

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Rumah Sakit

RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede telah mendapatkan Ijin Tetap Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak dari Dinas Kesehatan Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dengan Nomor Izin 445/2867/IV.2 pada tanggal 31 Mei 2007. Pada 30 September 2014, telah berhasil diperoleh Sertifikat Penetapan Kelas Rumah Sakit dari Kementrian Kesehatan RI sesuai SK Menkes nomor HK 02.03/1/2996/2014 sebagai rumah sakit khusus ibu dan anak tipe C. RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede memiliki 19 ruang rawat inap dengan 48 tempat tidur, Ruang High Care Unit dengan satu tempat tidur, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Bedah Sentral, dan Ruang Bersalin dengan 4 tempat tidur. Rawat Jalan terdiri dari poliklinik umum dan 3 poliklinik spesialis yaitu poliklinik spesialis

anak, poliklinik spesialis obstetrik dan ginekologi, dan poliklinik penyakit dalam.

RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede secara struktural dipimpin oleh seorang Direktur dengan dua Wakil Direktur yaitu Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Wakil Direktur Keuangan dan Umum serta tiga Kepala Bidang dan tiga kepala Bagian. Secara fungsional Direktur Rumah Sakit dibantu oleh 4 Tim. Untuk selanjutnya Struktur Organisasi RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede dapat dilihat di lampiran 1. Jumlah ketenagaan di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede adalah sebanyak 134 pegawai yang terdiri dari 19 orang tenaga medis, 70 orang tenaga paramedis dan 65 orang tenaga non medis.

RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede sudah bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) namun belum pernah menempuh akreditasi rumah sakit. Rencana untuk akreditasi rumah sakit akan dilaksanakan pada kuartal terakhir tahun 2018. RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede telah membentuk Tim

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) sebelumnya, yang dibentuk pada tahun 2015 dalam rangka memenuhi kewajiban rumah sakit dan persiapan akreditasi rumah sakit. Tim PPI telah mengalami dua kali pergantian anggota tim sejak dibentuk pertama kali. Tim PPI yang terakhir direvisi dan disahkan berdasarkan SK Direktur RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Nomor: 74/RS PKUKG/SK-DIR/I/2018 pada tanggal 2 Januari 2018. Tim PPI terdiri dari satu orang IPCD, satu orang IPCN, 7 orang *Infection Prevention Control Link Nurse* (IPCLN), dan anggota lainnya.

Responden yang digunakan dalam penelitian ini adalah orang-orang yang terlibat langsung dalam implementasi program pencegahan dan pengendalian infeksi di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede yaitu IPCD, IPCN, IPCLN berjumlah 3 orang, satu orang anggota tim yang juga menjabat sebagai Ka. Unit Gizi, satu orang Dokter Umum yang menjabat sebagai Kabid. Penunjang Medik, Kepala Ruang IBS, Kepala Ruang Rawat Jalan, Koordinator

Poliklinik Obsgyn, dan Kepala Bagian Umum. Kepala ruangan di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede ditunjuk sebagai IPCLN dan dipilih sebagai responden penelitian ini atas tindak lanjut program yang dibuat oleh Tim PPI atau sebagai perpanjangan tangan PPI di ruangan rawat inap. Selanjutnya, dokter merupakan responden yang setiap hari bersinggungan dengan pasien sehingga terlibat mengenai upaya pengendalian dan pencegahan infeksi dalam aktifitas pekerjaannya. Tim PPI RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede adalah organisasi yang bertanggung jawab terhadap program pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit, oleh karena itu, anggota Tim PPI dipilih menjadi responden dalam penelitian ini.

Karakteristik responden digambarkan melalui jabatan responden baik di Tim PPI maupun di struktur organisasi dan tata kelola RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede, kode responden, latar belakang pendidikan responden dan lamanya dinas di Tim PPI serta pelatihan pencegahan dan

pengendalian infeksi yang pernah diikuti oleh responden dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.1. Karakteristik Responden

No.	Karakteristik	Jumlah	Persentase
1.	Jenis Kelamin		
	• Perempuan	12	100%
	• Laki-Laki	0	0%
2.	Profesi Klinis		
	• Dokter	2	16,67%
	• Perawat	5	41,67%
	• Bidan	3	25%
	• Nutritionist	1	8,33%
	• Non-Medis	1	8,33%
3.	Latar Belakang Pendidikan		
	• SD	0	0
	• SMP	0	0
	• SMA	0	0
	• Diploma	9	75%
	• S1	3	25%
4.	Jabatan		
	• IPCD	1	8,33%
	• IPCN	1	8,33%
	• IPCLN	3	25%
	• Sekretaris Tim PPI	1	8,33%
	• Anggota Tim PPI	1	8,33%
	• Non Anggota Tim PPI	5	41,67%

No.	Karakteristik	Jumlah	Persentase
5.	Lama Kerja di Rumah Sakit		
	• < 1 Tahun	0	0%
	• 1-5 Tahun	1	8,33%
	• > 5 Tahun	11	91,67%
6.	Lama Menjabat Di Tim PPI		
	• < 6 Bulan	0	0
	• 6 Bulan – 1 Tahun	1	14,29%
	• > 1 Tahun	6	85,71%

Sumber : Data Kesekretariatan RSKIA PKU Muhammadiyah Tahun 2018

2. Hasil Penelitian Observasi

Hasil Telusur/ *Survey* Implementasi Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede berdasarkan Standar Nasional Akreditasi (SNARS) Edisi I dijabarkan pada tabel 4.2. Berdasarkan hasil penelusuran, skor untuk PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede adalah 39,8%.

Tabel 4.2. Hasil Telusur/ Survey Implementasi PPI

No	Keterangan	Skor	%
A. Kepemimpinan dan Tata Kelola			
1.	Standar PPI 1	15	50
2.	Standar PPI 2	15	50
B. Sumber Daya			
3.	Standar PPI 3	10	50
4.	Standar PPI 4	10	25
C. Tujuan Program PPI			
5.	Standar PPI 5	10	25
6.	Standar PPI 6	10	25
7.	Standar PPI 6.1	15	50
8.	Standar PPI 6.2	0	0
D. Peralatan Medis dan Alat Kesehatan Habis Pakai			
9.	Standar PPI 7	0	0
10.	Standar PPI 7.1	10	16,67
11.	Standar PPI 7.2	15	37,5
13.	Standar PPI 7.2.1	15	75
14.	Standar PPI 7.3	15	75
15.	Standar PPI 7.3.1	20	50
E. Limbah Infeksius			
16.	Standar PPI 7.4	50	62,5
17.	Standar PPI 7.4.1	TDD	
18.	Standar PPI 7.5	50	83,33
F. Pelayanan Makanan			
19.	Standar PPI 7.6	25	62,5
G. Risiko Konstruksi			
20.	Standar PPI 7.7	0	0

No	Keterangan	Skor	%
21.	Standar PPI 7.7.1	0	0
H. Transmisi Infeksi			
22.	Standar PPI 8	15	50
23.	Standar PPI 8.1	10	20
24.	Standar PPI 8.2	10	16,67
25.	Standar PPI 8.3	0	0
26.	Standar PPI 9	35	87,5
27.	Standar PPI 9.1	30	75
I. Peningkatan Mutu dan Program Edukasi			
28.	Standar PPI 10	20	50
29.	Standar PPI 11	20	40
Skor Akumulatif			39,8

Dari keseluruhan standar, masih ditemukan 5 standar yang memiliki skor “0”. Standar tersebut adalah : Standar PPI 6.2, Standar PPI 7, Standar PPI 7.7, Standar PPI 7.7.1, Standar PPI 8.3.

3. Hasil Wawancara mengenai Implementasi Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede

Hal yang ingin diketahui dalam wawancara adalah bagaimana implementasi Pencegahan dan pengendalian infeksi di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede dengan mempertimbangkan aspek permasalahan atau konflik dari sudut pandang manajerial dan komitmen anggota.

