

# Analisis Pelaksanaan Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di RSUD Pasaman Barat (Standar Akreditasi Versi 2012)

Ramayanti<sup>1</sup>, Rima Semiarty<sup>2</sup>, Yuniar Lestari<sup>3</sup>

## Abstrak

Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) sangat penting untuk rumah sakit karena menjadi syarat untuk akreditasi. Resiko terjadinya infeksi nosokomial dapat diminimalkan dengan melaksanakan PPI. Kejadian infeksi di RSUD Pasaman Barat besar dari 1,5%, pelaksanaan program sudah berjalan tapi belum optimal. **Tujuan:** Menganalisis pelaksanaan program PPI melalui studi kebijakan bersifat deskriptif dengan pendekatan kualitatif. **Metode:** Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, FGD, telaah dokumen dan observasi. Komponen *input* yang diteliti adalah (kebijakan, pedoman, metode, tenaga, dana, sarana dan monitoring evaluasi), proses pelaksanaan program PPI dan *output* adalah penerapan program sesuai standar akreditasi versi 2012. **Hasil:** Beberapa komponen input tidak sesuai standar, pelaksanaan PPI belum optimal dan konsisten. Penerapan program PPI belum tercapai sesuai standar. **Simpulan:** Terdapat kendala pelaksanaan PPI di RSUD Pasaman Barat setelah dianalisis dengan pendekatan sistem. Kendala pada input adalah SDM, dana dan sarana sedangkan pada proses adalah pelaksanaan yang tidak optimal karena masih ada petugas belum menjalankan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP). Capaian program PPI sudah sesuai standar akreditasi versi 2012, hanya perlu penguatan komitmen oleh seluruh staf rumahsakit.

**Kata kunci:** pelaksanaan, PPI, akreditasi, kualitatif

## Abstract

*The infection prevention and control program (PPI) is very important for hospitals because it is a condition for accreditation. The risk of nosocomial infections can be minimized by implementing PPI. The incidence of infection in Pasaman Barat Hospital is greater than 1.5%, the program implementation has been running but not optimal. **Objectives:** To analyzed the implementation of the PPI program through descriptive policy studies with a qualitative approach. **Methods:** Data was carried out through interviews, FGDs, document review and observation. The components of the inputs studied were (policies, guidelines, methods, personnel, funds, facilities and evaluation monitoring), the process of implementing the PPI program and output was the implementation of the program according to the 2012 accreditation standard. **Results:** Some input components were not in accordance with the standards optimal and consistent and the results of implementing the PPI program have not been achieved according to standards. **Conclusions:** There are still obstacles in implementing PPI in Pasaman Barat Hospital after being analyzed by a system approach. Constraints on input are human resources, funds and facilities while in the process is the implementation that is not optimal because there are still officers who have not run according to the SOP. The PPI program achievement in accordance with the 2012 version of accreditation standards only needs to strengthen commitment by all hospital staff.*

**Keywords:** Implementation, PPI, Accreditation, qualitative

**Afiliasi penulis:** 1. Rumah Sakit Umum Daerah Pasaman Barat. 2. Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang

**Korespondensi:** Ramayanti, ramayantidr@gmail.com  
HP:085271100883

## PENDAHULUAN

Institusi pelayanan kesehatan berperan meningkatkan tingkat kesehatan melalui pelayanan yang bermutu sesuai standar yang telah ditentukan dan harus diterapkan oleh semua petugas kesehatan.<sup>1</sup> Rumah sakit bisa menjadi sumber infeksi jika tindakan medis yang dilakukan tidak sesuai dengan prosedur.<sup>2</sup>

Infeksi nosokomial yang saat ini dikenal sebagai *Healthcare Associated Infections* (HAIs) adalah infeksi yang berhubungan dengan pelayanan di fasilitas kesehatan<sup>2</sup>. HAIs menjadi tolak ukur mutu pelayanan pada suatu fasilitas kesehatan.<sup>3</sup> Di Indonesia terdapat data HAIs dari 10 RSUD pendidikan, didapatkan angka kejadian HAIs yang cukup tinggi berkisar antara 6-16% dengan rata-rata 9,8%.<sup>4</sup>

Dampak HAIs adalah peningkatan angka kesakitan, angka kematian, mempengaruhi kualitas hidup dan ekonomi penderita serta dapat merugikan rumah sakit. Resiko terpapar infeksi tidak hanya dialami oleh pasien tetapi bisa petugas, keluarga dan pengunjung. Penyebaran infeksi dapat diminimalkan dengan melaksanakan program PPI.<sup>5</sup> Pelaksanaan program PPI di rumah sakit melalui pembentukan komite pencegahan dan pengendalian infeksi dengan tujuan mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan. Setiap rumah sakit wajib melaksanakan program PPI, sesuai Permenkes nomor 27 tahun 2017 dan merupakan salah satu syarat dari komisi akreditasi rumah sakit.<sup>6</sup> Pencegahan dan pengendalian infeksi yang efektif dapat mereduksi HAIs sampai 32%.<sup>7</sup>

