu ruangan yang tinggi, sehingga pasien mudah berkeringat dan *dressing* mudah lepas.

e) **DEKUBITUS :**

Angka kejadian dekubitus 2018 trimester 1 tertinggi pada bulan Februari 2,950 ‰, trimester 2 (bulan April 2,793 ‰ dan Mei 2,439), Pada trimester 3 dan 4 mengalami perbaikan menunjukkan hasil 0 ‰ . Angka kejadian dekubitus masih dibawah standar yang telah ditetapkan ( 5 ‰) sehingga penerapan bundle pencegahan dekubitus harus ditingkatkan. Hal ini disebabkan oleh :

- Program tirah baring belum dilaksanakan dengan maksimal. Pasien sudah dilakukan alih baring kemudian kembali ke posisi semula, karena bahan pengganjal seperti guling tidak ada.
- Linen :
  - Posisi linen tidak licin, sering tertekuk / terlipat sehingga menimbulkan penekanan pada tubuh pasien. Hal ini disebabkan karena perbandingan ukuran linen tidak seimbang dengan ukuran busa linen pasien / kurang lebar sehingga linen sering lepas dan tertekuk / tidak licin dan menimbulkan penekanan pada kulit pasien
  - Linen basah tidak segera diganti sehingga kulit daerah yang tertekan rentan perlukaan penggantian linen tidak dilakukan tiap hari karena jumlah linen tidak memadai. Standar minimal perbandingan jumlah linen dengan jumlah pasien 1 : 3.

- Matras linen yang sudah tidak layak pakai
- Status gizi pasien rendah

### 3. Penerapan Bundle HAIs

#### a) VAP

##### 1) Kebersihan Tangan

*Hand hygiene* sebagai faktor utama dalam pencegahan dan pengendalian HAI's belum diterapkan dengan baik. Kepatuhan *hand hygiene* perawat masih rendah, terutama kepatuhan *hand hygiene* sebelum kontak dengan pasien 45,9 % dan kepatuhan *hand hygiene* sebelum melakukan tindakan aseptik 49,6 %.

##### 2) Posisi Pasien

*Posisi* 30 – 45 ° C setiap saat, kecuali ada kontra indikasi: belum diterapkan dengan baik. Masih sering ditemukan pasien posisi tidur *supine*.

##### 3) Kebersihan mulut

Menjaga kebersihan mulut pasien secara rutin, dengan cara :

- Menyikat gigi setiap 12 jam untuk mencegah terjadinya *plaque* : belum dilakukan dengan baik. Masih ditemukan pasien menyikat gigi 1x sehari.
- Membersihkan mulut setiap 2- 4 jam : belum diterapkan dengan baik. Pembersihan mulut baru bisa dilakukan setiap pagi dan sore hari
- Gunakan oral antiseptik yang bebas dari alkohol (chlorhexidin 0.2 %) : Pemakaian cairan *oral hygiene* menggunakan menggunakan minosef

##### 4) Manajemen sekresi

- Pengisapan lendir jika diperlukan :  
Pengisapan lendir sudah dilakukan dengan baik
- Lakukan tindakan aseptik :  
Dalam melakukan tindakan aseptik petugas sudah memperhatikan prinsip aseptik. Standar kanul *suction*

*disposable* belum bisa diterapkan di rumah sakit umum dr.Loekmono Hadi Kudus karena anggaran pengadaan *kanul suction* belum memadai. Upaya yang bisa dilakukan dengan cara penggantian kanul 1x / hari untuk masing - masing pasien.

- Gunakan cairan steril untuk membersihkan kateter jika kateter dimasukkan kembali ke ETT : belum diterapkan dengan baik . Selesai dipakai suction kanul direndam dalam botol berisi cairan sidex dimana cairan ini bila habis diisi ulang / botol tidak dicuci terlebih dahulu. (standar 1 pasien 1 kanul untuk 1 kali tindakan *suction*) dilakukan menggunakan cairan terralin.
- Sebaiknya dengan sistem tertutup :  
*Suction* dengan sistem tertutup belum diterapkan kepada semua pasien yang terpasang ventilator karena berkaitan dengan pengadaan sirkuit yang dipakai yang kurang.
- Gunakan APD  
APD yang digunakan belum lengkap ( *handscoen* dan masker ) karena penyediaan APD *apron* dan *google* kurang. Hal ini belum sesuai standar (masker, *handscoen*, *apron*, *google*).

#### 5) Pemberian sedasi

Belum semua pasien yang akan dipasang ventilator diberikan sedasi, untuk pasien dewasa sedasi diberikan pada pasien yang tidak kooperatif. Untuk bayi tidak diberikan sedasi untuk mencegah depresi pernafasan

#### 6) Profilaksis PUD

Belum diterapkan untuk semua pasien yang terpasang ventilator. Pasien diberikan PUD bila sudah ada masalah pencernaan.

## 7) Profilaksis DVT

Belum diterapkan untuk semua pasien yang terpasang ventilator karena beresiko perdarahan.