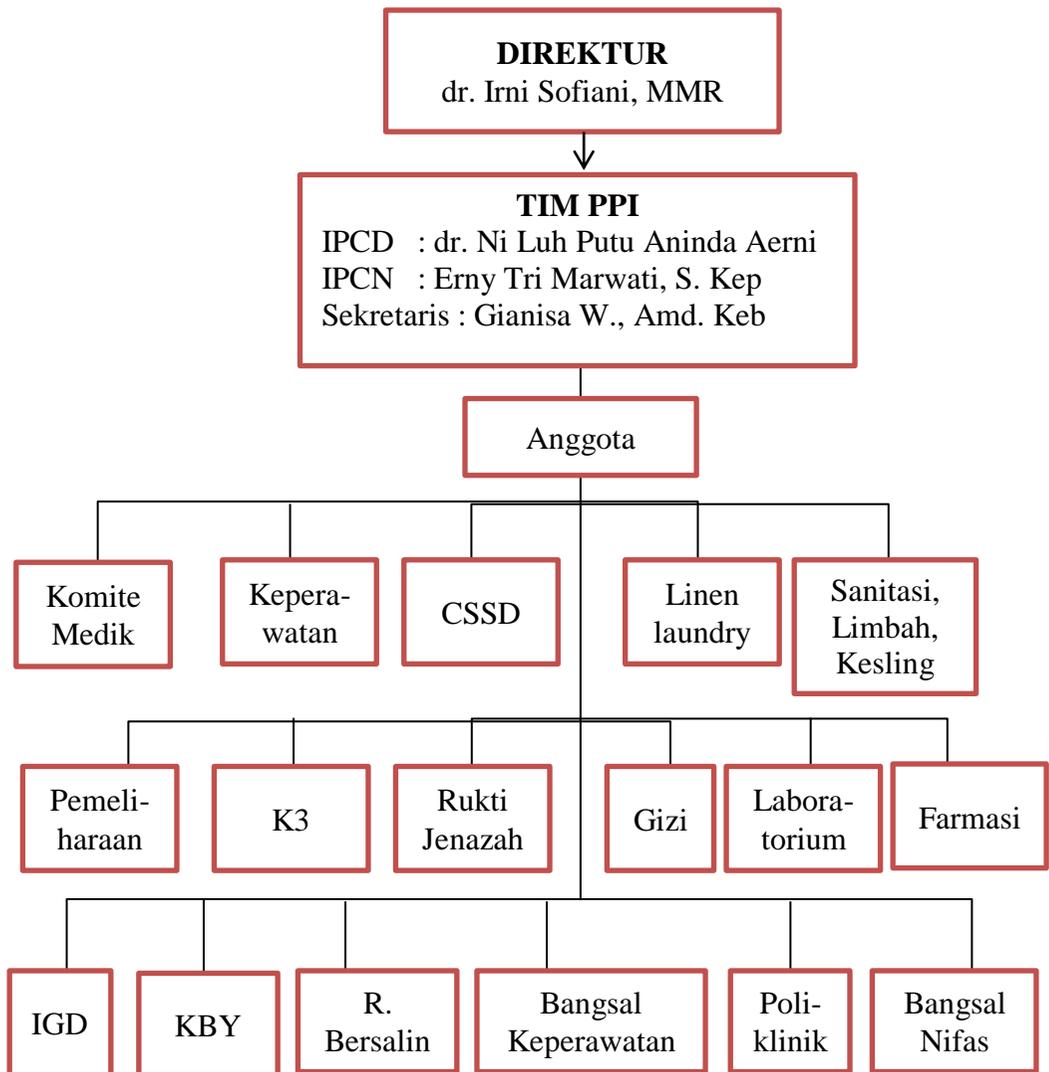
a) Manajemen

Dalam penelitian ini untuk mengetahui gambaran manajemen dilihat dari komitmen pimpinan yang didapatkan dari wawancara dan hasil survey berdasarkan instrumen penilaian SNARS Edisi I. Saat wawancara, peneliti menanyakan beberapa informasi kepada responden mengenai prioritas dan peran monitoring evaluasi dari Pimpinan terhadap PPI di rumah sakit. Kemudian gambaran dukungan sarana dan prasarana, sumber daya manusia, dan anggaran di tim

PPI RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede didapatkan dari survey implementasi SNARS Edisi I. Dari seluruh pertanyaan wawancara dan hasil survey (penelusuran), maka gambaran manajemen dikelompokkan menjadi : komitmen, kepemimpinan, komunikasi dan kerjasama dalam pelaksanaan PPI.

1) Komitmen Pimpinan

Implementasi program pencegahan dan pengendalian infeksi agar terlaksana perlu dukungan manajemen khususnya direktur sebagai pimpinan tertinggi di rumah sakit. Dukungan awal yaitu dengan membentuk Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi. Dukungan awal ini sudah ada di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede sejak tahun 2015 dimana mulai dibentuk Tim PPI. Adapun bentuk struktur organisasi Tim PPI saat ini adalah :



Gambar 4.1 Struktur Organisasi dan Tata Hubungan Kerja

Tim PPI RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede

Sumber : Pedoman Pengorganisasian Tim PPI PPI RSKIA PKU

Muhammadiyah Kotagede

Bentuk dukungan berikutnya untuk mengetahui gambaran komitmen pimpinan, peneliti menanyakan beberapa informasi kepada responden mengenai sarana dan prasarana, sumber daya manusia, dan anggaran di Tim PPI terkait pemenuhan fasilitas. Dari wawancara mendalam didapatkan bahwa dalam hal pemenuhan fasilitas dan penganggaran PPI dukungan pimpinan kurang didapatkan.

Tabel 4.3. Matrix Wawancara Mengenai Komitmen Pimpinan Rumah Sakit terhadap Program PPI

	Subtema	Tema
Komitmen Pimpinan Rumah Sakit terhadap Program PPI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prioritas Pimpinan antara lain : <ul style="list-style-type: none"> - Memperluas pelayanan. - Standarisasi Rumah Sakit - Peningkatan Mutu SDM ▪ Tidak ada prioritas. ▪ Komiten Pimpinan terhadap PPI dinilai kurang. ▪ Tidak ada komitmen dari pimpinan. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komitmen Pimpinan Rumah Sakit terhadap Program PPI kurang, dinilai dari : <ul style="list-style-type: none"> - Prioritas Pimpinan tidak diketahui dengan jelas oleh anggota dan non anggota PPI. - Komitmen dan dukungan terhadap pelaksanaan PPI

Subtema	Tema
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kurangnya dukungan terhadap pelaksanaan PPI. ▪ Kurangnya komitmen karena adanya hambatan dari manajemen terhadap program PPI 	<p>masih kurang.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kurangnya komitmen dikarenakan adanya hambatan di level manajerial.

Dukungan manajemen yang sudah terintegrasi yaitu anggaran dan sumber daya manusia berupa penyediaan anggaran atau dana untuk kegiatan pendidikan dan pelatihan (diklat) di luar rumah sakit guna membentuk Tim PPI.

Tabel 4.4 Anggota Tim PPI yang Memiliki Sertifikat PPI dari Pendidikan dan Pelatihan di luar Rumah Sakit

No	Sertifikat PPI	Jumlah	%
1.	Punya	2	18,18
2.	Tidak Punya	9	81,82
Total		11	100

Sumber : Data Diklat RSKIA PKU Muhammadiyah Tahun 2018

Daftar pelatihan dan pendidikan di luar rumah sakit dijabarkan pada tabel di bawah ini :

Tabel 4.5 Daftar *Exhouse Training* PPI

No	Nama Pelatihan	Jumlah	Tahun
1.	PPI Lanjutan	1	2015
2.	IPCN (dari PPNI)	1	2016
3.	PPI Dasar	1	2017
Total		2	

Sumber : Data Diklat RSKIA PKU Muhammadiyah
Tahun 2018

Sedangkan untuk pendidikan dan pelatihan yang dilakukan di dalam rumah sakit (*inhouse training*) terhadap seluruh karyawan terkait PPI dasar terakhir kali dilakukan tahun 2015. Sampai saat ini belum ditemukan dalam dokumen program PPI terkait perencanaan *inhouse training* PPI dasar.

2) Kepemimpinan

Kepemimpinan berarti kemampuan untuk mempengaruhi orang lain atau grup dalam rangka mencapai tujuan organisasi tersebut (Stoner, 1995; Philpot, 1994).

Tabel 4.6. Matrix Wawancara Mengenai Kepemimpinan

	Subtema	Tema
Kepemimpinan di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tidak ada pengaruh dari pimpinan. ▪ Kurangnya perhatian terhadap pelaksanaan PPI terkait kualitas SDM Tim PPI ▪ Pimpinan kurang proaktif dalam PPI ▪ Kurangnya perhatian dan monitoring dari Pimpinan terkait PPI di rumah sakit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kepemimpinan dilihat dari Pengaruh Pimpinan dimana di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede masih kurang antara lain terkait : <ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan kualitas SDM - Kontinuitas dan monitoring PPI - Keterlibatan pimpinan yang kurang proaktif

3) Komunikasi dan Kerjasama Pelaksanaan PPI

Sosialisasi, pertemuan rutin yang telah disepakati bersama, pertemuan antara pimpinan dengan bawahan dan laporan yang memuat

kegiatan-kegiatan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan kegiatan komunikasi yang dapat dilakukan untuk menunjang keberhasilan PPI di RS. Berdasarkan data yang diperoleh dari IPCN, sosialisasi rutin dilaksanakan pada saat pertemuan rutin karyawan setiap akhir bulan dan pada saat orientasi karyawan baru. Akan tetapi, peneliti belum menemukan bukti terkait laporan pertemuan rutin dari Tim PPI kepada Direktur. Laporan hanya dicatat oleh IPCN sendiri kemudian diakumulasikan namun tidak sampai untuk dilaporkan kepada Ketua Tim PPI dan Direktur. Keberlangsungan pertemuan rutin antar anggota PPI dapat dilihat pada Tabel 4.7.

Kerjasama yang terjalin baik antara Pimpinan dengan Tim PPI atau pun antar Tim PPI itu sendiri masih belum optimal. Hal ini tampak pada wawancara bahwa anggota Tim PPI tidak tahu

bagaimana pertemuan rutin tersebut berlangsung dan bahasan dalam pertemuan tersebut. Tanggung jawab dalam melaksanakan peran fungsi, pengawasan kepatuhan petugas, ketersediaan fasilitas dan kebutuhan dalam melaksanakan prosedur sesuai dengan PPI juga hanya diperankan oleh Tim PPI. Tabel di bawah ini menunjukkan jawaban dari wawancara yang dilakukan untuk mengetahui lebih mendalam terkait komunikasi dan kerjasama pelaksanaan PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede.