*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* memasukkan kegiatan pengawasan, pelaporan, evaluasi perawatan dan organisasi yang berkaitan dengan PPI menjadi syarat akreditasi rumah sakit sebagai ukuran kualitas/mutu.<sup>8</sup> Rumah sakit dapat meningkatkan mutu pada 3 (tiga) elemen yaitu *input*, *process* dan *outcome*,<sup>9</sup> yang di tunjang oleh peran manajemen rumah sakit. Program akan efektif jika mempunyai pimpinan,

pelatihan/pendidikan staf yang baik, metode untuk mengidentifikasi dan proaktif di tempat beresiko infeksi, kebijakan dan prosedur yang memadai serta koordinasi dengan seluruh petugas rumah sakit.<sup>10</sup>

Rumah Sakit Umum Daerah Pasaman Barat merupakan RS tipe C, beroperasi sejak tahun 2005 dan lulus akreditasi tingkat dasar pada tahun 2011. Pelayanan PPI dibantu tanggal 20 Juli tahun 2017 berupa Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (PPIRS) yang terdiri dari berbagai profesi yaitu: ketua, sekretaris, penanggung jawab tim PPI, 1 orang IPCN (*Infection Preventing Control Nurse*) dan 7 orang IPCLN (*Infection Preventing Control Link Nurse*).<sup>11</sup>

Survey pendahuluan pada bulan Maret, ketua komite mengatakan pelaksanaan program PPI belum berjalan maksimal terutama pelaporan infeksi. Data *surveillance* komite pengendalian dan pencegahan infeksi rumah sakit bulan Juli sampai Desember tahun 2017 didapatkan angka kejadian *Phlebitis* adalah 3,9% dari 13203 jumlah pemakaian jarum infus, angka infeksi daerah operasi adalah 0,4% dari 942 operasi, angka kejadian dekubitus 0‰ dari 438 jumlah hari tirah baring.<sup>11</sup> Standar angka kejadian infeksi nosokomial adalah < 1,5%.<sup>2</sup>

Wawancara dengan IPCN pada tanggal 20 Maret 2018 bahwa pasien yang mengalami Infeksi Daerah Operasi (IDO) belum semua terdeteksi karena sistem pelaporan kejadian infeksi masih kurang optimal, masih terdapat perawat pelaksana yang tidak mematuhi SOP dan *Bundle* dari pelaksanaan pemasangan jarum infus dan angka kepatuhan *hand hygiene* masih dibawah standar. Angka kepatuhan kebersihan tangan sebelum tindakan 40%, dan setelah tindakan adalah 72,5%. Angka tersebut masih jauh dari target yang ditetapkan oleh PPIRS RSUD Pasaman Barat yaitu sebesar 100%.<sup>12</sup> Capaian program PPI di RSUD Pasaman Barat yang belum optimal menyebabkan RSUD Pasaman Barat *remedial* saat akreditasi. Rekomendasi yang diberikan oleh tim KARS tanggal 05 Desember 2017 antara lain pada standar PPI 4 dimana pimpinan rumah sakit diharapkan mengalokasikan dana/anggaran yang cukup untuk pelaksanaan kegiatan PPI, anggaran untuk desinfektan, APD, dan diklat PPI serta disediakannya ruangan khusus IPCN, melakukan

identifikasi resiko dengan membuat kebijakan atau prosedur tentang pengelolaan perbekalan kadaluarsa, area kamar mayat, tentang arus pasien.<sup>12</sup>

Berdasarkan pemaparan permasalahan diatas, masih tingginya angka infeksi dan adanya rekomendasi dari tim Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) maka peneliti tertarik untuk meneliti dan menggali lebih dalam tentang pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Pasaman Barat berdasarkan pada pendekatan sistem yang meliputi aspek masukan (*input*), proses dan keluaran (*output*).<sup>13</sup>

## METODE

Jenis penelitian ini adalah studi kebijakan dengan pendekatan kualitatif, bertujuan untuk mendapatkan gambaran informasi yang lebih dalam tentang pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial. Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Pasaman Barat dimulai dari bulan Maret 2018 sampai dengan bulan Desember 2018.

