

**SKRIPSI**

**EVALUASI PROGRAM PENCEGAHAN DAN  
PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) MENGGUNAKAN  
MODEL CIPP DI RUMAH SAKIT X KABUPATEN  
MALANG**



**Oleh:**

**ALDY NADIN PRATAMA PUTRA**

**NIM. 1711.13251.281**

**PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN LINGKUNGAN  
STIKES WIDYAGAMA HUSADA  
MALANG  
2021**

# **SKRIPSI**

## **EVALUASI PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) MENGGUNAKAN MODEL CIPP DI RUMAH SAKIT X KABUPATEN MALANG**



**Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh Gelar Sarjana S1  
Kesehatan Lingkungan**

**Oleh:**

**ALDY NADIN PRATAMA PUTRA**

**NIM. 1711.13251.281**

**PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN LINGKUNGAN  
STIKES WIDYAGAMA HUSADA  
MALANG**

**2021**

# LEMBAR PERSETUJUAN

## SKRIPSI

### EVALUASI PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) MENGUNAKAN MODEL CIPP DI RUMAH SAKIT X KABUPATEN MALANG

Tugas Skripsi ini Disetujui Untuk Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Skripsi  
Program Studi S1 Kesehatan Lingkungan STIKES Widyagama Husada Malang

Oleh

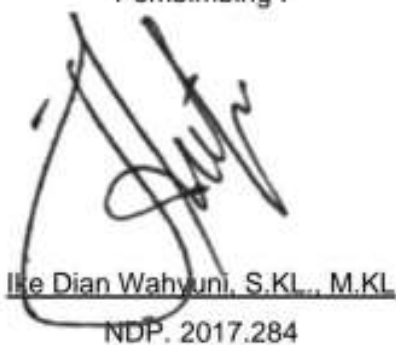
ALDY NADIN PRATAMA PUTRA

NIM. 1711.13251.281

Malang, 24 Agustus 2021

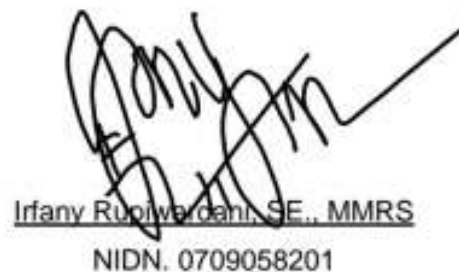
Menyetujui untuk Diuji

Pembimbing I



Ilse Dian Wahyuni, S.KL., M.KL  
NDP. 2017.284

Pembimbing II



Irfany Rupiwardani, SE., MMRS  
NIDN. 0709058201

# LEMBAR PENGESAHAN

## SKRIPSI

### EVALUASI PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) MENGUNAKAN MODEL CIPP DI RUMAH SAKIT X KABUPATEN MALANG

Tugas Skripsi ini Disetujui Untuk Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Skripsi  
Program Studi S1 Kesehatan Lingkungan STIKES Widyagama Husada Malang

ALDY NADIN PRATAMA PUTRA

NIM. 1711.13251.281

25 Agustus 2021

dr. Rudy Joegijantoro, MMRS

27 Agustus 2021

Penguji I

(  )

Ike Dian Wahyuni, S.KL., M.KL

27 Agustus 2021

Penguji II

(  )

Irfany Rupiwardani, SE., MMRS

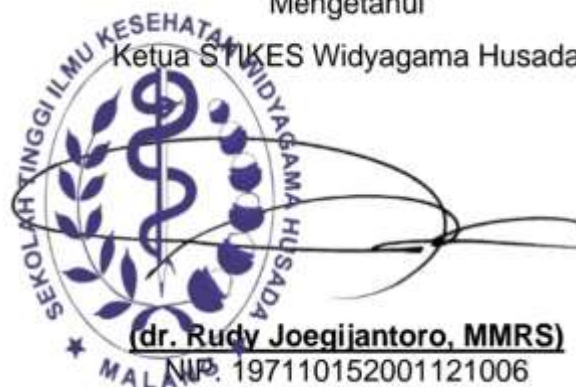
27 Agustus 2021

Penguji III

(  )

Mengetahui

Ketua STIKES Widyagama Husada



## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami ucapkan ke Hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga Skripsi yang merupakan syarat akademik penyelesaian Kuliah di Program Studi S1 Kesehatan Lingkungan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang dengan judul **“Evaluasi Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) Menggunakan Model CIPP di Rumah Sakit X Kabupaten Malang”** dapat terselesaikan dengan baik.

Pada kesempatan ini pula Kami sampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu Ike Dian Wahyuni, S.KL., M.KL dan Ibu Irfany Rupiwardani, SE., MMRS selaku pembimbing yang telah memberikan petunjuk, revisi, serta saran yang mendorong akan terwujudnya skripsi ini.

Ucapan terima kasih dan penghargaan penuh kami sampaikan juga kepada yang terhormat:

1. Bapak dr. Rudy Joegijantoro, MMRS selaku Ketua STIKES Widyagama Husada Malang dan Penguji Utama Skripsi;
2. Bapak dr. T. Prayitno selaku Direktur Rumah Sakit Bala Keselamatan Bokor yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian;
3. Keluarga besar terutama Ayah, Ibu, Kakek, dan Nenek (alm), Sepupu, dan seluruh anggota keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa yang tiada hentinya;
4. Sahabat dan teman-teman saya sejak SMA yang selalu memberikan semangat dalam mengerjakan skripsi, dan seluruh Mahasiswa Kesehatan Lingkungan Angkatan 2017 yang sudah menemani saya selama 4 tahun perkuliahan.

Semoga Tuhan senantiasa memberikan balasan atas segala dukungan dan motivasi yang telah diberikan serta semoga skripsi ini dapat berguna dan bermanfaat baik bagi diri kami sendiri maupun pihak lain yang membutuhkan.

Malang, 20 Agustus 2021

Penulis

## **ABSTRAK**

**Putra, Aldy Nadin Pratama. 2021. *Evaluasi Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) Menggunakan Model CIPP pada Rumah Sakit X Kabupaten Malang*. Skripsi. S1. Program Studi Kesehatan Lingkungan STIKes Widyagama Husada Malang. Pembimbing: 1. Ike Dian Wahyuni, S. KL., M. KL., 2. Irfany Rupwardani, S. E., M. MRS.**

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan suatu upaya yang digunakan untuk mengurangi, mencegah, dan mengendalikan penyebaran penyakit infeksi yang terjadi dalam fasilitas pelayanan kesehatan. Permasalahan tentang penyebaran penyakit infeksi merupakan tantangan yang harus dihadapi oleh setiap rumah sakit karena dapat meningkatkan angka mortalitas dan morbiditas, serta menyebabkan kenaikan biaya pengobatan dan penambahan waktu perawatan pasien. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui evaluasi program pencegahan dan pengendalian infeksi menggunakan model evaluasi CIPP di rumah sakit X Kabupaten Malang.

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Informan penelitian berjumlah 10 orang yang ditentukan menggunakan teknik purposive sampling berdasarkan struktur keanggotaan Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit X Kabupaten Malang. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu pedoman wawancara dan pedoman observasi yang disusun berdasarkan lembar survey akreditasi SNARS Edisi 1 Tahun 2018.

Hasil penelitian terhadap pelaksanaan program PPI di rumah sakit X menunjukkan bahwa pada evaluasi konteks masih ada anggota PPI yang belum memahami tujuan program PPI. Evaluasi input yang terdiri dari sumber daya manusia: keseluruhan informan pernah mendapatkan pelatihan PPI, sarana dan prasarana: masih belum mencukupi untuk program PPI, anggaran: beberapa informan masih belum mengetahui anggaran, kebijakan PPI: keseluruhan informan sudah mengetahui kebijakan PPI. Evaluasi proses yaitu pelaksanaan program PPI: sebagian belum terlaksana dengan baik, monitoring program PPI: belum terlaksana dengan baik, hambatan program: masih ada beberapa hambatan dalam program PPI. Evaluasi hasil yaitu diukur berdasarkan capaian dalam lembar survey SNARS Edisi 1 Tahun 2018 dan menunjukkan bahwa sebagian program belum terlaksana dengan baik.

**Kepustakaan : 40 Kepustakaan (2008-2021)**

**Kata Kunci : Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Model CIPP**

## ABSTRACT

**Putra, Aldy Nadin Pratama. 2021. Evaluation of Infections Prevention and Control Programs (IPC) Using CIPP Model on X Hospital, Malang District. Thesis. S1. Environmental Health Study Program. School of Health and Science Widyagama Husada Malang. Advisors: 1. Ike Dian Wahyuni, S. KL., M. KL., 2. Irfany Rupiwardani, S. E., M. MRS.**

Infections prevention and control is a method that used to decrease, prevent, and control of healthcare associated infections (HAIs) in healthcare facilities. The problems about HAIs transmission is a challenge that must be faced by every hospital because it can cause an increase of mortality, morbidity, as well as an increase on treatment cost and treatment time. The purpose of this study is to evaluate the infections prevention and control programs using CIPP evaluation model on X hospital, Malang District.

This research used a *descriptive research design* and *qualitative approach*. The research informants amounted to 10 people whom taken by using *purposive sampling* based on organizational structure of infections prevention and control team. The instrument used in this research was an interview guidelines and observation guide based on SNARS first edition 2018: accreditation survey sheet.

The results of this research show that in evaluation context there is an IPC member who doesn't know about IPC programs purpose. Input evaluation that consist of human resources: all informants have ever got an IPC training, infrastructure: still not enough for IPC programs, budget: few of informants do not know about budget, IPC policy: all informants have already known about IPC policy. Evaluation process that consist of IPC programs implementation: some have not done well, IPC program monitoring: have not done well, IPC program obstacle: there are some obstacles in the IPC program. Product evaluation is measured by achievement on SNARS first edition 2018: accreditation survey sheet and the data shows that there are some programs that have not done well.