Tabel 4.7. Matrix Wawancara Mengenai Komunikasi dan Kerjasama Pelaksanaan PPI

	Subtema	Tema
Komunikasi dan Kerjasama Pelaksanaan PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pembahasan dalam pertemuan PPI adalah mengenai program PPI ▪ Tidak tahu karena tidak disiplin datang pada saat pertemuan ▪ Tidak tahu karena 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komunikasi dan kerjasama pelaksanaan PPI kurang baik di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede dilihat dari pembahasan dalam setiap pertemuan, koordinasi berkala, dan pemahaman terhadap penanggungjawab

Subtema	Tema
<p>kurangnya komunikasi antar anggota Tim PPI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pembahasan dalam pertemuan PPI adalah mengenai Pedoman PPI ▪ Pembahasan dalam pertemuan PPI adalah mengenai tugas anggota Tim ▪ Koordinasi antar anggota kurang ▪ Adanya hambatan karena peran ganda (<i>double job</i>) dari anggota PPI ▪ Pertemuan anggota tidak berjalan rutin 	<p>pelaksanaan fungsi pengawasan kepatuhan petugas, ketersediaan fasilitas dan kebutuhan pelaksanaan sesuai prosedur PPI.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pembahasan dalam pertemuan PPI bervariasi. ▪ Pembahasan dalam pertemuan PPI adalah : <ul style="list-style-type: none"> - Program PPI - Pedoman PPI - Tugas anggota Tim PPI ▪ Ketidaktahuan anggota terhadap bahasan dalam setiap pertemuan disebabkan antara lain : <ul style="list-style-type: none"> - Tidak disiplin menghadiri pertemuan - Kurangnya komunikasi antar anggota Tim PPI ▪ Kurangnya koordinasi antar anggota PPI. ▪ Hambatan dalam koordinasi antar anggota
<p>Penanggungjawab pelaksanaan fungsi pengawasan kepatuhan petugas, ketersediaan fasilitas dan kebutuhan pelaksanaan sesuai prosedur PPI adalah :</p>	

Subtema	Tema
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tim PPI ▪ IPCN ▪ Seluruh warga RS ▪ Pimpinan RS 	<p>PPI dikarenakan adanya peran ganda (<i>double job</i>) dari anggota Tim PPI sehingga pertemuan rutin tidak dapat berjalan.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Penanggungjawab pelaksanaan fungsi pengawasan kepatuhan petugas, ketersediaan fasilitas dan kebutuhan pelaksanaan sesuai prosedur PPI terutama oleh Tim PPI, selain itu: Pimpinan RS dan seluruh warga RS.

b) Komitmen Anggota

Dalam penelitian ini untuk mengetahui gambaran komitmen anggota, peneliti menanyakan beberapa informasi kepada responden terkait program kerja PPI serta tugas dan fungsi staf di Tim PPI RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede. Berdasarkan hasil wawancara dengan responden yang merupakan

anggota Tim PPI, tidak semua anggota mengetahui siapa saja yang duduk di struktur organisasi PPI beserta tugas dan tanggung jawabnya di Tim PPI. Program kerja yang telah dibuat oleh PPI belum seluruhnya diketahui dan dipahami oleh anggotanya. Hasil wawancara dikelompokkan menjadi :

1) Organisasi

Dalam wawancara mendalam, informasi yang ingin didapatkan adalah pemahaman anggota Tim PPI terhadap keberadaannya dalam Tim PPI yang diperlukan untuk berhubungan atau berkomunikasi antar anggota dalam kontribusinya memajukan PPI. Tabel di bawah ini menunjukkan bagaimana pengetahuan anggota Tim PPI dan informasi dari responden yang bukan termasuk anggota Tim PPI untuk mengetahui keberlangsungan PPI yang dirasakan sebagai warga rumah sakit.

Tabel 4.8. Matrix Wawancara Mengenai Pemahaman terhadap Struktur dan Keanggotaan Tim PPI

	Subtema	Tema	
Pemahaman terhadap Struktur dan Keanggotaan Tim PPI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anggota Tim PPI mengetahui Struktur organisasi dalam Tim PPI dengan lengkap. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masih ada anggota Tim PPI yang tidak memahami Struktur organisasi dalam Tim PPI. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anggota Tim PPI mengetahui Struktur organisasi dalam Tim PPI hanya sebagian.. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemahaman terhadap keterlibatan unita di RS dalam Keanggotaan Tim PPI masih belum diketahui baik oleh responden. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tidak tahu struktur organisasi Tim PPI. 		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tidak tahu nama anggota Tim PPI di rumah sakit. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pertemuan berkala Tim PPI tidak dihadiri oleh seluruh anggota Tim PPI. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keanggotaan Tim PPI melibatkan seluruh unit di RS 		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tidak semua unit di RS terlibat dalam keanggotaan Tim PPI. 		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tidak semua anggota Tim PPI yang menghadiri 		

Subtema	Tema
pertemuan berkala.	
Tidak mengetahui	
Jumlah anggota	
Tim PPI yang	
menghadiri	
pertemuan berkala	

2) Tanggung jawab

Melalui hasil wawancara mendalam terlihat para responden anggota Tim PPI mengetahui tugas dan tanggung jawab masing-masing. Hal tersebut ditunjukkan pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.9. Matrix Wawancara Mengenai Tanggungjawab Tim PPI di Rumah Sakit

	Subtema	Tema
Tanggungjawab Tim PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede	▪ Sebagian anggota mengetahui posisi jabatan, uraian tugas, dan tanggung jawabnya dalam Tim PPI.	▪ Tanggungjawab anggota tim kurang baik dinilai dari pengetahuannya terhadap posisi jabatan, uraian tugas, dan tanggung jawabnya dalam Tim PPI, tujuan dari PPI, serta
	▪ Sebagian anggota tidak mengetahui posisi jabatan, uraian tugas, dan	

Subtema	Tema
tanggung jawabnya dalam Tim PPI <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tidak ada sosialisasi mengenai uraian tugas. ▪ Pelaksanaan dari tugas Tim PPI di RS kurang maksimal. Tidak mengetahui apa yang sudah dijalankan oleh Tim PPI. 	pelaksanaan pertemuan berkala. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sebagian anggota tidak mengetahui terhadap posisi jabatan, uraian tugas, dan tanggung jawab dalam Tim PPI dikarenakan tidak ada sosialisasi mengenai uraian tugas. ▪ Pelaksanaan Pertemuan berkala Tim PPI tidak dihadiri oleh seluruh anggota Tim PPI. ▪ Pelaksanaan dari tugas Tim PPI di RS kurang maksimal.

3) Program kerja

Menurut Dessler (1997) bahwa salah satu dimensi komitmen adalah identifikasi identitas organisasi, dimana salah satu identitas organisasi

adalah program kerja yang akan dijalankan oleh organisasi tersebut. Oleh karenanya, wawancara mendalam dilakukan dengan memberikan pertanyaan-pertanyaan yang berkisar pada pengenalan anggota terhadap program kerja.

Tabel 4.10. Matrix Wawancara Mengenai Program PPI dan Keterlibatan Anggota dalam Membuat Program Dan Pelaksanaan Program PPI di Rumah Sakit

	Subtema	Tema
Program PPI dan keterlibatan anggota dalam membuat program serta Pelaksanaan Program PPI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hampir semua anggota tidak mengetahui program PPI dengan baik ▪ Sebagian anggota mengetahui Program PPI ▪ Ada anggota yang tidak mengetahui Program PPI dengan detail. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Program kerja PPI tidak diketahui oleh anggota PPI sepenuhnya dan tidak ada keterlibatan dari seluruh anggota PPI dalam menyusun Program

Hasil surveilans yang dibuat oleh IPCN selama tahun 2017 adalah sebagai berikut :

**Tabel 4.11. Hasil Surveilans Infeksi RSKIA PKU
Muhammadiyah Kotagede
Tahun 2017**

NO.	DATA SURVEILANS INFEKSI	JUMLAH	%
A. Hasil Surveilans Infeksi Triwulan (Januari-Maret) Tahun 2017 RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede			
1.	Infeksi Saluran Kemih (ISK)	0	0
2.	Infeksi Plebitis	0	0
3.	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	0	0
B. Hasil Surveilans Infeksi Triwulan (April-Juni) Tahun 2017 RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede			
1.	Infeksi Saluran Kemih (ISK)	0	0
2.	Infeksi Plebitis	0	0
3.	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	0	0
C. Hasil Surveilans Infeksi Triwulan (Juli-September) Tahun 2017 RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede			
1.	Infeksi Saluran Kemih (ISK)	0	0
2.	Infeksi Plebitis	0	0
3.	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	2	2,67%
D. Hasil Surveilans Infeksi Triwulan (Oktober-Desember) Tahun 2017 RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede			
1.	Infeksi Saluran Kemih (ISK)	0	0
2.	Infeksi Plebitis	0	0
3.	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	0	0

Sumber: Data IPCN RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Tahun 2017

B. Pembahasan

Pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya juga merupakan bagian dari penerapan standar pelayanan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya sehingga keberhasilannya dapat ditampilkan untuk kelengkapan akreditasi rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya (Depkes RI, 2008). Undang-undang (UU) Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, bagian ketiga pasal 40 menyatakan bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun, dilakukan oleh suatu lembaga independen baik nasional maupun internasional berdasarkan standar akreditasi yang berlaku. PPI diatur di Bab II Standar Manajemen Rumah Sakit dalam SNARS Edisi I dengan 9 subbab dan 28 Standar (SNARS Edisi I, 2017).

Hasil penelusuran yang dilakukan oleh peneliti didapatkan capaian skor PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede sebesar 39,8%. Angka tersebut masih dibawah 80% sehingga dapat dikatakan tidak lulus sesuai standar akreditasi SNARS

Edisi I. Terdapat beberapa standar dengan skor 0 yang ditunjukkan pada Tabel 4.2. Hasil Telusur/ Survey Implementasi PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede, antara lain :

1. Standar PPI 6.2 : Rumah sakit secara proaktif melakukan asesmen risiko infeksi yang dapat terjadi dan menyusun strategi untuk menurunkan risiko infeksi tersebut.
2. Standar PPI 7: Rumah sakit melaksanakan identifikasi prosedur dan proses asuhan invasif yang berisiko infeksi serta menerapkan strategi untuk menurunkan risiko infeksi.
3. Standar PPI 7.7 : Rumah sakit menurunkan risiko infeksi pada fasilitas yang terkait dengan pengendalian mekanis dan teknis (*mechanical dan engineering controls*).
4. Standar PPI 7.7.1 : Rumah sakit menurunkan risiko infeksi pada saat melakukan pembongkaran, konstruksi, dan renovasi gedung.
5. Standar PPI 8.3 : Rumah sakit mengembangkan dan menerapkan sebuah proses untuk menangani lonjakan mendadak (*outbreak*) penyakit infeksi *air borne*.