Informan dalam penelitian ini adalah direktur, ketua komite pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit, IPCO (*infection Prevention Control Officer*) dan IPCN (*infection Prevention Control Nurse*). Informan dalam FGD (*Focus Group Discussion*) adalah IPCLN (*infection Prevention Control Link Nurse*). Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah pedoman wawancara, pedoman FGD, Lembar observasi, telaah dokumen, *tape recorder* dan kamera. Sumber data berasal dari data primer dan data sekunder.<sup>14</sup> Data primer didapat dari hasil observasi langsung, wawancara mendalam dengan informan dan dari hasil *Focus Group Discussion* sedangkan data sekunder berasal dari sumber tertulis berupa dokumen yang berhubungan dengan pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Pasaman Barat.

## HASIL

### Komponen Input

#### a. Kebijakan

RSUD Pasaman Barat telah berupaya melaksanakan peraturan menteri kesehatan nomor 27

tahun 2017 tentang pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam Permenkes tersebut menjelaskan bahwa rumah sakit wajib melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi.<sup>2</sup> Kebijakan RSUD Pasaman Barat tentang program pencegahan dan pengendalian infeksi tersedia dalam bentuk surat keputusan direktur.<sup>12</sup>

#### b. Pedoman/SOP

Pedoman dan atau Standar operational prosedur (SOP) di RSUD Pasaman Barat telah disusun pada saat persiapan akreditasi tahun 2017, kemudian dilengkapi setelah penilaian sesuai rekomendasi dari komisi akreditasi rumah sakit. Berdasarkan telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD tentang buku pedoman dan SPO dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Pasaman Barat disusun sesuai dengan Permenkes dan standar yang ditetapkan oleh KARS. Semua dokumen sudah tercukupi 100%.<sup>12</sup>

#### c. Metode

Berdasarkan telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD, metode pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Pasaman Barat berdasarkan pedoman dan SPO yang ada masih belum optimal. Beberapa kendala dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi terkait ketersediaan sarana prasarana dan kepatuhan petugas. Sosialisasi berkala tentang PPI diperlukan, pelatihan dan monitoring evaluasi oleh tim pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit yang dilaksanakan oleh pokja PPI dan penyediaan sarana prasarana untuk menunjang kegiatan program PPI.

#### d. Sumber Daya Manusia/Tenaga

Ketersediaan tenaga di RSUD Pasaman Barat sudah mencukupi. Jumlah tenaga medis, paramedis dan penunjang lain sudah sesuai dengan standar akreditasi untuk RS tipe C. Ketenagaan untuk pelaksanaan program PPIRS masih kurang khusus IPCN. Perlu penambahan tenaga IPCN disesuaikan dengan standar jumlah tempat tidur dirumah sakit.

#### e. Dana

Dana pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Pasaman Barat belum mencukupi. Pada dokumen Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) rumah sakit tidak ditemukan adanya rincian khusus alokasi dana untuk pelaksanaan kegiatan PPI sumber anggaran berasal dari Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dan dana Pemerintah Daerah yaitu Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD).

#### f. Sarana Prasarana

Hasil telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD diketahui bahwa kelengkapan sarana dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Pasaman Barat sebagian besar masih kurang dan kurang sesuai dengan standar. Ada beberapa sarana yang masih belum dilengkapi oleh pihak manajemen seperti wastafel, alat CSSD, set operasi dan peralatan *hand hygiene*.

#### g. Monitoring Evaluasi

Mekanisme monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi sudah sesuai acuan Permenkes RI Nomor 27 tahun 2017.<sup>2</sup> Hasil telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD bahwa kegiatan monitoring dan evaluasi dilakukan setiap hari oleh IPCN dan IPCLN, direkap setiap minggu, setiap bulan dan setiap 3 bulan diadakan pertemuan dengan manajemen dan antar pokja terkait hasil dari temuan dan masalah serta usulan/rekomendasi dari komite dan tim PPI yang akan di sampaikan ke direktur. Hambatan terkait monitoring evaluasi pelaksanaan PPI adalah tidak semua masalah temuan dapat tindak lanjuti segera terutama yang berkaitan dengan dana dan sarana.

#### Komponen Proses

Pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di RSUD Pasaman Barat sesuai dengan standar akreditasi versi 2012 belum optimal seperti langkah pencegahan infeksi, pelatihan. Berdasarkan observasi masih ditemukan petugas di RS yng tidak melakukan cuci tangan (5 momen, 6 langkah), tidak memakai APD saat melakukan

tindakan, pendidikan khususnya pelatihan untuk IPCN yang akan ditunjuk dan IPCLN untuk meningkatkan kompetensi petugas belum terealisasi. Program yang sudah berjalan adalah pelaksanaan monitoring kewaspadaan isolasi, surveilens dan monitoring evaluasi serta monitoring penggunaan antibiotik yang rasional.