**Reference : 40 References (2008-2021)**

**Keywords : infections prevention and control programs, CIPP evaluation model**

## DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
DAFTAR SINGKATAN .....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>5</b>
2.1 Rumah Sakit.....	5
2.1.1 Definisi Rumah Sakit .....	5
2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit.....	5
2.1.3 Jenis Rumah Sakit .....	6
2.1.4 Klasifikasi Rumah Sakit .....	7
2.2 <i>Healthcare Associated Infections (HAIs)</i> .....	7
2.2.1 Definisi <i>Healthcare Associated Infections</i> .....	7
2.2.2 Jenis <i>Healthcare Associated Infections (HAIs)</i> .....	8
2.3 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi .....	9
2.3.1 Definisi PPI.....	9
2.3.2 Tujuan PPI .....	10
2.3.3 Ruang Lingkup PPI .....	10
2.4 Standar Program PPI .....	11
2.4.1 Kepemimpinan dan Tata Kelola .....	11
2.4.2 Sumber Daya .....	11
2.4.4 Peralatan Medis dan Alat Kesehatan Habis Pakai.....	13



2.4.5 Limbah Infeksius .....	14
2.4.6 Pelayanan Makanan .....	14
2.4.7 Risiko Konstruksi .....	14
2.4.8 Transmisi Infeksi .....	15
2.4.9 Peningkatan Mutu dan Program Edukasi .....	15
2.5 Evaluasi.....	16
2.5.1 Definisi dan Fungsi Evaluasi .....	16
2.5.2 Model Evaluasi CIPP .....	16
2.6 Penelitian Terdahulu .....	18
<b>BAB III KERANGKA KONSEP .....</b>	<b>21</b>
3.1 Kerangka Konsep .....	21
<b>BAB IV METODE PENELITIAN.....</b>	<b>22</b>
4.1 Desain Penelitian .....	22
4.2 Informan Penelitian .....	22
4.3 Waktu dan Tempat Penelitian .....	24
4.3.1 Waktu Penelitian .....	24
4.3.2 Tempat Penelitian.....	24
4.4 Definisi Operasional.....	24
4.5 Instrumen Penelitian .....	26
4.6 Jenis Data .....	28
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	29
4.8 Analisis Data .....	29
4.9 Etika Penelitian .....	30
4.10 Jadwal Penelitian.....	31
<b>BAB V HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>32</b>
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	32
5.2 Data Umum Penelitian .....	33
5.3 Hasil Evaluasi <i>Context</i> Program PPI Rumah Sakit X .....	34
5.4 Hasil Evaluasi <i>Input</i> Program PPI Rumah Sakit X .....	48
5.5 Hasil Evaluasi <i>Process</i> Program PPI Rumah Sakit X .....	68
5.6 Hasil Evaluasi <i>Product</i> Program PPI Rumah Sakit X.....	86
<b>BAB VI PEMBAHASAN.....</b>	<b>89</b>
6.1 Evaluasi <i>Context</i> Program PPI Rumah Sakit X.....	89
6.1.1 Tujuan Program PPI.....	89

<b>6.2 Evaluasi <i>Input</i> Program PPI Rumah Sakit X</b> .....	90
6.2.1 Sumber Daya Manusia .....	90
6.2.2 Sarana dan Prasarana .....	92
6.2.3 Anggaran .....	94
6.2.4 Kebijakan PPI Rumah Sakit .....	97
<b>6.3 Evaluasi <i>Process</i> Program PPI Rumah Sakit X</b> .....	98
6.3.1 Pelaksanaan Program PPI .....	98
6.3.2 Monitoring Program PPI .....	100
6.3.3 Hambatan Program PPI.....	101
<b>6.4 Evaluasi <i>Product</i> Program PPI Rumah Sakit X</b> .....	104
6.4.1 Kepemimpinan dan Tata Kelola .....	104
6.4.2 Sumber Daya .....	106
6.4.3 Tujuan PPI .....	107
6.4.4 Peralatan Medis dan Alat Kesehatan Habis Pakai.....	108
6.4.5 Limbah Infeksius .....	109
6.4.6 Pelayanan Makanan .....	112
6.4.7 Risiko Konstruksi .....	112
6.4.8 Transmisi Infeksi .....	113
6.4.9 Peningkatan Mutu dan Program Edukasi .....	114
<b>BAB VII PENUTUP</b> .....	116
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	118

## DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Hal
Tabel 2.1	Penelitian Terdahulu .....	18
Tabel 4.1	Kode Informan .....	23
Tabel 4.2	Definisi Operasional .....	24
Tabel 4.3	Jadwal Penelitian .....	31
Tabel 5.1	Data Umum Informan .....	33
Tabel 5.2	Hasil Wawancara Tujuan .....	34
Tabel 5.3	Hasil Wawancara Sumber Daya Manusia .....	48
Tabel 5.4	Hasil Wawancara Sarana dan Prasarana .....	54
Tabel 5.5	Hasil Wawancara Anggaran .....	59
Tabel 5.6	Hasil Wawancara Kebijakan PPI RS .....	64
Tabel 5.7	Hasil Wawancara Pelaksanaan Program PPI .....	68
Tabel 5.8	Hasil Wawancara Monitoring Program PPI .....	72
Tabel 5.9	Hasil Wawancara Hambatan Program PPI .....	80
Tabel 5.10	Hasil Observasi Program PPI .....	86

## DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Hal
<b>Gambar 3.1</b>	<b>Kerangka Konsep .....</b>	<b>22</b>

## **DAFTAR LAMPIRAN**

**No. Judul Lampiran**

- 1. Pedoman Wawancara**
- 2. Lembar Observasi**
- 3. Lembar Penjelasan untuk Informan Penelitian**
- 4. Lembar Persetujuan Informan**
- 5. Surat Izin Penelitian**
- 6. Surat Balasan Izin Penelitian**
- 7. Lembar Rekomendasi Perbaikan Penguji**
- 8. Lembar Rekomendasi Perbaikan Pembimbing 1**
- 9. Lembar Rekomendasi Perbaikan Pembimbing 2**
- 10. Dokumentasi Penelitian**
- 11. Pernyataan Keaslian Tulisan**
- 12. Curriculum Vitae**

## DAFTAR SINGKATAN

- PPI : Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
- IPC : *Infections Prevention and Control*
- HAIs : *Healthcare Associated Infections*
- WHO : *World Health Organization*
- SPO : Standar Prosedur Operasional
- IPCO : *Infection Prevention and Control Officer*
- IPCN : *Infection Prevention and Control Nurse*
- IPCLN : *Infection Prevention and Control Link Nurse*
- VAP : *Ventilator Associated Pneumonia*
- IAD : Infeksi Aliran Darah
- ISK : Infeksi Saluran Kemih
- IDO : Infeksi Darah Operasi
- K3RS : Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit
- CIPP : *Context, Input, Process, Product*
- SDM : Sumber Daya Manusia
- IPSRS : Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Rumah sakit telah menjadi bagian penting dalam kehidupan bermasyarakat dan menjadi suatu institusi pelayanan kesehatan yang bersifat kompleks, karena menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna melalui kegiatan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit juga bertindak sebagai pelayanan kesehatan kuratif tingkat pertama, kedua, dan ketiga, yang membuatnya menjadi titik temu dari berbagai macam penyakit serta rawan terjadi penularan penyakit infeksi yang disebut dengan infeksi nosokomial (Listiyono, 2015).

*Healthcare Associated Infections* atau Infeksi nosokomial merupakan suatu penyakit infeksi yang didapatkan oleh pasien setelah mendapatkan perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Infeksi nosokomial dapat disebabkan oleh mikroorganisme patogen seperti bakteri, virus, maupun jamur yang menyebar dari pasien satu ke pasien lainnya melalui perantara udara, dinding, dan perabotan rumah sakit. Infeksi nosokomial merupakan tantangan yang harus dihadapi oleh rumah sakit di seluruh dunia karena dapat menyebabkan peningkatan angka morbiditas dan mortalitas, serta menyebabkan kenaikan biaya pengobatan dan penambahan waktu perawatan di rumah sakit, sehingga pencegahan terhadap infeksi nosokomial menjadi salah satu standar pelayanan pasien dalam fasilitas pelayanan kesehatan (Cassini, 2016).

*World Health Organization* (WHO) pada tahun 2016 menyebutkan bahwa sebanyak 15% dari total pasien rawat inap di dunia merupakan pasien infeksi nosokomial dengan angka kasus mencapai 75% di Asia Tenggara dan sebagian Negara Afrika. Sedangkan pada tahun 2014, kasus infeksi nosokomial berada pada angka lebih dari 722.000 kasus dengan kejadian di Indonesia berada di kisaran 15.74%. Tingginya angka tersebut menunjukkan bahwa infeksi nosokomial sangat rawan terjadi dan dapat mengancam keberhasilan pelayanan medis di rumah sakit (Sapardi, 2018).

Pencegahan terhadap infeksi nosokomial hingga saat ini merupakan topik yang harus bisa diatasi oleh setiap rumah sakit, karena infeksi nosokomial dapat menyerang siapapun baik itu pasien, karyawan, maupun pengunjung. Oleh sebab itu, manajemen yang tepat diperlukan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial guna menjamin keselamatan setiap orang yang berada dalam lingkup rumah sakit (Heriyati, 2020).

Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) merupakan salah satu unit dalam rumah sakit yang bertujuan untuk mewujudkan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, sehingga dapat melindungi pasien, masyarakat, dan sumber daya kesehatan dari bahaya penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan yang diberikan. Penyelenggaraan unit PPI dalam rumah sakit dijalankan dengan program-program yang meliputi kewaspadaan isolasi, karantina kesehatan, pencegahan infeksi nosokomial, pelatihan, pelaksanaan audit secara berkala, dan lain-lain. Namun, seringkali beberapa program yang dijalankan oleh unit PPI tidak dapat berjalan dengan lancar (Sapardi, 2018).

Tidak berjalannya program PPI dapat terjadi karena terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi dan menjadi kendala dalam pelaksanaan, diantaranya yaitu dapat disebabkan oleh kurang tersedianya sarana dan prasarana, kurangnya kesadaran petugas, pencatatan kasus infeksi yang tidak berkelanjutan, dan lain-lain. Hal ini dapat menjadi penghambat bagi rumah sakit dalam melakukan pelayanan kesehatan secara optimal dan dapat menjadi stigma negatif bagi rumah sakit kedepannya (Sapardi, 2018).

Salah satu kasus tentang penerapan program PPI yang tidak maksimal ditunjukkan dalam penelitian Ningsih (2013), yang menyebutkan bahwa pada bangsal rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Sukoharjo dengan jumlah pasien rawat inap sebanyak 7830 orang pada tahun 2012, ditemukan sebanyak 37 orang mengalami infeksi nosokomial yang terdiri dari 3 kasus pneumonia, 8 kasus sepsis, 3 kasus decubitus, dan 23 kasus flebitis. Hal ini menunjukkan bahwa kasus infeksi nosokomial pada rumah sakit tersebut masih tinggi sehingga perlu dilakukan peningkatan tindakan pencegahan.