Berdasarkan hal tersebut dapat dikatakan bahwa kekurangan yang ada dalam standar adalah terkait manajemen risiko infeksi. Pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit merupakan program yang perlu di dukung oleh rumah sakit. Dalam mengidentifikasi masalah infeksi perlu dianalisis manajemen risiko berkaitan dengan infeksi di rumah sakit terlebih dahulu. Manajemen risiko adalah dasar untuk mencegah dan mengurangi bahaya yang timbul dari HAIs (*National Health and Medical Research Council, 2010*). *Hospital National Patient Safety Goals* berdasarkan *Joint Commussion International (2017)* bahwa pencapaian keselamatan pasien adalah pencegahan infeksi. Salah upaya untuk pencegahan infeksi di rumah sakit dengan menggunakan ICRA (*Infection Control Risk Assessment*).

Evaluasi implementasi lebih lanjut dikelompokkan berdasarkan sub-bab dalam PPI sebagai berikut :

1. Kepemimpinan dan Tata Kelola

RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede membentuk Tim PPI yang baru pada Januari 2017 yang sebelumnya berbentuk Komite PPI. Peralihan dalam bentuk Tim ini

diputuskan dengan pertimbangan untuk perampingan organisasi mengingat jumlah SDM yang terbatas. Secara struktur organisasi yang ada saat ini masih belum sesuai bila mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Dengan kapasitas tempat tidur dibawah seratus, maka di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede cukup untuk membentuk Tim PPI di bawah direktur rumah sakit langsung. Keanggotaan Tim PPI yang diperlukan adalah Ketua, IPCD, IPCN, dan anggota lain yang mewakili unit terkait program PPI. Secara fungsional Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagee berada dibawah Direktur Rumah Sakit. Hal ini menunjukkan adanya komitmen dari Direktur terhadap PPI sehingga dibentuk Tim PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede. Ketua Tim PPI saat ini adalah seorang dokter kontrak yang ditunjuk dan sudah pernah mendapat pendidikan dan

pelatihan mengenai PPI, semua dokter spesialis merupakan konsulen untuk kelancaran pelaksanaan tugas. Tim ini mempunyai satu orang IPCN (*Infection Prevention and Control Nurse*) yang masih belum sepenuhnya purna waktu karena merangkap sebagai Kepala Bidang Keperawatan dan Ketua Tim Keperawatan. IPCN tersebut sudah pernah mendapat pendidikan dan pelatihan tentang PPI Lanjutan. Keanggotaan lain di struktur organisasi yang ada saat ini secara fungsional hanya melibatkan perawat, bidan, dan gizi sehingga kurang melibatkan unit lain yang di lapangannya terlibat dalam sebelas komponen utama yang harus dilaksanakan dan dipatuhi dalam kewaspadaan standar seperti bagian linen, CSSD, dan farmasi. Berdasarkan telusur, dalam SK Tim PPI Struktur Organisasi Tim PPI memiliki anggota yang berasal dari bagian lain selain perawat, bidan, dan gizi. Ketidakterlibatan anggota tersebut dikarenakan tidak adanya sosialisasi penunjukkan dan uraian jabatan sehingga yang seharusnya menjadi anggota merasa tidak memiliki tanggung jawab terhadap Tim PPI. Unit lain yang tidak dilibatkan

dalam struktur organisasi adalah kamar operasi. Perlu diketahui bahwa keberhasilan program PPI di Rumah Sakit perlu keterlibatan lintas profesional, Klinis, Perawat, Laboratorium, K3L, Farmasi, Gizi, IPSRS, Sanitasi dan *House Keeping* sehingga perlu wadah berupa Komite PPI. Pada pelaksanaannya, antar anggota Komite PPI saling bekerja sama dan tidak lepas dari dukungan dari manajerial terhadap program PPI agar program berjalan dengan baik. Bila Program PPI ini terlaksana dengan baik maka mutu pelayanan Rumah Sakit akan terjamin baik (Depkes RI, 2008).

Kekurangan yang lain terkait kepemimpinan dan tata kelola adalah mengenai regulasi organisasi Tim PPI yang tidak dilengkapi dengan uraian tugasnya berikut penunjukkan anggotanya yang belum tersosialisasikan seperti yang telah dipaparkan sebelumnya, sehingga pada saat wawancara mendalam masih ditemukan anggota yang tidak paham terkait tugasnya terutama IPCLN. Dari seluruh responden yang ikut menjadi anggota PPI, hanya tiga orang (42,86%) yang dapat

menjawab pertanyaan dengan lengkap sedangkan yang lainnya tidak tahu sama sekali. Responden yang mengetahui struktur organisasi Tim PPI di rumah sakit dengan baik menyatakan bahwa struktur memang sudah ada akan tetapi tidak terlihat hubungan koordinasi atau hubungan fungsional dengan atasannya sehingga kerjasama yang terjalin tidak optimal. Menurut Perdalin (2015), faktor – faktor keberhasilan program pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit meliputi : adanya dukungan manajemen, struktur organisasi, peran dan fungsi IPCN (Infection Prevention and Control Nurse), otoritas tim PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi), tersedia fasilitas, adanya komitmen individu untuk sadar, peduli dan bertanggungjawab untuk mencegah infeksi. Dengan menganalisa faktor – faktor tersebut diharapkan dapat mengetahui permasalahan sehingga dapat diperoleh pemecahan permasalahan.

Dalam wawancara mendalam yang telah dilakukan, para responden anggota Tim PPI yang menilai pimpinan rumah sakit menunjukkan komitmen terhadap pelaksanaan program

PPI hanya ada dua orang (28,5%), hampir seluruhnya menyatakan kurangnya perhatian dari pimpinan terhadap program PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede. Hal serupa juga ditunjukkan pada wawancara mendalam terkait prioritas pimpinan. Prioritas mencerminkan pentingnya sebuah kegiatan bagi unit kerja organisasi (Siagian, 2008).

Untuk menjalankan organisasi pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial membutuhkan interaksi, koordinasi, kesadaran dan minat antar disiplin ilmu dan didukung oleh manajemen yang handal. Sistem pencegahan infeksi nosokomial merupakan bagian dari manajemen mutu rumah sakit. Tahap awal yang dapat dilakukan adalah dengan memasukkan program pengendalian infeksi nosokomial sebagai salah satu program prioritas rumah sakit dan demi kelancaran pelaksanaan program ini dibutuhkan dukungan sumber daya manusia dan sarana- prasarana yang dibutuhkan (Subandrio, 1994 dikutip Nugraha, 1996).

Menurut Wijaya (2012), komitmen dapat ditingkatkan dengan mengembangkan sistem monitoring peningkatan

kinerja, dan pemahaman terhadap nilai dan tujuan rumah sakit untuk menjaga kesesuaian antara visi dan misi. Tugas direktur yaitu bertanggungjawab dan memiliki komitmen yang tinggi terhadap penyelenggaraan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi, mengadakan evaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial berdasarkan saran dari tim PPI (Permenkes RI, 2017).

2. Sumber Daya

Dalam Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Permenkes RI,2017), dukungan untuk keberhasilan pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi adalah penyediaan anggaran atau dana untuk kegiatan pendidikan dan pelatihan. Tim pencegahan dan pengendalian infeksi wajib mengikuti pendidikan dan pelatihan PPI dasar dan lanjut dan memperoleh sertifikat PPI serta mengembangkan diri dengan mengikuti seminar, lokakarya serta mendapat bimbingan teknis berkesinambungan. Sehingga kriteria sebagai ketua,

sekretaris, anggota dapat terpenuhi sebagai sumber daya yang *capable*.

Tim PPI telah dibentuk di RSKIA PKU Muhammadiyah dan mengalami restrukturisasi sebanyak 2 kali. Pada awal tahun 2017 terdapat peralihan IPCD dari dokter yang sebelumnya yang putus kontrak sehingga rumah sakit harus melakukan penunjukkan IPCD baru dan memberangkatkan pelatihan PPI. Hal ini dapat dikatakan ada dukungan dari pimpinan dan manajemen agar kegiatan PPI di rumah sakit agar tetap berjalan.

Sumber daya manusia merupakan salah satu faktor yang sangat penting bahkan tidak dapat dilepaskan dari sebuah organisasi, baik institusi maupun perusahaan. Dari seluruh anggota Tim PPI, hanya dua anggota (18,18%) saja yang mendapat pendidikan dan pelatihan PPI yang resmi dari luar rumah sakit (*exhouse training*). Persentase tersebut masih belum memenuhi Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) RI (2008), menetapkan standar untuk indikator

PPI terkait ada anggota tim PPI yang terlatih adalah sebesar 75% dari keseluruhan. Sedangkan pelatihan internal terkait PPI Dasar untuk seluruh karyawan terakhir diadakan pada tahun 2015 dan berdasarkan data diklat RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede sampai saat ini belum ada program pelatihan PPI Dasar untuk seluruh karyawan.

Wawancara mendalam dengan dua responden yang berasal dari IPCD dan IPCN mengatakan bahwa bahwa Staf di Tim PPI belum dapat melakukan tugas sesuai *jobdesk* masing-masing. Kendala yang dihadapi menurut responden yang menjadi anggota Tim PPI adalah bahwa mereka belum menerima SK penunjukkan dan uraian jabatan dari manajemen sehingga tidak mengetahui apa yang menjadi tanggung jawab dan tugas yang semestinya dilakukan. Selain hal tersebut juga ditemukan beberapa hal yang membuat pelaksanaan PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede tidak berjalan dengan baik yaitu belum optimalnya pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan pelaporan serta kurangnya keterlibatan beberapa anggota terhadap

keberlangsungan PPI. Berdasarkan hasil temuan tersebut, menandakan bahwa tim PPI perlu ditambahkan kuantitasnya berdasarkan kualifikasi. Secara kualitas, SDM pelaksana program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede masih belum semua diikutsertakan dalam pelatihan PPI dasar. Hasil penelitian oleh Duerink *et al.* (2006) di salah satu rumah sakit pendidikan di Indonesia menemukan bahwa mencuci tangan yang sesuai dengan prosedur meningkat secara signifikan dengan proyek intervensi yang berfokus pada pendidikan dan perbaikan fasilitas rumah sakit.