### b) PHLEBITIS

#### 1) Handhygiene

*Hand hygiene* sebagai faktor utama dalam pencegahan dan pengendalian HAI's belum diterapkan dengan baik. Kepatuhan *hand hygiene* perawat masih rendah, terutama kepatuhan *hand hygiene* sebelum kontak dengan pasien 45,9 % dan kepatuhan *hand hygiene* sebelum melakukan tindakan aseptik 49,6 %.

#### 2) Maximal barrier precautions upon insertion

Belum *diterapkan* dengan baik. APD yang digunakan saat melakukan insersi hanya handscoen ( standar handscoen dan masker).

#### 3) Chlorhexidine skin antisepsis

- *Prepare the skin at the insertion site* menggunakan *chlorhexidine 2% in 70% isopropyl alcohol* : sudah diterapkan.
- Aplikasikan antiseptik paling sedikit 30 detik : sudah diterapkan
- Biarkan antiseptik mengering sebelum di insersi lebih kurang 2 menit : sudah diterapkan

#### 4) Optimal site care, with avoidance of the femoral vein for central venous access in adult patient (device selection and site of insertion)

- Pilih vena yang besar, lurus/ tidak di percabangan, tidak di daerah yang banyak pergerakan : sudah diterapkan
- Klinisi mempertimbangkan resiko komplikasi infeksi, dan komplikasi mekanikal seperti *thrombosis, emboli* udara, salah penempatan kateter, seleksi area penusukan : sudah diterapkan.

5) *Daily review of line necessity with prompt removal of unnecessary lines ( institute for healthcare improvement )*

- Setiap hari kaji ulang, keperluan kateter masih indikasi apa tidak, adanya tanda-tanda infeksi : sudah diterapkan
- Segera lepas jika tidak diperlukan : sudah diterapkan
- Bila pemasangan kateter sentral dalam situasi *emergency* dimana tidak terjamin kesterilannya , maka kateter harus diganti dalam 48 jam : sudah diterapkan
- Semua kateter harus diganti jika diduga ada infeksi : belum diterapkan dengan baik.
  - Standart penggantian infus set dilakukan setiap 3 x 24 jam : belum diterapkan dengan baik, masih ditemukan pengganti lokasi penusukan infus dilaksanakan setelah terjadi phlebitis..
  - Standar penggantian infus set pada pasien post transfusi : belum diterapkan, masih banyak ditemukan *post transfusi* dilakukan proses spoelling NaCl menggunakan transfusi set tanpa mengganti dengan infus set baru.
- Cairan parenteral
  - Infus harus diselesaikan dalam 24 jam untuk satu botol cairan parenteral yang mengandung lemak : sudah diterapkan.
  - Bila hanya emulsi lemak yang diberikan, selesaikan infus dalam 12 jam setelah botol emulsi mulai digunakan : sudah diterapkan.
  - Pemberian obat dengan osmolarisasi tinggi : pengenceran cairan infus dengan osmolaritas tinggi belum menggunakan infus set bercabang / *three way* karena belum ada pengadaan infus set *three way*. Pengenceran dilakukan dengan menusukkan infus set baru ke infus set yang terpasang di pasien

menyebabkan sterilitas kurang sehingga beresiko phlebitis.

**c) DEKUBITUS:**

Terkait dengan peran perawat dalam upaya pencegahan luka tekan, Potter and Perry (2005)

1) Perawatan kulit yang meliputi perawatan hygiene dan pemberian topical

- Jaga kelembaban kulit agar tidak basah : sudah diterapkan dengan baik.
- Jaga linen agar tetap kering, licin dan tidak ada lipatan : belum diterapkan dengan baik. Masih ditemukan posisi linen pasien berlipat karena perbandingan ukuran tempat tidur pasien dengan sprei yang kurang proporsional ( ukuran sprei kurang besar
- Meminimalkan regangan dengan penempatan posisi yang nyaman dan sesuai,
- Meminimalkan gesekan dengan cara pemindahan pasien yang hati-hati : sudah diterapkan.

2) pencegahan mekanik dan dukungan permukaan kulit yang meliputi

- Penggunaan tempat tidur :
- Pemberian posisi alih baring tiap 2 jam : sudah diterapkan.
- Kasur anti dekubitus : belum diterapkn dengan baik karena tidak semua ruang perawatan mempunyai kasur dekubitus.

3) Perbaiki nutrisi yaitu dengan diet tinggi kalori, protein dan vitamin dengan tujuan untuk mempertahankan *balance* nitrogen tetap positif dan dengan meningkatkan kadar protein serum: sudah diterapkan.



d) **DIARE**

Monitoring kejadian diare dilaksanakan di ruang Cempaka 1 ( bangsal Kesehatan Jiwa ).

1) *Hand hygiene*

- Petugas

*Hand hygiene* sebagai faktor utama dalam pencegahan dan pengendalian *HAI's* belum diterapkan dengan baik. Kepatuhan *hand hygiene* perawat masih rendah, terutama kepatuhan *hand hygiene* sebelum kontak dengan pasien 45,9 % dan kepatuhan *hand hygiene* sebelum melakukan tindakan aseptik 49,6 %.