Telaah dokumen diketahui bahwa kepatuhan petugas dalam *hand hygiene* belum sesuai standar, tahun 2017 angka kepatuhan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan hanya 40- 70% dan 30-80% pada tahun 2018.<sup>12</sup> Ada profesi yang bekerja tidak sesuai pedoman dan SOP. Masalah ketersediaan sarana dan prasarana juga mempengaruhi pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi, untuk itu perlu dilaksanakan sosialisasi ulang tentang PPI, pelatihan dan perlunya melibatkan semua unsur manajemen puncak rumah sakit untuk monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan PPI setelah akreditasi.

#### Komponen Output

Hasil telaah dokumen, wawancara mendalam dan FGD maka dapat diketahui bahwa laporan hasil atau *output* dari pelaksanaan PPI di RSUD Pasaman Barat sudah sesuai dengan standar akreditasi versi 2012 walaupun masih ada beberapa poin yang perlu diperbaiki sesuai dengan rekomendasi yang diberikan KARS. Upaya perbaikan perlu dilakukan seperti memenuhi sarana dan prasarana terkait PPI, melaksanakan sosialisasi ulang/berkala dan pelatihan serta monitoring evaluasi oleh komite/tim pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit yang melibatkan seluruh staf di rumah sakit.

## PEMBAHASAN

#### Komponen Input

##### a. Kebijakan

Pelaksanaan PPI perlu ada mekanisme organisasi di luar struktur organisasi rumah sakit melalui pembentukan komite/tim PPI.<sup>2</sup> RSUD Pasaman Barat telah membuat kebijakan dalam bentuk Surat Keputusan Direktur Nomor 446/085/SK/DIR/VIII/2017 tanggal 20 Juli 2017 tentang pembentukan Komite PPI, Tim PPI, IPCO, IPCN dan IPCLN. Kebijakan tersebut telah mengacu

pada undang-undang kesehatan, Permenkes, KARS dan sudah disosialisasikan kepada seluruh staf sejak pertengahan tahun 2017. Kebijakan pelaksanaan program PPI tersebut adalah: monitoring kewaspadaan isolasi, melakukan surveilans, pendidikan dan pelatihan, melaksanakan langkah-langkah pencegahan infeksi dan monitoring penggunaan antibiotik yang rasional.<sup>12</sup>

#### b. Pedoman/SOP

Pedoman/SOP merupakan hal terpenting dalam pelaksanaan suatu kegiatan. SOP berguna untuk menghemat usaha manajerial, memudahkan pendelegasian wewenang dan menempatkan tanggung jawab, menimbulkan pengembangan metode operasional yang lebih efisien, memudahkan pengawasan, memungkinkan penghematan personalia dan membantu kegiatan koordinasi.<sup>15</sup>

Buku pedoman pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Pasaman Barat telah disusun oleh komite/tim PPI, digunakan sebagai acuan bagi semua unsur yang terlibat dalam pelaksanaan PPI di fasilitas pelayanan kesehatan dari kemungkinan terpapar infeksi. Pedoman disusun sesuai dengan Permenkes dan KARS, seluruh dokumen sudah tercukupi 100% khususnya di ruang PPI. Ketersediaan pedoman yang mencukupi mempengaruhi terhadap pelaksanaan pencegahan penyakit infeksi di rumah sakit.<sup>16</sup>

#### c. Metode

Suatu tatacara kerja untuk memperlancar pelaksanaan program disebut dengan metode. Hasil penelitian menunjukkan bahwa upaya yang digunakan dalam pelaksanaan program PPI di RS adalah dengan edukasi, sosialisasi dan simulasi tapi masih belum berjalan dengan optimal. Perlu adanya supervisi oleh komite/tim PPI dan jajaran manajemen sehingga seluruh staf paham dan membiasakan diri untuk menerapkan pelaksanaan PPI bukan hanya memenuhi syarat penilaian rumah sakit saja.

#### d. Sumber Daya Manusia (SDM)

Sumber daya manusia berfungsi sebagai motor penggerak organisasi dan asset yang penting dalam pelaksanaan program.<sup>17</sup> SDM juga merupakan faktor

pendukung tercapainya tujuan kebijakan. Pimpinan RS menyediakan sumber daya yang cukup untuk mendukung program pencegahan dan pengendalian infeksi.<sup>10</sup>

Dalam pelaksanaan program IPCN dan IPCLN merupakan SDM yang penting. Kendala yang ditemui adalah kurangnya tenaga IPCLN karena disamping sebagai IPCLN mereka juga mempunyai tugas sebagai kepala ruangan sehingga mempunyai beban kerja rangkap. Tenaga IPCN kurang 1 orang, belum sesuai standar, seharusnya 1 IPCN untuk 100 tempat tidur. RSUD Pasaman Barat memiliki 128 tempat tidur sehingga kurang 1 orang IPCLN.