Rumah sakit bertanggung jawab terhadap komite pengendalian infeksi dalam mengidentifikasi sumber daya program pencegahan infeksi, memberikan pendidikan dan pelatihan staf tentang program pengendalian infeksi seperti teknik sterilisasi, mewajibkan staf (perawat, laboratorium, petugas kebersihan) untuk tetap menjaga kebersihan rumah sakit, melakukan evaluasi berkala terhadap efektivitas dan tindakan pengendalian infeksi, memfasilitasi dan mendukung

tindakan pengendalian infeksi, serta turut berpartisipasi dalam penelusuran terjadinya infeksi (WHO, 2002).

Anggaran yang disediakan oleh RS untuk Tim PPI tidak disebutkan dan dokumen tidak bisa diakses, sehingga peneliti hanya melakukan wawancara mendalam kepada responden mengenai dukungan anggaran dari manajemen, yang menyatakan bahwa penganggaran khusus untuk Program PPI belum terklasifikasi secara khusus. Beberapa sudah dianggarkan rutin seperti pembelian *hand rub*, *hand sanitizer*, tisu, dan sarung tangan. Penganggaran belum bisa mencakup keseluruhan program PPI. Disisi lain, RKA yang diajukan dari PPI belum dibuat sehingga menjadi kendala dalam pengajuan dan pembuatan program kerja PPI. Saat ini anggaran rumah sakit diprioritaskan kepada perbaikan gedung, ruangan rawat inap dan pengadaan peralatan medis. Menurut Annur (2011), proses penyusunan RKA adalah langkah awal dari pelaksanaan program kerja yang telah disusun, perhitungan saat ini dapat dijadikan tolak ukur

apakah dalam tahun yang akan datang pelaksanaan program kerja dapat dilaksanakan dengan baik.

Adapun inti dari kondisi dan permasalahan dari Tim PPI RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede berdasarkan hasil wawancara peneliti yang di dapat dari anggota tim PPI adalah sebagai berikut :

- a. Struktur tim PPI sudah ada, namun tugas dari PPI belum optimal karena tidak memahami uraian tugas, fungsi dan tanggung jawab;
 - b. Kegiatan monitoring dan evaluasi program PPI belum berjalan dengan optimal karena program yang disusun belum seneuhnya disepakati oleh seluruh anggota;
 - c. Kurangnya sosialisasi kebijakan tentang pedoman manajerial dan pelaksanaan PPI kepada anggota komite;
 - d. Anggota Tim PPI belum semua mengikuti pelatihan dan pendidikan tentang PPI.
3. Tujuan Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Hasil wawancara peneliti dengan responden didapatkan bahwa Pelaksanaan PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah

Kotagede mulai berjalan sejak dua tahun ini. Sampai saat ini belum terdapat ruang Tim PPI tersendiri, dan petugas PPI yang purna waktu. Sarana dan prasarana belum memenuhi standar yang ditetapkan dan beberapa unit sedang dalam tahap perbaikan sesuai dengan standar PPI seperti CSSD, gudang farmasi, dan Linen *Laundry*. Selain itu, program PPI belum mencakup semua aspek RS karena belum adanya anggaran yang mendukung sepenuhnya terhadap program PPI dan monitoring yang belum dijalankan secara optimal oleh pimpinan. Sejalan dengan penelitian Nelwan, Mandagi, dan Boky (2017) di RSUP Rataatok Buyat menunjukkan bahwa dari segi kualitas, sarana prasarana dan fasilitas program PPI masih memadai, namun dari segi kecukupan program masih menemui kendala. Keterlambatan penyediaan sarana setelah ditelusuri melalui wawancara mendalam sering disebabkan oleh pihak-pihak yang terlibat, baik kesalahan pihak manajemen yang tidak memproses permintaan tepat waktu, pihak distributor penyedia yang terlambat menyediakan akibat jarak yang jauh serta sedikitnya jumlah permintaan,

juga kesalahan pihak komite PPI yang terlambat mengusulkan permintaan kepada pihak manajemen.

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden yang merupakan IPCN mengetahui program kerja yang telah dibuat oleh PPI tetapi belum berjalan karena program kerja tersebut belum ditetapkan dan disepakati oleh Tim PPI, hal ini disebabkan oleh kurangnya SDM di bagian Tim PPI sendiri. Namun empat orang responden yang merupakan kepala ruangan yang sekaligus menjadi IPCLN tidak mengetahui dengan benar apa saja program-program yang telah dibuat Tim PPI hal ini menunjukkan bahwa orang yang diberi tanggung jawab sebagai IPCLN tidak paham tugas dan fungsinya atau tidak berjalannya sosialisasi terkait penunjukkan Tim PPI. Pada saat penelusuran ditemukan *file* Program Kerja PPI RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede namun masih dalam bentuk *draft* dan belum disahkan. Program kerja merupakan petunjuk sekaligus acuan dimana anggotanya harus mencapai semua yang tertuang di dalam program tersebut untuk dinilai keberhasilannya dalam

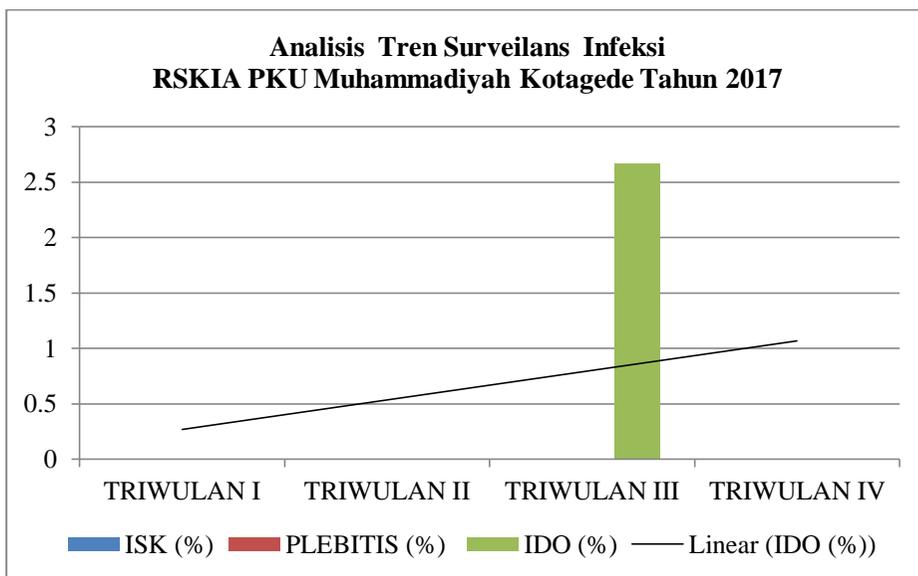
menjalankan organisasi. Menurut Depkes RI (2008), program PPI yang terlaksana dengan baik maka mutu pelayanan Rumah Sakit akan terjamin baik.

Selama penelusuran, ditemukan adanya Panduan Surveilans Infeksi RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede. Namun dalam panduan tersebut belum ditemukan bahwa rumah sakit dalam menetapkan program menggunakan pendekatan berdasar atas risiko. Pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit merupakan program yang perlu didukung oleh rumah sakit. Dalam mengidentifikasi masalah infeksi perlu dianalisis manajemen risiko berkaitan dengan infeksi di rumah sakit terlebih dahulu. Manajemen risiko adalah dasar untuk mencegah dan mengurangi I bahaya yang timbul dari HAIs (*National Health and Medical Research Council, 2010*). *Hospital National Patient Safety Goals* berdasarkan *Joint Commussion International (2017)* bahwa pencapaian keselamatan pasien adalah pencegahan infeksi. Salah satu upaya pencegahan infeksi di rumah sakit

dengan menerapkan ICRA (*Infection Control Risk Assessment*).

Dalam wawancara terhadap IPCN menyatakan bahwa Tim PPI kesulitan dalam membuat panduan karena kurangnya kontribusi dari anggota untuk diajak bekerja menyusun panduan yang disebabkan peran ganda yang diberikan kepada anggota Tim PPI. Sebagai contoh, kepala ruang IGD merangkap sebagai IPCLN, PIC, dan diberi tanggung jawab sebagai koordinator kelompok kerja Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK) dalam akreditasi.

Data surveilans infeksi RSKIA PKU Muhammadiyah dikumpulkan dan dibuat hanya oleh IPCN dalam bentuk laporan triwulan. Data yang didapatkan baru tercatat di tahun 2017. Perincian data yang diperoleh yaitu angka kejadian ISK (Infeksi Saluran Kemih) sebanyak 0 %, Plebitis 0 %, dan IDO (Infeksi Daerah Operasi) sebanyak 2,67% (Tim PPI, 2017). Dari data tersebut peneliti membuat grafik untuk mengetahui tren kejadian HAI's di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede.