- Pasien

Kepatuhan *hand hygiene* pasien dengan masalah kesehatan jiwa masih rendah, petugas kesehatan di ruang Cempaka 1 diharapkan dapat lebih intensif memotivasi pasien untuk melakukan *hand hygiene*

2) Kebersihan *makanan* dan alat makan

Kebersihan makanan dan alat makan belum terkontrol dengan baik.

- Hasil kultur sampel makanan masih ditemukan adanya E.Coli.
- Hasil swab alat makan masih ditemukan adanya E. Coli.

3) Perilaku Pasien

Perilaku pasien makan makanan sisa belum terkontrol dengan baik.

**4. Pendidikan Dan Pelatihan**

Tahun 2018 Edukasi tentang pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit Umum dr.Loekmono Hadi Kudus sudah dilaksanakan secara periodik dari berbagai profesional diantaranya

- Medis 9 peserta dengan target capaian 20 peserta (100%)
- Paramedis 225 peserta dengan target capaian 250 peserta

(100%)

- Nakes lain 31 peserta dengan target capaian 40 peserta (100%)
- Mahasiswa 286 peserta dengan target 100%

kegiatan edukasi dilakukan dikelas dengan nara sumber dari Ketua Komite PPI, IPCN dan petugas IPLRS/Sanitasi yang sudah memiliki TOT dan pernah mengikuti pelatihan khusus tentang PPI.

Faktor yang mempengaruhi terhambatnya edukasi untuk karyawan ini adalah

- Anggaran edukasi yang masih minim
- Belum ada IPCN yang mengikuti TOT PPI sehingga IPCN dalam mengadakan edukasi belum maksimal.

## 5. Penggunaan Antibiotika Rasional

Pelaksanaan pengontrolan antibiotik rasional tahun 2018 belum dapat dilaksanakan , hal ini dikarenakan oleh

### - **Belum ada dokter ahli mikrobiologi**

Dalam pemetaan kuman dibutuhkan tenaga ahli mikrobiologi untuk melakukan pemeriksaan dan menentukan tindak lanjut dari hasil pemetaan kuman tersebut (harus ada dokter ahli Mikrobiologi, dan Instalasi mikrobiologi di rumah sakit). Rencana kedepan bekerja sama dengan dokter dari luar

### - **Belum mempunyai peta kuman**

Pembuatan Pemetaan pola kuman dilakukan oleh dokter ahli mikrobiologi

### - **Belum ada Tim/Komite PPRA**

Tim PPRA di RSUD dr.Loekmono Hadi Kudus terbentuk baru tahun 2019 .

### - **Belum mempunyai pedoman pemakaian antibiotika rasional**

Pembuatan buku pedoman dilakukan setelah ada hasil pemetaan pola kuman, sedangkan saat ini belum mempunyai dokter ahli Mikrobiologi.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. KESIMPULAN**

Infeksi rumah sakit menjadi masalah yang tidak bisa dihindari sehingga di butuhkan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ( PPI ) untuk menjamin keselamatan dan kesehatan pasien, petugas kesehatan dan pengunjung. Fasilitas kesehatan harus membuat suatu rencana kerja tahunan untuk memberikan akses dan mempromosikan cara pelayanan kesehatan yang baik , isolasi yang tepat, tindakan sterilisasi yang benar, praktek pencegahan dan pengendalian infeksi lainnya, pelatihan bagi petugas kesehatan dan surveilans epidemiologi. Menyediakan sarana dan prasarana yang cukup untuk mendukung program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi. Pencegahan resiko bagi pasien, petugas kesehatan, petugas lain serta pengunjung di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan, perlu menjadi kepedulian semua pihak dan semua orang serta harus didukung oleh pihak pimpinan atau manajemen.

#### **B. SARAN**

1. Dukungan penuh dan penyamaan persepsi dari pihak manajemen rumah sakit untuk menunjang pelaksanaan program di Komite PPI.
2. Pelatihan PPI Dasar dan Advance secara internal untuk seluruh staf rumah sakit, bekerjasama dengan nara sumber dari external dan bagian diklat RSUD dr.Loekmono Hadi Kudus
3. Pelatihan TOT untuk IPCN sangat vital sebagai pemandu jalannya edukasi internal untuk staf dan pengunjung di Rumahsakit
4. Perlu penambahan IPCN Purna waktu.
5. Pelaksanaan penekanan resiko infeksi di rumah sakit dengan ICRA
6. Pelaksanaan program dapat dilakukann tindak lanjut ( Pemeriksaan kesehatan karyawan) petugas yang didapati hasil pemeriksaan

yang bermasalah segera dilakukan tindak lanjut untuk menekan/memutus mata rantai penularan sesuai dengan klinis .

Mengetahui  
Ketua Komite PPI



dr. Nadia Nur Lestari, Sp.PA

NIP. 19771027 200604 2 008