Program PPI yang tidak berjalan dengan baik dapat menimbulkan peningkatan risiko penyakit infeksi serta terjadinya kekhawatiran baik itu bagi pasien, pengunjung, maupun petugas rumah sakit terhadap infeksi nosokomial. Permenkes No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah



Sakit menyebutkan bahwa standar kejadian infeksi nosokomial di rumah sakit adalah  $\leq 1.5\%$ . Jumlah kasus infeksi nosokomial melebihi angka tersebut dapat berisiko terhadap pencabutan izin operasional rumah sakit, sehingga penelitian terhadap pencegahan dan pengendalian infeksi perlu untuk dilakukan.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada Rumah Sakit X Kabupaten Malang menunjukkan bahwa telah terjadi sebanyak 4 kasus infeksi yaitu flebitis per bulan Januari hingga bulan Maret 2021. Menurut Pradini (2016), flebitis merupakan peradangan dinding vena yang diakibatkan oleh tusukan jarum seperti suntik atau infus yang ditandai dengan gejala nyeri, kemerahan, bengkak, dan hangat pada lokasi bekas penusukan.

Pelaksanaan program PPI di Rumah Sakit X menurut perawat PPI (*Infection Prevention and Control Nurse / IPCN*) dalam studi pendahuluan masih belum berjalan maksimal. Hal tersebut diakibatkan oleh beberapa faktor seperti kurangnya kepatuhan petugas terhadap SPO (Standar Prosedur Operasional), serta seringkali kasus infeksi pada unit-unit di Rumah Sakit tidak dilaporkan, sehingga menghambat pelaksanaan program PPI di Rumah Sakit X.

Berdasarkan uraian di atas, membuat peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terhadap pelaksanaan program PPI di rumah sakit. Hal ini bertujuan agar dapat diketahui berhasil atau tidaknya program PPI yang dijalankan, serta mengevaluasi berbagai kendala yang dialami oleh rumah sakit dalam pelaksanaannya. Sehingga, dengan diadakannya penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi rumah sakit agar menjadi lebih baik lagi dalam menjalankan program PPI.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian pada latar belakang, maka rumusan masalah penelitian yaitu: "Bagaimana evaluasi program pencegahan dan pengendalian infeksi menggunakan model evaluasi CIPP di Rumah Sakit X Kabupaten Malang?".

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui evaluasi program pencegahan dan pengendalian infeksi menggunakan model evaluasi CIPP di Rumah Sakit X Kabupaten Malang.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Untuk mengetahui evaluasi konteks (context) dari program pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit X.
2. Untuk mengetahui evaluasi masukan (input) dari program pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit X.
3. Untuk mengetahui evaluasi proses (process) dari program pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit X.
4. Untuk mengetahui evaluasi hasil (product) dari program pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit X.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1. Bagi Institusi Rumah Sakit**

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan evaluasi terhadap program PPI sehingga dapat menjadi acuan pelaksanaan program PPI yang baik kedepannya.

#### **2. Bagi STIKES Widyagama Husada Malang**

Menambah kepustakaan mengenai evaluasi program PPI rumah sakit dan dapat digunakan sebagai bahan ajar mahasiswa.

#### **3. Bagi Peneliti**

Menambah pengetahuan dan memberi pengalaman langsung kepada peneliti tentang evaluasi program PPI rumah sakit.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Rumah Sakit**

##### **2.1.1 Definisi Rumah Sakit**

Menurut Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, menyebutkan bahwa pengertian rumah sakit ialah suatu institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna terhadap kesehatan perorangan dengan menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan unit gawat darurat. Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan setelah Puskesmas memiliki peran yang strategis pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Sehingga Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan bermutu yang sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan dan mampu menjangkau seluruh lapisan masyarakat (Khomariyah, 2018).

##### **2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit**

Rumah Sakit dituntut untuk melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif) kepada pasien, upaya peningkatan pengetahuan pasien (promotif), dan upaya pencegahan penyakit (preventif), serta melakukan upaya rujukan jika diperlukan. Rumah Sakit bertugas memberikan pelayanan kesehatan secara paripurna terhadap masyarakat (Khomariyah, 2018).

Dalam menjalankan tugas-tugasnya, rumah sakit menurut Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 memiliki fungsi sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan sesuai standar pelayanan.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan individu secara paripurna.
3. Penyelenggaraan informasi dan pelatihan sumber daya manusia dalam meningkatkan kemampuan pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan teknologi bidang kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

### 2.1.3 Jenis Rumah Sakit

Penyelenggaraan rumah sakit dalam menjalankan tugas mewujudkan kesehatan masyarakat dilakukan berdasarkan kebutuhan masyarakat akan kesehatan itu sendiri. Hal ini mendorong rumah sakit untuk menyesuaikan diri dengan mengadakan jenis rumah sakit yang berbeda, yang didasarkan pada jenis pelayanan yang diberikan, maupun berdasarkan metode pengelolaannya. Pasal 19 dalam UU No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyebutkan bahwa berdasarkan jenis pelayanannya, rumah sakit dapat dibagi menjadi 2, yaitu:

#### 1. Rumah Sakit Umum

Rumah Sakit Umum merupakan suatu rumah sakit yang diadakan untuk menangani permasalahan kesehatan secara umum, yakni mengadakan pelayanan pada semua jenis penyakit yang diderita masyarakat. Rumah Sakit Umum mengadakan pelayanan pada berbagai bidang kesehatan dimulai dari poli gigi, poli jantung, poli mata, dan lain-lain untuk mewujudkan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

#### 2. Rumah Sakit Khusus

Rumah Sakit Khusus merupakan suatu rumah sakit yang diadakan dengan fokus penyakit tertentu. Penyelenggaraan rumah sakit khusus didasarkan pada kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan spesialis sehingga dapat menjamin kesembuhan dari penyakit yang diderita. Contoh Rumah Sakit Khusus yaitu Rumah Sakit Khusus Paru (RSKP), Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA), Rumah Sakit Jiwa (RSJ), dan lain-lain.

Pembagian jenis rumah sakit berdasarkan pengelolaannya berarti rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dibagi berdasarkan kepemilikan atau Lembaga yang mengelola rumah sakit tersebut. Jenis rumah sakit berdasarkan pengelolaannya dapat dibagi menjadi 2, yaitu:

## 1. Rumah Sakit Publik

Rumah Sakit Publik merupakan rumah sakit yang diselenggarakan berdasarkan Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah. Pengelolaan rumah sakit publik dilakukan sesuai dengan Undang-Undang dan dikelola oleh Pemerintah atau badan hukum yang sifatnya adalah nirlaba atau tidak mengambil keuntungan.

## 2. Rumah Sakit Privat

Rumah Sakit Privat yaitu rumah sakit yang dikelola oleh badan hukum tertentu seperti Perseroan Terbatas atau Persero yang dilakukan dengan tujuan untuk memperoleh profit dari kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan.

### 2.1.4 Klasifikasi Rumah Sakit

Dalam usaha menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara berjenjang dengan fungsi rujukan, Penyelenggaraan Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus diklasifikasikan berdasarkan pada kemampuan pelayanan masing-masing Rumah Sakit. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No.3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, klasifikasi Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus ditentukan berdasarkan jumlah tempat tidur, yaitu:

1. Rumah Sakit Umum
  - a. Rumah Sakit Umum Kelas A: Minimal 250 buah tempat tidur
  - b. Rumah Sakit Umum Kelas B: Minimal 200 buah tempat tidur
  - c. Rumah Sakit Umum Kelas C: Minimal 100 buah tempat tidur
  - d. Rumah Sakit Umum Kelas D: Minimal 50 buah tempat tidur
2. Rumah Sakit Khusus
  - a. Rumah Sakit Khusus Kelas A: Minimal 100 buah tempat tidur
  - b. Rumah Sakit Khusus Kelas B: Minimal 75 buah tempat tidur
  - c. Rumah Sakit Khusus Kelas C: Minimal 25 buah tempat tidur

## 2.2 *Healthcare Associated Infections (HAIs)*

### 2.2.1 Definisi *Healthcare Associated Infections*

*Health Care Associated Infections (HAIs)* atau yang biasa disebut dengan infeksi nosokomial merupakan suatu penyakit infeksi yang didapat pasien saat menjalani prosedur perawatan atau pelayanan medis di fasilitas pelayanan

kesehatan setelah lebih dari 48 jam dirawat atau kurang dari 30 hari setelah keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan. Infeksi ini seringkali disebut dengan infeksi di rumah sakit karena merupakan komplikasi yang paling sering terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit (Opollo, 2021).

Pasal 1 ayat 2 Permenkes RI No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyebutkan bahwa definisi *Healthcare Associated Infections* atau infeksi nosokomial merupakan suatu infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, dimana ketika pasien masuk tidak didapati adanya infeksi dan tidak sedang dalam masa inkubasi, termasuk infeksi dalam rumah sakit tapi muncul setelah pasien pulang, serta infeksi karena pekerjaan petugas rumah sakit dan tenaga kesehatan terkait proses pelayanan kesehatan.

Menurut Vaca (2017), infeksi nosokomial menjadi salah satu penyebab dari peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan kematian (mortalitas) di rumah sakit, sehingga dapat timbul masalah kesehatan baru dan menjadi penyebab dari semakin lamanya masa perawatan pasien di rumah sakit. Hingga saat ini, angka kejadian infeksi nosokomial menjadi salah satu tolok ukur mutu pelayanan dalam rumah sakit. Permenkes No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit yang menyebutkan bahwa standar kejadian infeksi nosokomial di rumah sakit sebesar  $\leq 1.5\%$ . Tingginya kejadian infeksi nosokomial dapat menyebabkan pencabutan terhadap izin operasional rumah sakit.

### **2.2.2 Jenis *Healthcare Associated Infections* (HAIs)**

Berdasarkan Lampiran 1 Permenkes RI No 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, terdapat beberapa jenis *Healthcare Associated Infections* (HAIs) yang paling sering terjadi di Rumah Sakit, diantaranya yaitu:

#### **1. *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP)**

*Ventilator Associated Pneumonia* merupakan gejala pneumonia yang terjadi pada kurun waktu lebih dari 48 jam setelah dilakukan intubasi endotrakeal pada pasien ruang ICU. Infeksi ini terjadi akibat dari masuknya mikroorganisme patogen ke dalam saluran pernapasan yang berasal dari

peralatan yang terkontaminasi atau dibawa petugas kesehatan (Sadli, 2017).