#### e. Dana

Dalam standar PPI 4 disebutkan bahwa pimpinan rumah sakit selain menunjuk staf juga harus mengalokasikan dana yang cukup untuk mendukung program. Anggaran terkait pelaksanaan program PPI belum mencukupi. Berdasarkan hasil telusur dokumen tentang dana untuk pelaksanaan program PPI berasal dari BLUD. Anggaran khusus untuk pelaksanaan program tidak ada, anggaran tersebut melekat pada bidang pelayanan dan bidang penunjang untuk mengatasi masalah tersebut RSUD harus meningkatkan koordinasi antar bidang agar penggunaan dana dapat mendukung program khususnya dalam proses pengadaan dan pemeliharaan.

Sejalan dengan penelitian Sapardi *et al* bahwa untuk menunjang upaya PPI di Rumah Sakit Islam Ibnu Sina tidak tersedia dana secara khusus tetapi digabungkan atau disamakan dengan dana yang lainnya dengan membuat proposal dalam bentuk rencana kerja anggaran yang dibutuhkan dan di ajukan kepada direktur.<sup>18</sup>

#### f. Sarana Prasarana

Ketersediaan sarana prasarana sangat mendukung terlaksana program.<sup>19</sup> Hasil penelitian menunjukkan bahwa sarana prasarana kurang memadai, kendala yang ditemui adalah masih ada sarana *wastafel* yang rusak dan belum sesuai standar, masih ada gedung yang tidak representatif seperti gedung IGD, area kamar mayat, radiologi, *laundry* dan CSSD. Hal ini terkait pengadaan dan pembangunan

gedung baru rumah sakit. Insenerator dan IPAL ada dan berfungsi baik. Kondisi diatas disebabkan rumah sakit yang sedang melakukan pembangunan fisik yang ditargetkan selesai pada tahun 2020.

Keterbatasan sarana menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi belum optimalnya pelaksanaan program PPI, sejalan dengan hasil penelitian Herman *et al* yang menyatakan jika kondisi sarana RS mempengaruhi pelaksanaan PPI, dimana rumah sakit tidak siap untuk melaksanakan PPI.<sup>19</sup>

#### g. Monitoring Evaluasi

Kegiatan monitoring evaluasi adalah memastikan pelaksanaan program tetap pada jalurnya sesuai pedoman, perencanaan dan memberikan gambaran kendala yang menjadi masukan saat melakukan evaluasi dengan tujuan mengukur keberhasilan pelaksanaan program dan kepatuhan penerapan petugas dan evaluasi angka kejadian infeksi melalui pengkajian resiko, audit dan evaluasi lainnya yang dilakukan secara berkala oleh Komite dan tim PPI.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Komite/tim PPI sudah melakukan kegiatan sesuai acuan, IPCN sudah melakukan monitoring setiap hari sesuai jadwal, memonitor adanya kejadian infeksi/surveilens dan mengamati kepatuhan petugas terhadap tindakan *5 Moment of hand hygiene* menggunakan formulir *checklist*. Hasil monitoring disampaikan ke direktur dalam bentuk laporan. Sejalan dengan hasil penelitian di RSUP Ratok Buyat bahwa kegiatan monitoring dan evaluasi sudah sesuai dengan acuan standar dalam Kepmenkes Nomor 129 tahun 2008 yang menyaratkan tersedianya pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit dengan frekuensi pengumpulan data setiap hari dan periode analisis setiap satu bulan.<sup>20</sup> Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Molina yang menyebutkan bahwa pelaksanaan tugas komite PPI di Rumkital Dr.Mintohardjo masih rendah dimana kegiatan rapat, sosialisasi dan pengawasan dan umpan balik tidak terlaksana.<sup>21</sup>

### Komponen Proses

Proses adalah langkah yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan, merupakan tanggung jawab dari pimpinan.<sup>13</sup> Hasil penelitian menunjukkan pelaksanaan program sudah sesuai dengan standar akreditasi versi 2012 tetapi belum maksimal karena dana, sarana, dan kepatuhan petugas yang masih kurang. Perlu dilakukan sosialisasi ulang dan pelatihan setelah akreditasi dan monitoring. Gambaran proses pelaksanaan program pokok pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di RSUD Pasaman Barat sebagai berikut:

#### a. Monitoring kewaspadaan isolasi

Monitoring kewaspadaan isolasi sudah dijalankan di RSUD Pasaman Barat namun belum optimal, sudah dilakukan sosialisasi kepada tenaga medis dan paramedis serta semua SDM yang ada di rumah sakit merujuk kepada pedoman yang telah dikeluarkan Kementerian Kesehatan RI. Ada perawat yang tidak patuh terhadap SOP disebabkan masih kurangnya pengawasan terhadap kewaspadaan isolasi di RSUD Pasaman Barat, untuk itu perlunya peran manajemen lebih mengoptimalkan monitoring pelaksanaan kewaspadaan isolasi yang dijalankan sesuai standar/SOP sehingga tujuan menurunkan angka infeksi nosokomial dapat tercapai.