**Gambar 4.2. Grafik Analisis Tren Surveilans Infeksi RSKIA
PKU Muhammadiyah Kotagede Tahun 2017**

Dalam grafik *trendline* menunjukkan kasus IDO digambarkan dengan tren yang meningkat sehingga menjadi kewaspadaan dan evaluasi tersendiri bagi Tim PPI. Kasus IDO muncul pada triwulan ke III dimana pada periode sebelumnya di tahun 2017 tidak tercatat ada kejadian IDO di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan yang bermakna untuk kejadian HAIs terkait IDO sehingga dapat dikatakan terjadi *outbreak* HAIs pada periode tersebut. Untuk dapat dikatakan

outbreak/ epidemi, jumlah kasus tidak harus luar biasa banyak dalam arti absolut, melainkan luar biasa banyak dalam arti relatif, ketika dibandingkan dengan insidensi biasa pada masa yang lalu, disebut tingkat endemis (Greenberg et al., 2005). Segelintir kasus bisa merupakan epidemi jika muncul pada kelompok, tempat, dan waktu yang tidak biasa. Ditemukannya dua kasus penyakit yang telah lama absen (misalnya, variola), atau pertama kali invasi di suatu populasi dan wilayah (misalnya, HIV/AIDS), dapat dikatakan epidemi, dan otoritas kesehatan dapat mulai melakukan penyelidikan dan pengendalian terhadap epidemi itu (Last, 2001). Namun hal tersebut perlu dievaluasi lagi terhadap sistem pencatatan pelaporan dan pemahaman petugas mengenai HAIs terutama IDO. Selama observasi, masih ditemukan petugas yang tidak paham mengenai HAIs, bagaimana pencatatan dan pelaporannya sehingga bisa jadi hasil yang didapatkan dalam pencatatan dan pelaporan adalah bergantung pada petugas yang berjaga.

Tugas Komite PPI terkait *outbreak* menurut Permenkes (2017) adalah :

- a. Melakukan investigasi masalah atau kejadian luar biasa HAIs (*Healthcare Associated Infections*).
- b. Melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Hasil pelaksanaan surveilans merupakan dasar untuk melakukan perencanaan lebih lanjut. Jika terjadi peningkatan infeksi yang signifikan yang dapat dikategorikan kejadian luar biasa, maka perlu dilakukan upaya penanggulangan kejadian luar biasa.

Dengan demikian seharusnya Tim PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede melakukan investigasi terkait *outbreak* tersebut dan menganalisisnya dengan metode *Root Case Analyze* (RCA) sesuai Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP).

Keberhasilan program pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit ditunjukkan dengan perilaku petugas

dalam memberikan pelayanan kesehatan yang paling utama adalah perawat karena perawat merupakan petugas yang paling sering kontak dengan pasien (Al'amri, 2017). Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan bertujuan untuk melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung yang menerima pelayanan kesehatan serta masyarakat dalam lingkungannya dengan cara memutus siklus penularan penyakit infeksi melalui kewaspadaan standar dan berdasarkan transmisi. Bagi pasien yang memerlukan isolasi, maka akan diterapkan kewaspadaan isolasi yang terdiri dari kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasarkan transmisi (Permenkes RI No. 27 Tahun 2017).

Hasil penelusuran lebih lanjut terkait tujuh program PPI berdasarkan SNARS Edisi I (2017) yang teramati selama penelitian adalah kebersihan tangan termasuk penggunaan APD dan Surveilans Infeksi.

a. Kebersihan Tangan

Berdasarkan pengamatan langsung di ruang rawat inap RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede terhadap petugas kesehatan di lapangan yaitu masih dijumpai perawat yang belum mempunyai kesadaran untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, tidak menggunakan menggunakan APD seperti sarung tangan saat melakukan tindakan keperawatan, dan kepatuhan terhadap SPO masih rendah. Beberapa alasan yang dikemukakan sebagai faktor penyebab adalah terbatasnya ketersediaan sarana dan prasarana di setiap unit rumah sakit. Hal tersebut tampak di Ruang Nifas dimana di ruang jaga bidan tidak tersedia wastafel, sehingga petugas harus cuci tangan di kamar mandi yang letaknya jauh dari ruang jaga atau harus cuci tangan di IGD sebagai bangunan terdekat dari Ruang Nifas di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede. Selain itu, alasan lain yang dikemukakan petugas adalah tidak cukup waktu untuk cuci tangan karena waktu yang dibutuhkan untuk

melaksanakan cuci tangan adalah 20-30 detik sedangkan petugas belum tentu hafal terkait enam langkah cuci tangan. Kebiasaan cuci tangan petugas merupakan perilaku mendasar sekali dalam upaya mencegah *cross infection* (infeksi silang). Cuci tangan adalah cara sederhana pencegahan infeksi yang penting dilakukan pada saat sebelum dan sesudah melakukan kegiatan. Cuci tangan merupakan proses secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan sabun dan air (Kemenkes RI, 2011).

Sosialisasi yang diberikan Tim PPI kepada petugas kesehatan dan seluruh staf masih cukup rutin dilaksanakan, hal ini dikuatkan dengan pernyataan responden bukan anggota PPI yang menilai bahwa sosialisasi sering dilakukan pada saat rapat rutin karyawan setiap tanggal 25 setiap bulannya. Setiap responden dalam wawancara mendalam menyatakan bahwa informasi pencegahan dan pengendalian infeksi belum turut diberikan kepada pasien, keluarga pasien dan pengunjung

rumah sakit. Pasien dan keluarga juga tidak diberitahu bahwa setiap petugas yang akan melakukan tindakan pada pasien wajib melakukan tindakan *five moment of hand hygiene* (lima saat mencuci tangan) sehingga pasien dapat pula mengawasi kepatuhan petugas.

Dari hasil pengamatan dokumen hanya ada satu data monitoring kepatuhan petugas dalam melaksanakan kebijakan SPO mencuci tangan dan APD, dimana hasil monitoring tersebut belum dianalisis oleh IPCN sehingga tahap evaluasi terhadap kepatuhan petugas terhadap penggunaan APD tidak terlaksana dengan optimal. Faktor ketidakpatuhan petugas terhadap penggunaan APD di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede dikarenakan tidak adanya sanksi tegas bagi petugas yang tidak melaksanakan kebijakan selain kurangnya pengawasan perawat IPCLN untuk mengontrol petugas di luar shift dinas sehingga perlu dilakukan koordinasi kepada ketua tim perawat di setiap shift jaga. Oleh karena itu ketua tim perawat shift jaga masing-masing ruangan perlu dibekali

pelatihan dan pendidikan serta sosialisasi tentang PPI agar tidak menimbulkan persepsi yang berbeda tentang pengawasan dan pelaksanaan PPI di rumah sakit. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rikayanti K, Arta KS (2013) mengenai tingkat pengetahuan tenaga kesehatan tentang mencuci tangan yang baik sebanyak 54 orang (73%) dan tenaga kesehatan yang memiliki tingkat pengetahuan kurang sebanyak 20 orang (27%). Tenaga kesehatan yang memiliki perilaku baik sebanyak 43 orang (58,1%) dan tenaga kesehatan yang memiliki perilaku kurang sebanyak 31 orang (41,9%). Dalam penelitian tersebut tenaga kesehatan yang memiliki tingkat pengetahuan dan perilaku baik terkait mencuci tangan masih di bawah 75%.

b. Surveilans risiko infeksi

Dari hasil penelusuran yang telah dilakukan, didapatkan bahwa pelaksanaan monitoring program PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede belum memiliki mekanisme yang sesuai. Kegiatan monitoring tim PPI

mempersyaratkan adanya pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit dengan frekuensi pengumpulan data setiap hari dan periode analisis setiap satu bulan mengacu pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit (Kepmenkes RI, 2008). Data surveilans infeksi sudah dibuat dalam bentuk triwulan namun laporan baru dibuat dalam bentuk *draft* sejak tahun 2017. Kendala yang dihadapi perawat IPCN yaitu dalam mengumpulkan data di lapangan IPCN sering tidak dibantu IPCLN, selain itu, perawat IPCN sesekali waktu harus bertugas jaga karena SDM perawat di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede masih terbatas. Berdasarkan Permenkes RI (2017) tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan menjelaskan bahwa monitoring dilakukan oleh Komite/Tim PPI dengan frekuensi minimal setiap bulan. Dalam program PPI monitoring dan evaluasi bertujuan untuk mengukur keberhasilan pelaksanaan program dan kepatuhan penerapan oleh petugas serta evaluasi angka

kejadian HAIs melalui pengkajian risiko infeksi/*Infection Control Risk Assesment* (ICRA), audit, dan monitoring dan evaluasi lainnya secara berkala yang dilakukan oleh Komite atau Tim PPI.

4. Peralatan Medis dan Alat Kesehatan Habis Pakai

Maksud dan tujuan PPI 7 dan PPI 7.1 (SNARS Edisi I, 2017) menyatakan bahwa Rumah sakit melakukan asesmen dan memberi asuhan kepada pasien dengan menggunakan banyak proses sederhana maupun kompleks masing-masing dengan tingkatan risiko infeksi terhadap pasien dan staf, misalnya pencampuran obat suntik, pemberian suntikan, terapi cairan, pungsi lumbal, dan sebagainya. Hal ini sangat penting dalam mengukur dan mengkaji proses tersebut serta melaksanakan regulasi, pelatihan, edukasi, dan kegiatan berdasar atas bukti pelaksanaan yang telah dirancang untuk menurunkan risiko infeksi. Berdasarkan hasil penelusuran, belum ditemukan regulasi yang mengatur tentang *dispensing* obat yang dilakukan di ruang rawat inap, prosedur dekontaminasi yang dijelaskan berdasarkan jenis alat, dan

prosedur dekontainasi yang dibuat untuk unit selain CSSD. Selama observasi masih dijumpai bahwa pelaksanaan terkait pengawasan alat dan obat kadaluwarsa masih belum berjalan sesuai prosedur. Masih ada obat yang kadaluwarsa yang tersimpan di salah satu unit pelayanan di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede. Hal ini menandakan bahwa pencatatan dan pelaporan terkait obat kadaluwarsa harus lebih ditingkatkan. Menurut Rohayati (2008), untuk mengatasi agar stok tidak terjadi kadaluwarsa maka dilakukan beberapa cara, yaitu:

- a. Mengganti sistem komputerisasi yang ada dengan yang lebih baik;
- b. Kebijakan tentang *reward and punishment* sebagai langkah meningkatkan kesadaran dan komitmen dalam melakukan tugas dan pekerjaan;
- c. Membuat evaluasi yang berkesinambungan, misalnya evaluasi pelaksanaan prosedur tetap penyimpanan dengan pelaksanaan di lapangan;

- d. Pembinaan, pelatihan, pendidikan untuk meningkatkan kemampuan dan ketrampilan SDM.