## 2. Infeksi Aliran Darah (IAD)

Infeksi aliran darah atau *Central Line Associated Bloodstream Infections* (CLABSI) merupakan infeksi yang timbul tanpa adanya organ atau jaringan lain yang dicurigai sebagai sumber terjadinya infeksi. Infeksi ini seringkali terjadi akibat dari beberapa faktor, diantaranya yaitu retaknya botol infus, adanya lubang pada kontainer plastik, peralatan yang terkontaminasi, dan lain-lain (Haque, 2018).

## 3. Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Infeksi saluran kemih adalah suatu penyakit infeksi yang terjadi akibat adanya pertumbuhan mikroorganisme atau bakteri patogen dalam saluran kemih manusia. Bakteri patogen penyebab infeksi saluran kemih diantaranya *Escherichia coli*, *Klebsiella sp*, *Proteus sp*, *Citrobacter*, dan lain-lain. Infeksi ini diawali dari invasi bakteri melalui uretra menuju ke dalam kandung kemih. Setelah itu bakteri akan masuk ke dalam ginjal dan berkembang biak dalam urine hingga terjadi infeksi (Sari, 2018).

## 4. Infeksi Darah Operasi (IDO)

Infeksi darah operasi atau yang sering disebut dengan *Surgical Site Infection* (SSI) merupakan kejadian infeksi pada luka operasi. Terjadinya infeksi ini dapat diakibatkan oleh beberapa faktor, seperti derajat kontaminasi operasi, komorbiditas pasien *diabetes mellitus*, suhu pra operasi, jumlah leukosit pasien, serta durasi operasi. Infeksi darah operasi menjadi salah satu penyebab komplikasi utama operasi yang meningkatkan angka kematian dan biaya perawatan pasien di Rumah Sakit (Assadian, 2021).

## 2.3 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

### 2.3.1 Definisi PPI

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) merupakan suatu upaya yang dilakukan untuk mencegah transmisi penyakit menular dan *Healthcare Associated Infections* (HAIs) di tempat pelayanan kesehatan. Berdasarkan suku katanya, pencegahan memiliki pengertian yaitu usaha yang dilakukan untuk mencegah

terjadinya infeksi, sedangkan pengendalian berarti usaha untuk meminimalisir risiko terjadinya infeksi di tempat pelayanan kesehatan (Siahaan, 2019).

Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit (PPI RS) merupakan rangkaian kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, serta pembinaan yang dilakukan dalam upaya menurunkan angka kejadian infeksi di rumah sakit. Program yang dilakukan oleh PPI RS menyangkut keamanan lingkungan rumah sakit dari risiko transmisi infeksi yang dikelola melalui manajemen risiko, tata laksana, serta pelaksanaan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) untuk melindungi pasien, pengunjung, dan petugas rumah sakit dari risiko penyebaran infeksi (Khairunnisa, 2018).

### **2.3.2 Tujuan PPI**

Penyelenggaraan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) bertujuan untuk mencegah dan mengendalikan infeksi dengan cara menghambat pertumbuhan dan transmisi mikroba yang bersumber dari sekitar pasien yang sedang di rawat, sehingga dapat melindungi pasien, pengunjung, dan petugas rumah sakit. Selain itu, PPI juga bertujuan untuk menghemat biaya perawatan pasien, meningkatkan kualitas pelayanan, serta menurunkan angka kejadian *Healthcare Associated Infections* (HAIs) atau infeksi nosokomial (Khairunnisa, 2018).

Lampiran 1 Permenkes No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, menyebutkan bahwa pedoman PPI di dalam fasilitas pelayanan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, guna melindungi tenaga kesehatan, pasien, dan masyarakat sekitar dari penyakit infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan.

### **2.3.3 Ruang Lingkup PPI**

Menurut Lampiran 1 Permenkes No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Program PPI memiliki ruang lingkup yang mencakup kewaspadaan isolasi, penerapan PPI pada pencegahan infeksi terkait pelayanan kesehatan (*Healthcare Associated Infections / HAIs*), serta pelaksanaan monitoring melalui audit *Infection Control Risk Assessment* (ICRA).



## **2.4 Standar Program PPI**

Penyelenggaraan Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di fasilitas pelayanan kesehatan memperhatikan beberapa standar, yaitu langkah-langkah pencegahan dan pengendalian infeksi dasar yang perlu untuk dilakukan dalam rangka mengurangi risiko penularan infeksi dari sumber yang diketahui maupun yang belum diketahui (Pasaribu, 2018). Standar PPI seperti yang tercantum dalam Instrumen Survei Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 Tahun 2018, antara lain:

### **2.4.1 Kepemimpinan dan Tata Kelola**

#### **1. Standar PPI 1**

Penetapan Komite atau Tim PPI guna melakukan koordinasi terhadap keseluruhan kegiatan PPI dengan melibatkan pimpinan rumah sakit, serta staf klinis dan non klinis sesuai dengan ukuran dan kompleksitas Rumah Sakit dan undang-undang yang berlaku.

#### **2. Standar PPI 1.1**

Penetapan organisasi untuk melakukan keseluruhan kegiatan PPI secara terstruktur yang melibatkan pimpinan Rumah Sakit, serta staf klinis dan non klinis sesuai dengan ukuran dan kompleksitas rumah sakit dan peraturan perundang-undangan.

#### **3. Standar PPI 2**

Penetapan perawat PPI atau *Infection Prevention and Control Nurse* (IPCN) yang kompeten untuk melakukan pengawasan dan supervisi keseluruhan kegiatan PPI. Menurut Bab 2 Lampiran 2 Permenkes No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus memiliki IPCN yang bekerja penuh waktu dengan rasio 1 orang IPCN untuk setiap 100 tempat tidur yang tersedia.

### **2.4.2 Sumber Daya**

#### **1. Standar PPI 3**

Rumah Sakit memiliki perawat penghubung PPI atau *Infection Prevention and Control Link Nurse* (IPCLN) yang jumlah dan kualifikasinya sesuai dengan peraturan perundang-undangan. IPCLN merupakan

perawat pelaksana harian yang menjadi penghubung dengan perawat PPI (Infection Prevention Control Nurse / IPCN) yang ditempatkan di setiap unit pelayanan atau unit rawat inap di Rumah Sakit (Mustariningrum, 2015).

## 2. Standar PPI 4

Tersedianya sumber daya oleh pimpinan rumah sakit untuk mendukung pelaksanaan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi. Sumber daya yang dimaksud meliputi tenaga, anggaran, fasilitas, dan sumber informasi yang diperlukan. Menurut Ramayanti (2019), pimpinan rumah sakit selain melakukan penunjukan staf juga harus menyediakan alokasi dana yang cukup sehingga dapat mendukung keberlangsungan program PPI di rumah sakit.

### 2.4.3 Tujuan Program PPI

#### 1. Standar PPI 5

Rumah sakit memiliki program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi serta kesehatan kerja yang dilaksanakan secara menyeluruh untuk meminimalisir risiko penularan infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan (*Healthcare Associated Infections / HAIs*) pada pasien, pengunjung, maupun petugas Rumah Sakit. Program PPI seperti yang disebutkan dalam SNARS Edisi 1 Tahun 2018 meliputi:

- a. Kebersihan tangan;
- b. Surveilans risiko infeksi;
- c. Investigasi wabah (outbreak) penyakit infeksi;
- d. Peningkatan pengawasan terhadap penggunaan antibiotik secara aman;
- e. Penilaian risiko secara berkala;
- f. Penetapan sasaran penurunan risiko infeksi;
- g. Pengukuran dan review terhadap risiko infeksi.

#### 2. Standar PPI 6

Rumah sakit menetapkan fokus program pencegahan dan pengendalian infeksi dengan melakukan surveilans menggunakan pendekatan yang didasarkan pada risiko yang terkait dengan pelayanan kesehatan.

### 3. Standar PPI 6.1

Rumah sakit melakukan penelusuran terhadap risiko infeksi, tingkat infeksi, dan kecenderungan dari infeksi terkait pelayanan kesehatan dalam rangka mengurangi angka kejadian infeksi tersebut di rumah sakit.

### 4. Standar PPI 6.2

Rumah sakit melakukan penilaian risiko (*risk assessment*) infeksi secara proaktif dan membuat strategi dalam rangka menurunkan risiko infeksi tersebut.

## **2.4.4 Peralatan Medis dan Alat Kesehatan Habis Pakai**

### 1. Standar PPI 7

Rumah sakit mengidentifikasi prosedur operasional dan setiap proses asuhan yang berpotensi terhadap kejadian infeksi, serta menerapkan strategi dalam menurunkan risiko infeksi tersebut.

### 2. Standar PPI 7.1

Rumah sakit melakukan identifikasi prosedur dan kegiatan penunjang pelayanan yang memiliki risiko terjadinya infeksi serta menerapkan strategi untuk menurunkan risiko infeksi tersebut.

### 3. Standar PPI 7.2

Rumah sakit mengelola kebersihan dan melakukan sterilisasi peralatan penunjang medis dengan baik dan benar untuk menurunkan risiko kejadian infeksi.

### 4. Standar PPI 7.2.1

Rumah sakit yang bekerjasama dengan pihak ketiga dalam melakukan sterilisasi harus melakukannya dengan Lembaga yang telah memiliki sertifikasi mutu.

### 5. Standar PPI 7.2.2

Rumah sakit melakukan identifikasi dan penerapan proses untuk mengelola persediaan (*supply*) bahan farmasi habis pakai yang telah kadaluwarsa, serta penggunaan ulang peralatan sekali pakai jika diizinkan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku.

#### 5. Standar PPI 7.3

Rumah sakit mengelola linen atau *laundry* sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku untuk menurunkan risiko infeksi pada unit tersebut.

#### 6. Standar PPI 7.3.1

Pengelolaan linen atau *laundry* dalam rumah sakit dilakukan sesuai dengan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi.

### **2.4.5 Limbah Infeksius**

#### 1. Standar PPI 7.4

Rumah sakit melakukan pengelolaan limbah infeksius dengan benar untuk mengurangi risiko penularan infeksi.