Hambatan lain adalah kurangnya sarana dan prasarana serta perilaku petugas yang masih suka mengabaikan pelaksanaan kewaspadaan standar seperti masih tidak memakai APD saat melakukan tindakan. Sejalan dengan penelitian Satiti *et al* (2017) bahwa evaluasi penerapan *standar precaution* dibawah 50% di RSUD RAA Soewondo Pati karena sarana prasarana APD yang tidak mencukupi dan tidak adanya sistim *reward* dan *punishment*.<sup>22</sup>

#### b. Melakukan surveilens

Pelaksanaan surveilens PPI sudah sesuai dengan standar akreditasi versi 2012 yaitu menggunakan lembaran *checklist*. Surveilens mencakup pemasangan jarum infus, IDO, VAP, ISK

dan tindakan *5 moment of hand hygiene*. Hal ini sejalan dengan penelitian Nelwan *et al* (2017) di RSUD Ratok Buyat proses surveilens setiap hari rutin dilaksanakan IPCLN untuk memonitor adanya kejadian HAIs menggunakan formulir *checklist*.<sup>20</sup>

Hambatan pelaksanaan surveilens adalah kurangnya tenaga IPCN terlatih. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kartika *et al* (2015), bahwa kendala pelaksanaan *surveillance* program PPI rumah RS adalah keterbatasan tenaga dan masih kurangnya tenaga PPI yang terlatih.<sup>23</sup> Hambatan ini seharusnya diatasi manajemen rumah sakit di tahun 2019 mengalokasikan dana untuk pelatihan bagi tenaga pelaksana PPI dan menambah jumlah tenaga IPCN dan IPCLN.

#### c. Pendidikan dan pelatihan

Standar akreditasi menuntut rumah sakit memberikan pendidikan dan menyediakan dana dan mengimplementasikan regulasi yang telah dibuat rumah sakit secara kolaboratif tentang pelaksanaan PPI kepada staf, dokter, pasien dan keluarga serta semua unsur yang terlibat dalam pelayanan.<sup>7</sup> Pendidikan dan pelatihan di RSUD Pasaman Barat belum sesuai dengan standar, belum semua IPCLN mendapatkan pelatihan tentang PPI dasar, Hanya IPCO dan IPCN yang baru mendapatkan pelatihan PPI dasar dan lanjutan, sedangkan IPCLN hanya 2 orang baru mendapatkan pelatihan PPI dasar sehingga pelaksanaan PPI tidak maksimal. Pelatihan di RSUD Pasaman Barat belum terlaksana di akibatnya tidak tersedianya anggaran pelatihan. Sesuai dengan hasil penelitian Sapardi *et al* (2018), bahwa pelaksanaan manajemen pencegahan dan pengendalian HAIs di Rumah Sakit Islam Ibnu Sina belum memiliki anggota PPI yang terlatih.<sup>18</sup> Hanya IPCD dan IPCN yang baru melaksanakan pelatihan PPI sedangkan untuk IPCLN belum dapat pelatihan.<sup>12</sup>

Pendidikan dan pelatihan yang masih kurang terhadap tenaga IPCLN atau IPCN mestinya menjadi perhatian dari pihak manajemen, pada perencanaan anggaran ditahun 2019 dan 2020. Upaya lain yang dapat dilakukan adalah menggiatkan sosialisasi dan edukasi bekal, berkelanjutan disamping melakukan perencanaan penganggaran dana khusus untuk PPI

ditahun mendatang yang berguna untuk meningkatkan kemampuan dan kompetensi tenaga PPI yang ada di RSUD Pasaman Barat.

#### d. Melaksanakan langkah pencegahan infeksi

Pokok eliminasi adalah *hand hygiene* yang tepat. Pedoman yang berlaku diperoleh dari WHO. Pedoman melaksanakan langkah pengendalian infeksi di RSUD Pasaman Barat sudah tersedia, seperti cuci tangan dan penggunaan alat pelindung diri, pemisahan sampah medis dan non medis, pembuangan sampah dan limbah, namun masih ada petugas yang tidak melaksanakan langkah-langkah pengendalian infeksi sempurna. Kendala yang ditemui adalah perilaku petugas. Perilaku merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pencegahan dan pengendalian infeksi selain faktor personal (pengetahuan, motivasi, kompetensi dan pribadi), faktor perilaku organisasi dan faktor lingkungan (peralatan dan standar).<sup>18</sup>

Penerapan langkah pencegahan infeksi sangat berkaitan dengan komitmen semua tenaga kesehatan di RSUD Pasaman Barat agar mau melaksanakan sesuai SOP. Keterbatasan sarana mempengaruhi sehingga petugas merasa sulit untuk menerapkannya. Faktor lain adalah petugas yang belum terbiasa sehingga perlu peningkatan upaya promosi dari komite PPI secara rutin untuk meningkatkan kesadaran petugas dalam menerapkan langkah-langkah pencegahan infeksi, sedangkan untuk sarana dan prasarana yang kurang dan memang harus segera dilengkapi.