Pengelolaan linen di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede di bawah Bagian Umum. Kewenangan, pengaturan dan struktur organisasi unit pengelolaan linen diserahkan sepenuhnya kepada Direktur rumah sakit, disesuaikan dengan kondisi di rumah sakit masing-masing (Pedoman Manajemen Linen Depkes RI, 2004). Kendala yang dihadapi RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede adalah terkait sumber daya manusia dan sarana prasarana di unit linen *laundry*. Pada saat penelusuran didapatkan beberapa SPO terkait pengelolaan linen laundry, secara umum petugas sudah melaksanakan tugasnya sesuai SPO terutama dalam penggunaan APD.

Kondisi ketenagaan di Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak PKU Muhammadiyah Kotagede dijabarkan dalam tabel di bawah ini :

**Tabel 4.12. Tabel Ketenagaan Linen *Laundry* RSKIA
PKU Muhammadiyah Kotagede Tahun 2018**

No.	Jabatan	Keterangan
	Penanggung jawab linen	Sanitarian
	Sanitasi <i>laundry</i>	Dirangkap oleh penang- gung jawab linen
	Perawat <i>laundry</i>	Tidak ada
	Ahli K3 <i>laundry</i>	Dalam koordinasi K3 RS
	Teknisi <i>laundry</i>	Dalam koordinasi IPSRS
	Tenaga pelaksana <i>laundry</i>	2 orang belum mengi- kuti pelatihan <i>laundry</i>

Sumber: Pedoman Pelayanan Linen Laundry RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede

Berdasarkan data tersebut, maka masih terdapat kekurangan SDM di unit Linen Laundry, diantaranya: Ahli Manajemen, tenaga perawat, dan tenaga *Quality Control*. Dari segi sarana dan prasarna unit linen *laundry* masih belum memenuhi standar, diantaranya : ruang pemisahan linen, ruang dekontaminasi, gudang bahan kimia, dan tempat penyimpanan linen. Sehingga sistem penyimpana linen di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede menggunakan sistem desentralisasi, dimana linen yang sudah selesai langsung didistribusikan ke ruangan. Dalam penelusuran dokumentasi

didapatkan temuan mengenai pencatatan dan pelaporan di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede. Setiap hari petugas sudah melakukan pencatatan tetapi belum sesuai dengan pedoman manajemen linen. Pencatatan yang dilakukan hanya berupa dokumen banyaknya linen yang di cuci dan di distribusikan, jumlah *chemical* dan jumlah alat pelindung diri yang digunakan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Evania, Eti, dan Dyah (2014) yang berjudul “Analisis Manajemen Linen di Instalasi Laundry Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta Tahun 2014” dimana masih perlu adanya peningkatan komitmen dari manajemen Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta dalam menyusun perencanaan linen dengan melibatkan unit terkait. Kepatuhan terhadap panduan manajemen linen (perencanaan, pengadaan, pemberian identitas, pendistribusian, pencatatan dan pelaporan) sesuai dengan pedoman linen yang di keluarkan oleh kementerian kesehatan yang berlaku.

Salah satu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit adalah melalui pelayanan penunjang medik,

khususnya dalam pengelolaan linen di rumah sakit. Linen di rumah sakit dibutuhkan di setiap ruangan. Kebutuhan akan linen di setiap ruangan ini sangat bervariasi, baik jenis, jumlah dan kondisinya. Alur pengelolaan linen cukup panjang, membutuhkan pengelolaan khusus dan banyak melibatkan tenaga kesehatan dengan bermacam-macam klasifikasi. Klasifikasi tersebut terdiri dari ahli manajemen, teknisi, perawat, tukang cuci, penjahit, tukang setrika, ahli sanitasi, serta ahli kesehatan dan keselamatan kerja. Untuk mendapatkan kualitas linen yang baik, nyaman dan siap pakai, diperlukan perhatian khusus, seperti kemungkinan terjadinya pencemaran infeksi dan efek penggunaan bahan-bahan kimia (Depkes RI, 2004).

5. Limbah Infeksius

Sesuai dengan SNARS Edisi I (2017), rumah sakit menyelenggarakan pengelolaan limbah dengan benar untuk meminimalkan risiko infeksi melalui kegiatan sebagai berikut:

- a. pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius;

- b. penanganan dan pembuangan darah serta komponen darah;
- c. pemulasaraan jenazah dan bedah mayat;
- d. pengelolaan limbah cair;
- e. pelaporan pajanan limbah infeksius.

RSKIA PKU Muhammadiyah sudah memiliki Panduan PPI Pengelolaan Limbah dan Benda Tajam. Pada saat penelusuran masih ditemukan kegiatan yang belum sesuai standar dan menjadi kendala, antara lain :

a. Faktor Regulasi

Prosedur terkait alur pembuangan limbah B3 belum ada dalam SPO maupun Panduan.

b. Faktor Sumber Daya Manusia

- 1) Petugas sanitarian yang untuk saat ini masih hanya satu orang dan hanya datang setiap pagi hari. Jadi apabila terdapat beberapa jumlah operasi dalam sehari, perawat hanya mengidentifikasi, memisahkan limbah infeksi dan non infeksi kemudian *packing* untuk kemudian diambil oleh petugas kebersihan.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Raka (2010), pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial menjadi tantangan di seluruh dunia karena infeksi nosokomial dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas serta meningkatkan biaya kesehatan disebabkan terjadi penambahan waktu pengobatan dan perawatan di rumah sakit. Prevalensi infeksi nosokomial di negara berkembang dengan sumber daya terbatas lebih dari 40% . Menurut Tietjen L, *et. al.* (1992) keterbatasan sumber daya manusia di rumah sakit dapat disiasati dengan kedisiplinan, efisiensi kerja dan kesadaran yang tinggi pada pelayanan kesehatan.

- 2) Masih ada petugas rumah sakit yang membuang sampah tidak sesuai jenisnya.
- 3) Petugas dalam membuang jarum di *safety box* masih belum sesuai dengan prosedur sehingga didalamnya tampak terisi penuh padahal masih di bawah garis/ $\frac{3}{4}$ bagian.

- 4) Beberapa petugas kebersihan yang masuk ke kamar operasi, IGD, VK, dan unit rawat inap hanya mengambil limbah yang sudah di-*pack* oleh perawat tanpa memakai APD yang lengkap.
- 5) Pelaporan dan pencatatan limbah belum dilaksanakan dengan rutin setiap bulannya.

c. Faktor Sarana dan Prasarana

- 1) Kurangnya ketersediaan tempat sampah sesuai jenisnya di area toilet rumah sakit sehingga masih belum tepat dalam memilah tempat pembuangan sampah. Menurut Darmadi (2008) sebagai bagian dari upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di ruangan/ bangsal perawatan, keberadaan fasilitas sanitasi penting sekali antara lain : kamar mandi dan WC penderita, kamar mandi dan WC petugas/ keluarga penderita (penunggu), tempat cuci tangan/ wastafel, gudang tempat menyimpan alat-alat sanitasi, wadah/kontainer sampah dan limbah, air bersih.

- 2) Limbah non infeksi tidak dipisahkan kering dan basah.
- 3) Unit Radiologi masih menggunakan teknologi yang lama belum bersifat *CR (Computed Radiography)* sehingga terkendala dalam pembuangan limbah cair radiologi.

Limbah medis merupakan bahan infeksius dan berbahaya yang harus dikelola dengan benar agar tidak menjadi sumber infeksius baru bagi masyarakat disekitar rumah sakit maupun bagi tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit itu sendiri. Limbah medis padat adalah limbah padat yang terdiri dari limbah infeksius, limbah patologi, limbah benda tajam, limbah farmasi, limbah sitotoksis, limbah kimiawi, limbah radioaktif, limbah kontainer bertekanan, dan limbah dengan kandungan logam berat yang tinggi (Kepmenkes RI, 2004).

6. Pelayanan Makanan

Berdasarkan SNARS Edisi I Bab PPI Satndar 7.6, rumah sakit agar menetapkan regulasi yang meliputi :

- a. Pelayanan makanan di rumah sakit mulai dari pengelolaan bahan makanan, sanitasi dapur, makanan, alat masak, serta

alat makan untuk mengurangi risiko, infeksi dan kontaminasi silang;

- b. Standar bangunan, fasilitas dapur, dan pantry sesuai dengan peraturan perundangan termasuk bila makanan diambil dari sumber lain di luar rumah sakit.

Pelaksanaan pelayanan makanan di RSKIA Muhammadiyah Kotagede diatur dalam Pedoman Pelayanan Gizi RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede dan beberapa SPO yaitu : SPO Asesmen Gizi, SPO Edukasi Pasien Bawa Makan dari Luar RS, SPO Pemrsian Makanan, SPO Penentuan Preskripsi Diet, SPO Perencanaan Terapi Nutrisi, dan SPO Perubahan Diet. Pembuatan pedoman mengacu pada Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit (Kementrian Kesehatan RI, 2013). Observasi di lapangan dalam hal penyimpanan bahan makanan sudah sesuai dengan SPO dan Pedoman Pelayanan Gizi. Hanya saja dalam penggunaan APD seperti masker masih belum rutin dilakukan oleh beberapa petugas. Masker digunakan untuk melindungi wajah dan membran mukosa mulut dari cipratan darah dan cairan

tubuh dari pasien atau permukaan lingkungan udara yang kotor dan melindungi pasien atau permukaan lingkungan udara dari petugas pada saat batuk atau bersin. Masker rumah tangga, digunakan di bagian gizi atau dapur (Permenkes RI, 2017). Unit Gizi memiliki ceklis kontrol yaitu ceklis pelaksanaan penyimpanan makanan dan produk nutrisi yang didalamnya terdapat pengaturan terhadap sanitasi, suhu, pencahayaan, kelembapan, ventilasi, dan keamanan untuk mengurangi risiko infeksi. Kekurangan dari ceklis ini adalah pelaporannya yang tidak terjadwal rutin dan untuk evaluasi dan tindak lanjut kurang mendapat perhatian.