#### 2. Standar PPI 7.4.1

Rumah sakit mengelola unit kamar mayat dan kamar bedah mayat sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

#### 3. Standar PPI 7.5

Rumah sakit melakukan pengelolaan limbah benda tajam dan jarum secara aman.

### **2.4.6 Pelayanan Makanan**

#### 1. Standar PPI 7.6

Rumah sakit melakukan penyelenggaraan makanan dengan baik untuk mengurangi risiko penularan infeksi terkait pelayanan makanan.

### **2.4.7 Risiko Konstruksi**

#### 1. Standar PPI 7.7

Rumah sakit menurunkan risiko penularan infeksi pada fasilitas terkait pengendalian mekanis dan teknis (*mechanical and engineering controls*).

#### 2. Standar PPI 7.7.1

Rumah sakit melakukan penurunan risiko infeksi pada saat melakukan pembongkaran, konstruksi, dan renovasi bangunan.

#### **2.4.8 Transmisi Infeksi**

##### **1. Standar PPI 8**

Rumah sakit melindungi pasien, pengunjung, dan petugas rumah sakit dari penyakit menular, serta melindungi pasien dengan tingkat kekebalan tubuh rendah (*immunocompromised*) dari infeksi yang rentan terjadi.

##### **2. Standar PPI 8.1**

Rumah sakit menetapkan penempatan pasien dan proses transfer pasien dengan *airborne diseases* di dalam dan di luar rumah sakit.

##### **3. Standar PPI 8.2**

Rumah sakit menetapkan penempatan pasien infeksi *airborne* dalam waktu singkat apabila rumah sakit tidak memiliki ruangan dengan tekanan negatif, baik itu menggunakan ventilasi alami maupun mekanik.

##### **4. Standar PPI 8.3**

Rumah sakit mengembangkan dan menerapkan proses dalam rangka penanganan wabah (*outbreak*) terkait *airborne diseases*.

##### **5. Standar PPI 9**

Setiap pasien, pengunjung, dan petugas rumah sakit membersihkan tangan menggunakan sabun dan desinfektan untuk mengendalikan risiko penyebaran penyakit infeksi.

##### **6. Standar PPI 9.1**

Tersedia sarung tangan, masker, pelindung mata, dan alat pelindung diri (APD) lainnya, serta digunakan secara tepat apabila disyaratkan.

#### **2.4.9 Peningkatan Mutu dan Program Edukasi**

##### **1. Standar PPI 10**

Pengintegrasian antara program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dengan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) menggunakan indikator yang penting bagi rumah sakit secara epidemiologis.

## 2. Standar PPI 11

Rumah sakit melakukan edukasi dan memberikan informasi tentang PPI terhadap staf klinis dan non klinis, pasien, keluarga pasien, serta petugas lainnya yang terlibat dalam pelayanan pasien.

### 2.5 Evaluasi

#### 2.5.1 Definisi dan Fungsi Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu kegiatan yang dilakukan untuk memperoleh informasi dan membandingkan pencapaian (*output*) antara kinerja yang diharapkan atau direncanakan dan kinerja riil di lapangan. Pelaksanaan evaluasi mengacu pada tujuan dari kegiatan yang akan dievaluasi, serta disesuaikan dengan indikator dan standar kinerja yang ditetapkan saat perencanaan (Agustin, 2019).

Penyelenggaraan evaluasi berfungsi untuk menjadi umpan balik (*feedback*) bagi pembuat rencana untuk merencanakan masa depan kegiatan. Ketika hasil evaluasi menunjukkan keberhasilan maka akan menjadi pertimbangan bagi pembuat rencana untuk melanjutkan kegiatan tersebut dan memperluasnya. Namun, apabila hasil evaluasi menunjukkan kegagalan, maka dapat menjadi rekomendasi bagi pembuat rencana untuk menghentikan kegiatan (Agustin, 2019).

#### 2.5.2 Model Evaluasi CIPP

Evaluasi model CIPP (*Context, Input, Process, Product*) pertama kali ditemukan oleh Stufflebeam pada tahun 1965. Model evaluasi ini dapat diterapkan pada berbagai bidang, baik itu bidang pendidikan, manajemen, kesehatan, dan sebagainya. Evaluasi model CIPP mengacu pada 4 komponen yaitu konteks (*context*), masukan (*input*), proses (*process*), dan hasil (*product*) yang merupakan sasaran dari kegiatan evaluasi.

##### 1. Evaluasi Konteks (*Context Evaluation*)

Evaluasi konteks merupakan gambaran spesifik dari lingkungan program, gambaran kebutuhan program, dan tujuan dari program yang dievaluasi. Evaluasi konteks dilakukan dengan tujuan untuk membantu perencanaan keputusan, penentuan kebutuhan, serta merumuskan tujuan program yang ingin dicapai. Secara umum, evaluasi konteks dilakukan untuk menjawab pertanyaan seperti kebutuhan yang belum dipenuhi oleh

program, dan tujuan manakah yang paling mudah dicapai oleh program (Suharsimi, 2008 *dalam* Agustin, 2019).

## 2. Evaluasi Masukan (*Input Evaluation*)

Evaluasi masukan dilakukan untuk menentukan sumber daya yang tersedia dalam program, pengambilan rencana untuk mencapai tujuan, dan menentukan prosedur kerja yang dilakukan untuk membantu dalam pengambilan keputusan. Secara umum, evaluasi masukan terdiri dari beberapa komponen, yaitu sumber daya manusia (SDM), sarana dan prasarana, anggaran atau dana, serta prosedur atau aturan yang diperlukan dalam program (Agustin, 2019).

## 3. Evaluasi Proses (*Process Evaluation*)

Evaluasi proses dilakukan untuk mendeteksi atau memprediksi rancangan prosedur selama implementasi kegiatan, serta menyajikan informasi tentang keputusan program sebagai arsip terhadap prosedur yang dilakukan dalam program. Evaluasi proses mencakup data penilaian yang telah ditentukan dan diterapkan dalam pelaksanaan program. Secara umum, evaluasi proses dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh rencana telah diimplementasikan dalam program dan komponen mana saja yang perlu untuk dilakukan perbaikan (Agustin, 2019).

## 4. Evaluasi Produk (*Product Evaluation*)

Evaluasi produk menggambarkan capaian program yang diukur dengan menggunakan indikator tertentu yang sesuai dengan program yang dievaluasi. Hasil yang ditunjukkan dalam evaluasi produk diharapkan dapat membantu pembuat rencana untuk membuat keputusan terkait hasil yang ditunjukkan. Apabila program menunjukkan hasil yang baik maka dapat menjadi rekomendasi bagi pembuat rencana untuk melanjutkan atau mengembangkan program, namun jika program menunjukkan hasil yang tidak memuaskan maka dapat menjadi pertimbangan bagi pembuat rencana untuk menghentikan program yang dilakukan (Agustin, 2019).

## 2.6 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu menjadi salah satu acuan yang digunakan oleh penulis dalam melakukan penelitian, sehingga dapat memperkaya teori dalam mengkaji penelitian yang dilakukan. Berdasarkan penelitian terdahulu, penulis mengangkat beberapa penelitian yang memiliki tema hampir mirip sebagai referensi untuk memperkaya bahan kajian pada penelitian yang dilakukan penulis. Berikut merupakan penelitian terdahulu yang digunakan sebagai referensi.

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

No	Judul	Nama Penulis dan Tahun	Metode	Hasil	Perbedaan
1.	Evaluasi Implementasi Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede	Hanum Enggar Pradini (2018)	Penelitian dilakukan menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan menggunakan indikator SNARS Edisi 1 Tahun 2018 dan dianalisis menggunakan analisis GAP.	Implementasi Program PPI yang dilaksanakan belum memenuhi syarat kelulusan yang ditetapkan pada SNARS Edisi 1.	1) Analisis data menggunakan analisis GAP; 2) Komponen input terdiri atas manajemen dan organisasi.
2.	Evaluasi Pelayanan Kesehatan Lingkungan di Puskesmas Adiwerna Kabupaten Tegal	Nandya Andila Agustin (2019)	Penelitian dilakukan menggunakan metode deskriptif kualitatif dan menggunakan model evaluasi CIPP.	Kualitas kerja pelayanan kesehatan lingkungan pada komponen <i>context</i> , <i>input</i> , dan <i>product</i> sudah memenuhi syarat, namun pada komponen <i>process</i> masih terdapat kekurangan	1) Fokus penelitian yaitu pelayanan kesehatan lingkungan di Puskesmas; 2) Teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi.