#### e. Monitoring penggunaan antibiotik yang rasional

Pemberian antibiotik merupakan pengobatan utama dalam penatalaksanaan penyakit infeksi, tetapi penggunaannya yang berlebihan bisa menyebabkan kuman kebal antibiotik, sehingga manfaatnya berkurang. Resistensi kuman terhadap antibiotik, merupakan masalah yang sulit diatasi dalam pengobatan, muncul sebagai akibat pemakaian antibiotik yang kurang tepat dosis, macam dan lama pemberian sehingga kuman berubah menjadi resisten.<sup>24</sup> Menurut WHO penting mengkaji faktor-faktor dan strategi untuk mengendalikan kejadian

resistensi. Salah satu cara untuk mengendalikan kejadian resistensi bakteri adalah dengan penggunaan antibiotik secara rasional.<sup>8</sup>

Pelaksanaan program monitoring penggunaan antibiotik yang rasional di RSUD Pasaman Barat sudah berjalan sesuai dengan pedoman, terutama untuk pasien di ICU dan di ruang rawatan. Panitia pengendali resisten antibiotik dibentuk dengan harapan penerapan pemberian antibiotik baik profilaksis maupun untuk terapi dilakukan oleh semua kalangan medis di RS. Hasil observasi antibiotik diberikan 1-2 jam sebelum operasi dilakukan dengan harapan dapat menekan infeksi daerah operasi. Insidensi SSI (*surgical site of infection*) mengalami penurunan secara bermakna apabila antibiotika profilaksi diberikan dalam periode 2 (dua) jam sebelum operasi.<sup>25</sup>

### Komponen Output

Pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi harus mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 27 tahun 2017 dan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) versi 2012 yang disusun oleh KARS.<sup>2,10</sup> Kegiatan akreditasi RSUD Pasaman Barat sesuai standar akreditasi versi 2012 sudah terlaksana tetapi belum optimal. Capaian *output* yang didapatkan dari pelaksanaan program PPI adalah RSUD Pasaman Barat adalah lulus akreditasi kategori tingkat dasar dengan beberapa rekomendasi dari komite akreditasi rumah sakit saat verifikasi akhir tahun 2017.<sup>12</sup>

Pencapaian tujuan pelayanan dan hasil yang lebih berkualitas, maka RSUD Pasaman Barat masih perlu melakukan upaya peningkatan pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi. melakukan monitoring dan evaluasi, mencari permasalahan terkait PPI dan mencari solusi terhadap permasalahan tersebut. Upaya perbaikan yang harus dilakukan adalah menyediakan anggaran untuk PPI, memenuhi sarana dan prasarana, sosialisasi ulang dan berkala tentang program pencegahan dan pengendalian infeksi. Upaya lain yang dapat dilakukan untuk meningkatkan hasil pelaksanaan PPI adalah meningkatkan dukungan dan komitmen seluruh unsur RS yang terlibat di dalam pelaksanaan program.

### SIMPULAN

Pelaksanaan program PPI nosokomial di RSUD Pasaman barat dilihat dari pendekatan sistem, pada komponen *input* kebijakan, pedoman/SOP, metode sudah ada dan monitoring evaluasi sudah dilaksanakan, hanya tenaga, dana, sarana masih belum cukup. Pada komponen proses pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi masih belum optimal dan konsisten terutama terkait program pendidikan dan pelatihan, kewaspadaan isolasi seperti *hand hygiene*, penggunaan APD karena masih kurangnya sarana prasarana dan anggaran serta kepatuhan petugas terkait perilaku dalam menerapkan SOP PPI, sedangkan pelaksanaan surveilans, langkah-langkah pencegahan infeksi dan penggunaan antibiotik yang rasional berjalan sesuai dengan acuan dan sudah terlaksana oleh komite dan tim PPI. Pada komponen *output* pelaksanaan program PPI di RSUD Pasaman Barat secara keseluruhan sudah sesuai dengan standar akreditasi versi 2012 dan Permenkes nomor 17 tahun 2017 hanya saja belum mencapai target yang diharapkan.

### SARAN

Manajemen puncak dan jajarannya agar membuat kebijakan yang mengatur tentang komitmen semua petugas di RSUD Pasaman Barat dalam melaksanakan program pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial, menjadi *role model* panutan dalam pelaksanaan program PPI seperti dalam mengajak, membiasakan dan mencontohkan kegiatan *hand hygiene*. Komite PPIRS dan tim PPI agar dapat melaksanakan program kerja, mengajukan usulan terkait penambahan tenaga IPCN, anggaran, melengkapi sarana yang masih kurang dan melakukan perbaikan sarana yang rusak.

### UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang tulus kepada direktur RSUD Pasaman Barat dan semua pihak atas kesempatan dan masukan tanpa pamrih menyumbangkan keahlian dan waktu sehingga penelitian ini dapat selesai.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-undang nomor 44 tahun 2009 Republik Indonesia.
2. Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI). Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 27 tentang pengendalian dan pencegahan infeksi. Jakarta: Kemenkes RI; 2017.
3. Kadi AA, Salati SA. Hand hygiene practices among medical students. interdisciplinary perspectives on infectious diseases. 2012, Article ID 679129, 6 pages doi:10.1155/2012/67912. Tersedia dari: <http://www.researchgate.net/publication/23161427>
4. Departemen Kesehatan RI. Pedoman manajerial pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik: Departemen Kesehatan RI & PERDALIN. 2008.
5. Darmadi. Infeksi nosokomial problematika dan pengendaliannya. Jakarta: Salemba Medika; 2008.
6. Septiari BB. Infeksi nasokomial. Yogyakarta: Nuha Medika; 2012.hlm.39-40.
7. Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan M, Emori TG, Munn VP, Hooton TM. The efficacy of infection surveillance and control program in preventing nosocomial infections in US hospitals. *American Journal of Epidemiology*. 1985; 121(2): 182-205.
8. World Health Organization (WHO). Practical guidelines for infection control in health care facilities healthcare associate infection (HAIs). Geneva: WHO; 2004.
9. Bustami. Penjaminan mutu pelayanan kesehatan & akseptabilitasnya. Jakarta; Erlangga; 2011.
10. Kemenkes RI. Direktorat jenderal bina pelayanan medik standar akreditasi rumah sakit. Jakarta; Kemenkes RI; 2011.
11. RSUD Pasaman Barat. Profil RSUD Pasaman Barat tahun 2017. Pasaman Barat: RSUD Pasaman Barat; 2017.
12. RSUD Pasaman Barat. Laporan hasil kerja tim PPI dan dokumen komite PPIRS tentang rekomendasi KARS. Pasaman Barat: RSUD Pasaman Barat; 2017.
13. Azwar A. Pengantar administrasi kesehatan. Tangerang; Binarupa Aksara; 2010.hlm.25-7.
14. Hastono SP. Analisis data pada bidang kesehatan. Jakarta: Rajawali Pers; 2010.hlm.8-9.
15. Handoko TH. Manajemen personalia dan sumber daya manusia. Edisi Ke-2. Yogyakarta; BPFE; 2011.
16. Storr J, Anthony T, Walter Z, Nizam D, Claire K, Jacqui R, *et al*. Core components for effective infection prevention and control programmes: new WHO evidence-based recommendations. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*. 2017; 6(6):1-18. DOI 10.1186/s13756-016-0149-9
17. Hasibuan MSP. Manajemen sumber daya manusia. Edisi Revisi. Jakarta: Bumi Aksara, 2010.
18. Sapardi VS, Machmud R, Gusty RP. Analisis pelaksanaan manajemen pencegahan dan pengendalian healthcare associated infections di Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Padang. *Jurnal Endurance*. 2018;3(2);358-66.
19. Herman MJ, Handayani RS. Sarana dan prasarana rumah sakit dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di Indonesia. *Jurnal Kefarmasian Indonesia*. 2016;6(2):137-46.
20. Nelwan RM, Mandagi CF, Boky H. Analisis pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUP Ratatotok Buyat tahun 2017. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2017. 4(3);1-10.
21. Molina VF. Analisis pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di Rumkital Dr. Mintohardjo [tesis]. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia; 2012.
22. Satiti AB, Wigati PA, Fatmasari EY. Analisis penerapan standar precautions dalam pencegahan dan pengendalian HAIs (Healthcare Associated Infections) di RSUD RAA Soewondo. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2017;5(1):40-9.
23. Kartika YS, Hariyanti T, Pujiastuti L. Faktor sumber daya manusia dan komitmen manajemen yang mempengaruhi surveilans infeksi nosokomial di rumah sakit Paru Batu. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*. 2015. 28(2);181-5.

- 
24. Negara KS. Analisis implementasi kebijakan penggunaan antibiotika rasional untuk mencegah resistensi antibiotika di RSUP Sanglah Denpasar: studi kasus infeksi methicillin resistant staphylococcus aureus. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*. 2014;1(1):42-50.
25. Megawati S, Rachmawati F, Wahyono D. Evaluasi penggunaan antibiotik profilaksis pada pasien bedah. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*. 2015;5(2):127-34.