Standar bangunan dan fasilitas dapur di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede belum sesuai standar. Saat ini unit gizi hanya memiliki akses satu pintu sehingga alur kerja pelayanan gizi belum dapat dilakukan searah. Temuan lain yang belum sesuai standar meliputi :

a. Tempat penyimpanan alat

Saat ini tempat penyimpanan alat masak menggunakan almari yang diletakkan di bagian luar dapur. Hal ini dapat berpotensi kontaminasi debu pada alat memasak.

b. Ventilasi ruang dapur masih kurang. Ventilasi harus cukup sehingga dapat mengeluarkan asap, bau makanan, bau uap lemak, bau air, dan panas, untuk itu dapat digunakan “exhaust fan” pada tempat-tempat tertentu (Depkes RI, 2013).

c. Ruang pengolahan makanan dan penyajian makanan masih menjadi satu ruangan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam merencanakan suatu bangunan instalasi/unit pelayanan gizi yaitu : tipe rumah sakit, macam pelayanan dan macam menu, jumlah fasilitas yang diinginkan, kebutuhan biaya, arus kerja dan susunan ruangan, serta macam dan jumlah tenaga yang digunakan (Depkes, 2013).

Ketenagaan di Unit Gizi RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede, meliputi:

a. Nutrisionis

Nutrisionis sebagai kepala unit pelayanan gizi, supervisor unit produksi, dan sebagai pelaksana asuhan gizi dengan kualifikasi pendidikan minimal D3 Gizi, sudah memiliki STR dan SIK, dan mempunyai pengalaman minimal 3 tahun.

b. Tenaga Administrasi

Tenaga administrasi berfungsi sebagai pencatat pembukuan administrasi dan pengadaan barang juga sebagai tenaga pembukuan stok bahan makanan. Kualifikasi pendidikan minimal SMK dan memiliki sertifikat kursus komputer.

c. Juru Masak

Juru masak berfungsi sebagai tenaga pengolahan dan pemorsian makanan diet biasa dan diet khusus. Kualifikasi untuk tenaga juru masak meliputi pendidikan minimal SMK Tata Boga.

d. Tenaga Pramusaji

Tenaga pramusaji berfungsi sebagai tenaga yang membuat minuman sekaligus tenaga yang mendistribusikan snack pasien, minuman dan diet (diet biasa dan diet khusus) termasuk distribusi air minum untuk dokter dan acara rapat. Kualifikasi untuk tenaga pramusaji meliputi pendidikan minimal SMA atau SMK Tata Boga.

Sesuai dengan Permenkes RI No. 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi, Pasal 7 ayat 4 menyatakan bahwa dalam hal tidak terdapat Tenaga Gizi RD (*Registered Dietisien*) maka tenaga gizi TRD (*Technical Register Dietisien*) dan NR (*Nutrisionist Registered*) dapat melakukan pelayanan gizi secara mandiri atau berkoordinasi dengan tenaga kesehatan lain yang ada difasilitas pelayanan kesehatan tempat tenaga gizi yang bersangkutan bekerja.

7. Risiko Konstruksi

Selama telusur ditemukan regulasi rumah sakit terkait Penilaian Risiko Dampak Renovasi atau Konstruksi di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede yaitu Panduan Penilaian Infeksi Pengendalian Resiko (ICRA) namun secara implementasi di RS belum berjalan. Kegiatan ICRA PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede belum diprogramkan dengan terstruktur dimulai dari identifikasi risiko.

Penilaian Risiko Dampak Renovasi atau Konstruksi yang dikenal sebagai *Infection Control Risk Assessment* (ICRA) adalah suatu proses terdokumentasi yang dilakukan sebelum memulai kegiatan pemeliharaan, perbaikan, pembongkaran, konstruksi, maupun renovasi untuk mengetahui risiko dan dampaknya terhadap kualitas udara dengan mempertimbangkan potensi pajanan pada pasien (Permenkes RI, 2017). Menurut *The Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations* (JCAHO) dalam *The Clinical Engineering Handbook* (2007) mempersyaratkan rumah sakit untuk melakukan penilaian risiko secara proaktif

sebagai bagian dari pembongkaran bangunan, konstruksi, dan renovasi. Pengendalian infeksi adalah salah satu masalah penting yang dibahas dalam edisi 2001 dari pedoman AIA. Panduan ini sekarang mengarahkan pada proses Pengendalian Risiko Pengendalian Infeksi (ICRA) untuk setiap proyek konstruksi dan renovasi. Proses ICRA didefinisikan sebagai penentuan potensi risiko penularan infeksi di fasilitas kesehatan.

Sesuai Maksud dan Tujuan PPI 7.7 (SNARS Edisi I), untuk menurunkan risiko infeksi maka rumah sakit perlu mempunyai regulasi tentang penilaian risiko pengendalian infeksi (*Infection Control Risk Assessment/ ICRA*) untuk pembongkaran, konstruksi, serta renovasi gedung di area mana saja di rumah sakit yang meliputi:

- a. Identifikasi tipe/jenis konstruksi kegiatan proyek dengan kriteria;
- b. Identifikasi kelompok risiko pasien;
- c. Matriks pengendalian infeksi antara kelompok risiko pasien dan tipe konstruksi kegiatan;

- d. Proyek untuk menetapkan kelas/tingkat infeksi;
- e. Tindak pengendalian infeksi berdasar atas tingkat/kelas infeksi;
- f. Monitoring pelaksanaan.

Sedangkan terkait pengendalian mekanis dan teknis fasilitas yang ada di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede antara lain : sistem ventilasi bertekanan positif, *thermostat* di lemari pendingin, dan pemanas air untuk sterilisasi piring dan alat dapur juga belum ditemukan regulasi yang mengaturnya secara spesifik. Dalam Peraturan Direktur RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede tentang PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede telah disebutkan bahwa Rumah Sakit menurunkan risiko infeksi pada fasilitas yang terkait dengan pengendalian mekanis dan teknis (*mechanical and engineering controls*) namun selama penelusuran di lapangan tidak ditemukan baik pedoman, panduan, atau SPO yang mengaturnya.

8. Transmisi Infeksi

RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede memiliki Panduan Asuhan Pasien dengan Penyakit Menular yang dijadikan acuan bagi seluruh staf yang terlibat dalam pelayanan pasien dengan penyakit yang mempunyai risiko tinggi menularkan penyakit, baik diruang isolasi maupun diluar ruang isolasi. Sistem isolasi yang digunakan di rumah sakit ini adalah Isolasi Keperawatan Cohort karena belum memiliki ruang isolasi khusus. Pasien yang terpapar atau terinfeksi, dengan mikro-organisme yang sama dapat dirawat di satu kamar. Standar sarana yang digunakan dalam keperawatan kohort serupa dengan yang diharapkan dalam satu ruangan isolasi salah satunya sistem ventilasi. Pintu kamar harus ditutup setiap saat. Jendela di ruangan yang tinggi diijinkan terbuka untuk memberikan pembersihan udara lingkungan. Kipas angin tidak boleh digunakan.

Prioritas dalam menentukan pasien masuk ruang isolasi harus diberikan kepada pasien di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede yang dicurigai atau dikonfirmasi

meliputi : diare dan muntah, varisela, diduga kasus meningitis, diduga dan dikonfirmasi kasus TB, didiagnosis dengan multi-resisten organisme (MRSA). Selama observasi di lapangan, penempatan pasien sudah sesuai dengan regulasi, kepatuhan petugas terkait *hand hygiene* sudah dilakukan, namun dalam hal kepatuhan APD petugas pada kasus-kasus tertentu masih belum dapat dilaksanakan sesuai standar.

Penerapan Kejadian Luar Biasa (KLB) masih belum sesuai standar, RSKIA PKU Muhammadiyah hanya memiliki Panduan Kejadian Luar Biasa (KLB). Untuk implementasinya mengenai Tim KLB berdasarkan penelusuran dokumen dan wawancara terhadap IPCN masih belum dibentuk karena terkendala SDM. Menurut Perdalim (2015), sasaran program tersebut tercapai melalui kegiatan surveillance mengelola data dan informasi penting, pencegahan infeksi terutama penerapan kewaspadaan universal dan penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) dengan mengatur, merekomendasikan kebijakan dan

prosedur, memberikan pendidikan dan pelatihan kepada seluruh personil di rumah sakit, penggunaan antimikrobal yang rasional.

9. Peningkatan Mutu dan Program Edukasi

Kegiatan PPI sudah diintegrasikan dengan program PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede. Indikator mutu dari PPI adalah Angka kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) Post Operasi SC dan Angka Penggunaan Antibiotik Profilaksis Pre Operasi SC. Selama penelusuran, pengukuran indikator mutu yang terlaksana adalah Angka kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) Post Operasi SC namun tidak sampai tahap analisis data dan tidak ditemukan bukti pelaporannya. Pertemuan berkala antara Komite PMKP dan Tim PPI juga belum pernah dilakukan. Pertemuan yang pernah berlangsung hanya pada saat penetapan indikator mutu rumah sakit.

Rumah sakit menggunakan indikator sebagai informasi untuk memperbaiki kegiatan PPI dan mengurangi

tingkat infeksi yang terkait layanan kesehatan sampai tingkat serendah-rendahnya. Rumah sakit dapat menggunakan data indikator dan informasi dan membandingkan dengan tingkat dan kecenderungan di rumah sakit lain. Semua departemen/unit layanan diharuskan ikut serta menentukan prioritas yang diukur di tingkat rumah sakit dan tingkat departemen/unit layanan program PPI (SNARS Edisi I, 2017).