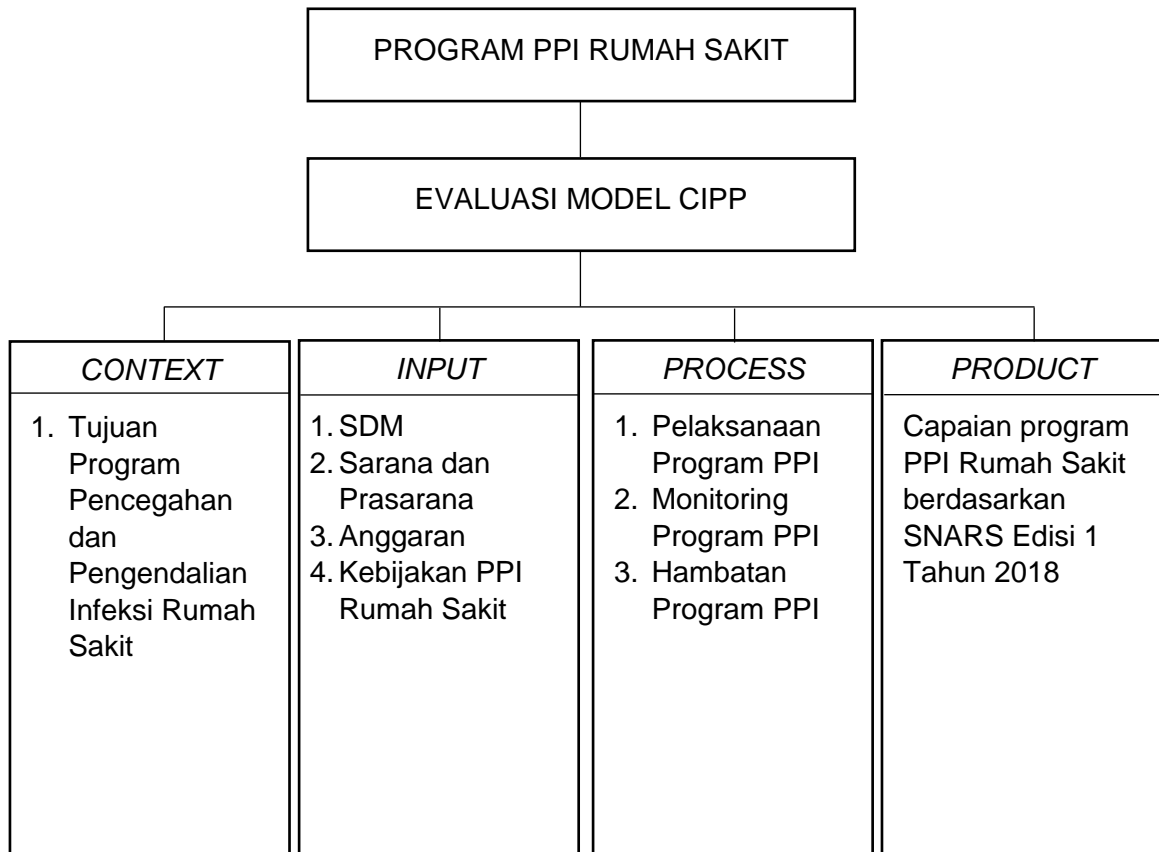
				yaitu tenaga sanitarian belum pernah mengikuti pelatihan konseling sesuai dengan Permenkes No.13 Tahun 2015.	
3.	Analisis Implementasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit Umum Anutapura Palu - Sulawesi Tengah	Mufidah Al'Amri (2017)	Jenis penelitian merupakan penelitian deskriptif kualitatif dengan menggunakan pendekatan studi kasus.	Implementasi program PPI belum berjalan dengan optimal karena beberapa faktor seperti komitmen pimpinan yang masih kurang, IPCLN yang belum mengetahui program kerja PPI, pelatihan yang belum merata, dan sistem pelaporan yang belum bekerja dengan baik.	1) Teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi; 2) Pembahasan yang dilakukan lebih mengarah kepada pendekatan manajerial.
4.	Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dalam Peningkatan Mutu Pelayanan di Rumah	Ardian Adhiwijaya (2017)	Desain penelitian merupakan penelitian deksriptif kualitatif dengan menggunakan pendekatan fenomenologi untuk	Beberapa hal dalam pelaksanaan PPI masih kurang, karena terkendala oleh sarana dan prasarana, kurangnya	1) Kerangka konsep mengacu pada <i>flowchart</i> aplikasi manajemen risiko pada HAIs (Lardo <i>et al</i> , 2016); 2) Penelitian dilakukan dengan proses <i>bracketing</i> dan

	Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar		menggambarkan fenomena yang dialami berdasarkan sudut pandang informan.	kesadaran petugas, dan pencatatan kasus infeksi yang tidak berkelanjutan.	menggunakan pendekatan fenomenologi.
5.	Analisis Penerapan Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Ruang Rawat Inap RSUD Tebet Tahun 2017.	Tetyana Madjid dan Adik Wibowo (2017)	Penelitian dilakukan dengan menggunakan desain penelitian kualitatif dan kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> .	Sebanyak 77% tindakan PPI sudah sesuai dengan SOP rumah sakit, serta kebijakan PPI RS sudah baik dengan adanya organisasi PPI dan SOP, namun struktur komite belum mengacu pada kebijakan Kemenkes dan pelaksanaan PPI belum berjalan maksimal.	1) Populasi dipilih menggunakan <i>total sampling</i> terhadap seluruh perawat yang bertugas di ruang rawat inap; 2) Uji bivariat menggunakan <i>Chi Square</i> .

## BAB III

### KERANGKA KONSEP

#### 3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan gambar 3.1, dapat dijelaskan bahwa dalam penelitian ini berisi tentang evaluasi program PPI Rumah Sakit yang dijabarkan dalam *Context*, *Input*, *Process*, dan *Product*. *Context* menjelaskan tentang gambaran tujuan program PPI, *Input* menjelaskan tentang SDM, sarana dan prasarana, anggaran, serta kebijakan PPI Rumah Sakit, *Process* menjelaskan tentang pelaksanaan, monitoring, dan hambatan program, serta *Product* menjelaskan tentang capaian program yang diukur berdasarkan SNARS Edisi 1 Tahun 2018.

## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian dilakukan menggunakan desain penelitian deskriptif kualitatif, dengan tujuan untuk memberikan deskripsi atau gambaran yang sistematis, akurat, dan faktual mengenai permasalahan yang diteliti, dengan melakukan perbandingan antara hasil temuan dan sumber-sumber kepustakaan yang relevan. Metode ini dipilih untuk mendapatkan informasi yang mendalam mengenai pelaksanaan program PPI di Rumah Sakit X. Penelitian dilakukan secara langsung menuju lokasi dengan teknik pengumpulan data menggunakan lembar *checklist* observasi dan wawancara.

#### 4.2 Informan Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti menentukan informan dengan menggunakan teknik purposive sampling. Pemilihan teknik ini didasarkan pada beberapa pertimbangan, diantaranya yaitu keterbatasan waktu, tenaga, dan biaya, sehingga tidak dapat mengambil jumlah sampel yang besar, serta memilih subjek penelitian dengan pertimbangan pengetahuan dan keterkaitannya dengan topik penelitian, sehingga dapat memberikan informasi yang akurat dan sesuai dengan topik penelitian. Peneliti memilih 3 jenis informan seperti yang dijelaskan oleh Suyanto (2011) yang membagi informan dalam tiga jenis, yaitu:

1. Informan Kunci, merupakan informan yang mengetahui dan memiliki berbagai informasi pokok yang dibutuhkan dalam penelitian, atau memiliki peran strategis dalam hal yang diteliti, seperti Perawat PPI (*Infection Prevention and Control Nurse / IPCN*).
2. Informan Utama, merupakan orang yang terlibat langsung dan memiliki pengalaman dalam menjalankan suatu kegiatan yang diteliti, seperti perawat penghubung PPI (*Infection Prevention and Control Link Nurse / IPCLN*).
3. Informan Pendukung, merupakan orang yang dapat memberikan informasi tambahan untuk melengkapi analisis dan pembahasan dalam penelitian kualitatif. Seringkali, informan pendukung memberikan informasi yang tidak diberikan oleh informan utama ataupun informan kunci, seperti anggota PPI

dari unit Laboratorium, Farmasi, Radiologi, Gizi, Laundry, IPS RS, dan Kesling.

Sugiyono (2014) mengatakan bahwa dalam menentukan informan sebaiknya memperhatikan kriteria sebagai berikut:

- a. Orang yang menguasai atau memiliki pemahaman dalam sesuatu melalui proses enkulturasi, sehingga hal tersebut bukan hanya diketahui tetapi juga dihayati;
- b. Orang yang tergolong sedang berurusan atau terlibat pada kegiatan yang tengah diteliti;
- c. Orang yang memiliki waktu memadai untuk dimintai informasi;
- d. Orang yang tidak cenderung menyampaikan informasi hasil kemasannya sendiri.

Berdasarkan kriteria tersebut, maka yang dipilih sebagai informan dalam penelitian ini yaitu 1 orang perawat PPI (*Infection Prevention and Control Nurse / IPCN*), 2 orang perawat penghubung PPI (*Infection Prevention and Control Link Nurse / IPCLN*), serta 7 orang anggota PPI dari beberapa unit (Laboratorium, Farmasi, Radiologi, Gizi, Laundry, IPS RS, dan Kesling).

Tabel 4.1 Kode Informan

No.	Kode	Jabatan Informan	Jenis Informan
1.	B	IPCN	Kunci
2.	C1	IPCLN 1	Utama
3.	C2	IPCLN 2	Utama
4.	D1	Anggota PPI Laboratorium	Pendukung
5.	D2	Anggota PPI Farmasi	Pendukung
6.	D3	Anggota PPI Radiologi	Pendukung
7.	D4	Anggota PPI Gizi	Pendukung
8.	D5	Anggota PPI Laundry	Pendukung
9.	D6	Anggota PPI IPSRS	Pendukung
10.	D7	Anggota PPI Kesling	Pendukung

### 4.3 Waktu dan Tempat Penelitian

#### 4.3.1 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus 2021.

#### 4.3.2 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit X yang berlokasi di Kecamatan Turen, Kabupaten Malang.

### 4.4 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Kategori	Instrumen	Objek
1.	<i>Context</i>				
a.	Tujuan Program PPI rumah sakit	Merupakan tujuan dari diadakannya program pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit	Mengetahui sudah sesuai atau tidaknya tujuan program untuk melihat adanya prioritas dan komitmen pimpinan dalam pelaksanaan program PPI rumah sakit.	Panduan wawancara	Komite PPI yang terdiri atas IPCN, IPCLN, serta anggota dari unit laboratorium, farmasi, radiologi, gizi, laundry, IPSRS, dan kesling
2.	<i>Input</i>				
a.	SDM	Merupakan individu yang bekerja sebagai penggerak dalam organisasi maupun instansi yang memiliki keahlian dalam bidang tertentu	Mengetahui sesuai atau tidaknya SDM dalam tim PPI, ditinjau dari latar belakang pendidikan, jabatan, dan pelatihan PPI yang pernah diikuti.	Panduan wawancara	Komite PPI yang terdiri atas IPCN, IPCLN, serta anggota dari unit laboratorium, farmasi, radiologi, gizi, laundry, IPSRS, dan kesling
b.	Sarana dan Prasarana	Sejumlah peralatan maupun alat bantu yang digunakan dalam pelaksanaan	Mengetahui ketersediaan sarana dan prasarana dalam menunjang keberhasilan	Lembar observasi dan panduan wawancara	Wawancara terhadap informan penelitian dan kepala atau anggota unit / ruangan.

		kegiatan dalam suatu instansi	program PPI di rumah sakit.		Observasi pada Ruang perawatan Laboratorium, Farmasi, Radiologi, Gizi, Laundry, IPSRS, Kesling, dan IGD.
c.	Anggaran	Sejumlah uang yang dihabiskan dalam periode tertentu dalam rangka pelaksanaan suatu program	Mengetahui ada atau tidaknya anggaran yang disediakan dalam menunjang pelaksanaan program PPI di rumah sakit.	Panduan wawancara	Komite PPI yang terdiri atas IPCN, IPCLN, serta anggota dari unit laboratorium, farmasi, radiologi, gizi, laundry, IPSRS, dan kesling.
d.	Kebijakan PPI RS	Suatu keputusan dari ketua atau pengelola instansi yang sudah disetujui oleh anggota mengenai program PPI Rumah Sakit	Mengetahui ada atau tidak adanya regulasi yang disahkan pimpinan untuk menjadi dasar pelaksanaan program PPI di rumah sakit.	Panduan wawancara	Komite PPI yang terdiri atas IPCN, IPCLN, serta anggota dari unit laboratorium, farmasi, radiologi, gizi, laundry, IPSRS, dan kesling.
3.	<i>Process</i>				
a.	Pelaksanaan Program PPI	Upaya yang dilakukan oleh pegawai dalam melaksanakan program PPI di Rumah Sakit	Mengetahui telah sesuai atau tidaknya upaya yang dilakukan oleh tim PPI dalam melaksanakan program PPI di rumah sakit.	Lembar observasi dan panduan wawancara	Wawancara terhadap informan penelitian dan kepala atau anggota unit / ruangan. Observasi pada Ruang perawatan, Laboratorium, Farmasi, Radiologi, Gizi, Laundry, IPSRS, Kesling, dan IGD.
b.	Monitoring Program PPI	Upaya yang dilakukan oleh	Mengetahui bagaimana	Lembar observasi	Wawancara pada Komite

		komite PPI dalam mengawasi pelaksanaan program PPI	upaya monitoring terhadap pelaksanaan program PPI oleh IPCN dalam memastikan program PPI dapat berjalan dengan baik.	dan panduan wawancara	PPI yang terdiri atas IPCN, IPCLN, serta anggota dari unit laboratorium, farmasi, radiologi, gizi, laundry, IPSRS, dan kesling terhadap pencatatan dan monitoring program PPI. Observasi hasil pencatatan pada lembar monitoring IPCN terhadap unit pelayanan.
c.	Hambatan Program PPI	Suatu kondisi atau keadaan yang menghambat pelaksanaan program PPI sehingga tidak berjalan dengan baik	Mengetahui ada atau tidaknya hambatan selama pelaksanaan program PPI.	Panduan wawancara	Komite PPI yang terdiri atas IPCN, IPCLN, serta anggota dari unit laboratorium, farmasi, radiologi, gizi, laundry, IPSRS, dan kesling
4.	<i>Product</i>				
a.	Capaian Program PPI Rumah Sakit berdasarkan SNARS Edisi 1 Tahun 2018	Merupakan ukuran keberhasilan program PPI yang dinilai menggunakan acuan SNARS Edisi 1 Tahun 2018	Mengetahui berhasil atau tidaknya pelaksanaan program PPI mengacu pada elemen penilaian SNARS Edisi 1 Tahun 2018.	Lembar observasi	Observasi pada Ruang perawatan, Laboratorium, Farmasi, Radiologi, Gizi, Laundry, IPSRS, Kesling, IGD, dan poli.

#### 4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan perangkat yang akan digunakan dalam melakukan pengumpulan data (Notoatmodjo, 2012). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu:

1. Lembar Observasi



Lembar observasi yang digunakan untuk mengamati keadaan secara langsung dan dilakukan penilaian terhadap permasalahan yang diamati dengan mengadaptasi standar akreditasi SNARS Edisi 1 Tahun 2018: Kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit Bab Pencegahan dan Pengendalian Infeksi. Lembar observasi memuat elemen-elemen penilaian yang terdiri atas:

- a. Kepemimpinan dan Tata Kelola
- b. Sumber Daya
- c. Tujuan Program PPI
- d. Peralatan Medis dan Alat Kesehatan Habis Pakai
- e. Limbah Infeksius
- f. Pelayanan Makanan
- g. Risiko Konstruksi
- h. Transmisi Infeksi
- i. Peningkatan Mutu dan Program Edukasi

Penentuan skor dalam lembar observasi ditentukan dalam 3 kategori, yaitu:

a. Terpenuhi Lengkap

Skor dinyatakan terpenuhi lengkap atau “TL” jika jawaban dalam elemen penilaian adalah “ya” atau “selalu” terhadap setiap persyaratan khusus dalam elemen penilaian. Selain itu, hal yang dapat menjadi pertimbangan yaitu jika setelah dilakukan observasi, hasil capaian berada di angka 80% atau lebih dari keseluruhan observasi dalam masing-masing standar.

b. Terpenuhi Sebagian

Hasil observasi dinyatakan sebagai terpenuhi sebagian “TS” jika jawaban dalam elemen penilaian adalah “biasanya” atau “kadang-kadang” pada persyaratan khusus dalam elemen penilaian. Selain itu, hal yang dapat menjadi pertimbangan adalah jika capaian setelah dilakukan observasi berada dalam rentang 21% hingga 79% dari observasi yang telah dilakukan, telah dibuat kebijakan namun belum memiliki rentang implementasi yang memenuhi syarat, serta jika ditemukan kepatuhan yang tidak konsisten antara unit satu dan unit yang lain dalam suatu elemen penilaian.

### c. Tidak Terpenuhi

Skor dinyatakan tidak terpenuhi “TT” jika jawaban dalam elemen penilaian adalah “jarang” atau “tidak pernah” pada setiap pertanyaan spesifik. Hal yang juga menjadi pertimbangan adalah jika capaian pada observasi kurang dari 21% terhadap pencatatan atau observasi kepatuhan, dan telah dibuat kebijakan namun belum ada penerapan terhadap proses atau kebijakan tersebut.

## 2. Panduan Wawancara

Panduan kegiatan yang digunakan untuk memperoleh informasi secara langsung dari narasumber yang dipilih berdasarkan keterlibatannya dalam suatu kegiatan yang diteliti, sehingga dapat diperoleh data yang akurat dan sesuai dengan fokus penelitian. Wawancara dilakukan dengan menggunakan panduan yang sama untuk keseluruhan informan, dengan tujuan untuk membandingkan setiap jawaban dari informan dan memberikan hasil yang akurat terhadap pertanyaan penelitian. Panduan wawancara yang digunakan mencakup beberapa elemen yang terdiri atas:

- a. Karakteristik Informan
- b. Konteks
- c. Input
- d. Proses

## 4.6 Jenis Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari 2 jenis data, yaitu:

### 1. Data Primer

Data yang diperoleh secara langsung oleh peneliti, dengan melakukan wawancara dan observasi terhadap pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit X.

### 2. Data Sekunder

Data sekunder didapatkan oleh peneliti dari laporan-laporan, buku, maupun catatan yang terkait dengan permasalahan yang diteliti yaitu program pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit X Kabupaten Malang.

#### **4.7 Prosedur Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan metode sebagai berikut:

1. Observasi dilakukan dengan menggunakan lembar observasi dan pengamatan langsung di lapangan.
2. Wawancara dilakukan terhadap narasumber yang telah dipilih yaitu IPCN, IPCLN, serta anggota PPI dari unit Laboratorium, Farmasi, Radiologi, Gizi, Laundry, IPSRS, dan Kesling.

#### **4.8 Analisis Data**

Data hasil penelitian termasuk dalam data kualitatif yang cenderung berupa kata-kata dan bukannya angka. Analisa data kualitatif dilakukan menggunakan cara induktif, yaitu pengambilan kesimpulan secara umum yang didasarkan pada hasil observasi yang bersifat khusus. Analisis data pada penelitian ini dilakukan dengan metode sebagai berikut:

##### **1. Reduksi Data**

Data yang telah didapatkan dari kegiatan wawancara dan observasi yang merupakan data mentah akan dirangkum dan dipilah untuk memfokuskan data penelitian pada hal yang penting dan pokok. Dengan demikian data yang telah direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas sehingga dapat memudahkan peneliti dalam melakukan penyajian data berikutnya.

##### **2. Penyajian Data**

Menurut Agustin (2019), penyajian data dalam penelitian kualitatif dapat dilakukan dengan menggunakan uraian singkat, bagan, flowchart, dan lain sebagainya. Pada penelitian ini, data disajikan dalam bentuk teks yang bersifat naratif untuk menjelaskan secara rinci tentang permasalahan yang diangkat dalam penelitian, sehingga mempermudah dalam memahami permasalahan yang diteliti,

##### **3. Pengambilan Kesimpulan**

Kesimpulan merupakan jawaban yang diambil dari pertanyaan-pertanyaan penelitian, sehingga menjadi temuan baru yang belum ada dalam penelitian. Pengambilan kesimpulan dilakukan dengan merangkum poin-poin penting yang ditemukan di lapangan dan pembahasan dengan tujuan untuk menggeneralisasi

kajian penelitian. Dengan demikian, kesimpulan yang diambil dapat memberi gambaran yang komprehensif terhadap tujuan penelitian.

#### **4.9 Etika Penelitian**

##### **1. Lembar persetujuan atau *informed consent***

Lembar persetujuan diberikan oleh peneliti kepada informan yang berisi informasi tentang penelitian dan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian beserta dampaknya, sehingga informan dapat memutuskan apakah akan terlihat atau tidak dalam penelitian. Apabila informan bersedia maka yang bersangkutan perlu menandatangani lembar persetujuan, namun jika tidak bersedia maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak subjek.

##### **2. Tanpa nama atau *anonymity***

Peneliti bertanggung jawab terhadap kerahasiaan sumber data yang dikumpulkan dalam penelitian dan tidak menyebarkannya ke pihak lain. Kerahasiaan informasi dalam penelitian ini dijamin oleh peneliti. *Anonymity* dilakukan guna merahasiakan nama orang yang terkait dan berpartisipasi dalam penelitian. Hal ini dilakukan oleh peneliti dengan cara mencantumkan kode atau inisial untuk setiap nama informan.

##### **3. Kerahasiaan atau *confidentiality***

Semua informasi yang didapatkan dari responden tetap dirahasiakan dan peneliti melindungi keseluruhan data yang dikumpulkan dalam penelitian ini, serta hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

#### 4.10 Jadwal Penelitian

Tabel 4.3 Jadwal Penelitian

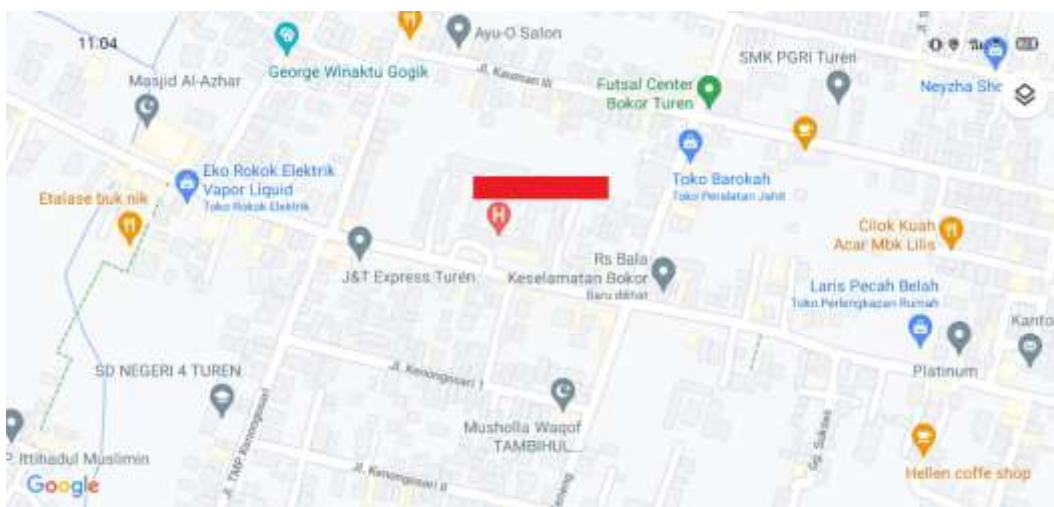
No.	Kategori	Bulan / Tahun			
		Mei 2021	Juni 2021	Juli 2021	Agustus 2021
1.	Acc Judul				
2.	Penyusunan Proposal				
3.	Seminar Proposal				
4.	Revisi Proposal				
5.	Penelitian				
6.	Pengolahan Data				
7.	Ujian Skripsi				
8.	Revisi Skripsi				

## BAB V

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah sakit X merupakan salah satu rumah sakit kelas C yang berdiri di bawah naungan Yayasan Bala Keselamatan sejak tanggal 24 November 1918. Lokasi rumah sakit X berada di lingkungan yang cukup strategis, yaitu berada di Jl. Jenderal Ahmad Yani No.91, Turen, Kabupaten Malang dengan lokasi yang dekat dengan permukiman warga dan Pasar Kecamatan Turen.



Gambar 5.1 Lokasi Rumah Sakit X

Mengusung motto “Hati Kepada Allah, dan Tangan Kepada Sesama”, Rumah sakit X berusaha menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan optimal dan dapat memenuhi kehidupan sehat masyarakat tanpa diskriminasi. Selain itu, rumah sakit X hingga saat ini menjadi salah satu rumah sakit rujukan terhadap masyarakat yang berada di wilayah Kabupaten Malang.

Rumah Sakit X memiliki layanan unggulan yaitu pelayanan terhadap pasien BPJS dan umum, penunjang medis yang terdiri atas radiologi, laboratorium, dan farmasi, USG Genue (sendi) dan injeksi sendi, serta pelayanan katarak dengan teknologi Phaco Emulsifikasi. Selain itu, terdapat beberapa jenis pelayanan lainnya yang tersedia di Rumah Sakit X, diantaranya yaitu UGD dan HCU yang beroperasi 24 jam, rawat inap, poli umum yang terdiri atas pelayanan dokter umum dan dokter gigi, serta poli spesialis yang terdiri atas pelayanan dokter

spesialis penyakit dalam, kandungan, anak, bedah umum, saraf, paru, mata, jantung dan pembuluh darah, ortopedi, rehab medis, dan fisioterapi.

## 5.2 Data Umum Penelitian

Tabel 5.1 Data Umum Informan

No.	Jenis Informan	Kode Informan	Jabatan	Usia	Lama Kerja di PPI	Pendidikan
1.	Informan Kunci	B	IPCN (Perawat PPI)	52 th	4 tahun (2017)	D3 Keperawatan
2.	Informan Utama	C1	IPCLN (Perawat Penghubung PPI)	40 th	4 tahun (2017)	D3 Keperawatan
3.	Informan Utama	C2	IPCLN (Perawat Penghubung PPI)	38 th	4 tahun (2017)	D3 Keperawatan
4.	Informan Pendukung	D1	Anggota PPI Laboratorium	45 th	4 tahun (2017)	D3 Analisis Kesehatan
5.	Informan Pendukung	D2	Anggota PPI Farmasi	52 th	4 tahun (2017)	S1 Apoteker
6.	Informan Pendukung	D3	Anggota PPI Radiologi	49 th	4 tahun (2017)	D3 Radiologi
7.	Informan Pendukung	D4	Anggota PPI Gizi	51 th	4 tahun (2017)	D3 Gizi
8.	Informan Pendukung	D5	Anggota PPI Laundry	41 th	4 tahun (2017)	SLTA
9.	Informan Pendukung	D6	Anggota PPI IPSRS	46 th	4 tahun (2017)	STM
10.	Informan Pendukung	D7	Anggota PPI Kesling	54 th	4 tahun (2017)	SLTA

Berdasarkan tabel 5.1 diketahui bahwa dalam penelitian ini didapatkan karakteristik informan yaitu jenis kelamin informan sebanyak 8 orang wanita dan 2 orang pria, untuk usia informan berkisar di antara 38 hingga 54 tahun, pendidikan yang telah ditempuh oleh informan berkisar dari SMA dan STM, diploma, hingga sarjana, sedangkan untuk masa kerja informan sebagai tim PPI keseluruhan sama yaitu 4 tahun, yaitu sejak awal tim PPI mulai dibuat pada tahun 2017.

### 5.3 Hasil Evaluasi *Context* Program PPI Rumah Sakit X

Tabel 5.2 Hasil Wawancara Tujuan

Kode Informan	Jenis Informan	Informan	Pertanyaan	Hasil Wawancara
B	Informan Kunci	IPCN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurut anda, apa yang menjadi tujuan program PPI di rumah sakit?</li> <li>2. Menurut anda, apa komitmen pimpinan dalam penyelenggaraan program PPI di rumah sakit?</li> <li>3. Menurut anda apa yang menjadi prioritas pimpinan dalam penyelenggaraan program PPI?</li> </ol>	<p><i>“Untuk mencegah kejadian penyakit infeksi”</i></p> <p><i>“Pimpinan mendukung mas. Kalau untuk prioritas pimpinan ya mencegah infeksi juga mas, jadi tidak melenceng jauh dari itu”.</i></p> <p>Jadi, menurut IPCN tujuan pelaksanaan PPI yaitu untuk mencegah kejadian penyakit infeksi. Dalam mencapai tujuan tersebut, menurut IPCN pimpinan mendukung program yang dilaksanakan</p>



				dan memprioritaskan terhadap pencegahan infeksi.
C1	Informan Utama	IPCLN 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurut anda, apa yang menjadi tujuan program PPI di rumah sakit?</li> <li>2. Menurut anda, apa komitmen pimpinan dalam penyelenggaraan program PPI di rumah sakit?</li> <li>3. Menurut anda apa yang menjadi prioritas pimpinan dalam penyelenggaraan program PPI?</li> </ol>	<p><i>“Untuk pencegahan infeksi ya mas, apalagi sekarang kan musimnya virus yang bisa dicegah dengan memutus mata rantai”</i></p> <p><i>“Pimpinan mendukung sih mas. Kalo prioritas pimpinan saya rasa untuk peningkatan mutu mas, dan pastinya untuk persiapan akreditasi juga”.</i></p> <p>Jadi, menurut IPCLN 1 tujuan pelaksanaan PPI yaitu untuk pencegahan infeksi. Dalam mencapai tujuan tersebut, IPCLN</p>

				1 menyebutkan bahwa pimpinan berkomitmen dengan memberi dukungan, dan memprioritaskan terhadap peningkatan mutu pelayanan dan persiapan akreditasi.
C2	Informan Utama	IPCLN 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurut anda, apa yang menjadi tujuan program PPI di rumah sakit?</li> <li>2. Menurut anda, apa komitmen pimpinan dalam penyelenggaraan program PPI di rumah sakit?</li> <li>3. Menurut anda apa yang menjadi prioritas pimpinan dalam penyelenggaraan program PPI?</li> </ol>	<p><i>“Pencegahan infeksi untuk pasien setelah perawatan di rumah sakit”</i></p> <p><i>“Dukungan ada sih mas, dari pimpinan untuk program PPI. Kemudian kalo menurut saya prioritas pimpinan di anggaran sih mas, karena kan bahkan sebelum pandemi, perlu dikelola juga untuk anggotanya, sarana prasarananya, dan lain-lain itu</i></p>

				<p><i>kan semua butuh dana mas, jadi saya pikir untuk prioritasnya ada di anggaran dulu”.</i></p> <p>Jadi, menurut IPCLN 2 tujuan pelaksanaan PPI yaitu untuk pencegahan infeksi terhadap pasien setelah perawatan di rumah sakit. Dalam mencapai tujuan ini, menurut 2 IPCLN pimpinan berkomitmen dengan mendukung program PPI dan berprioritas pada anggaran yang disediakan untuk program PPI.</p>
D1	Informan Pendukung	Anggota PPI Laboratorium	1. Menurut anda, apa yang menjadi tujuan program PPI di rumah sakit?	<p><i>“Untuk pengendalian dan pencegahan infeksi di rumah</i></p>

			<p>2. Menurut anda, apa komitmen pimpinan dalam penyelenggaraan program PPI di rumah sakit?</p> <p>3. Menurut anda apa yang menjadi prioritas pimpinan dalam penyelenggaraan program PPI?</p>	<p><i>sakit agar tidak meningkat”</i>  <i>“Pimpinan rumah sakit sangat mendukung program PPI dan punya prioritas terhadap pengadaan sarana dan prasarana”</i></p> <p>Jadi, menurut anggota PPI laboratorium tujuan program PPI di rumah sakit yaitu untuk pengendalian dan pencegahan infeksi di rumah sakit agar tidak meningkat. Dalam hal ini, menurut anggota PPI laboratorium pimpinan sangat mendukung, dan memprioritaskan terhadap</p>
--	--	--	---	--

				penyediaan sarana dan prasarana PPI.
D2	Informan Pendukung	Anggota PPI Farmasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurut anda, apa yang menjadi tujuan program PPI di rumah sakit?</li> <li>2. Menurut anda, apa komitmen pimpinan dalam penyelenggaraan program PPI di rumah sakit?</li> <li>3. Menurut anda apa yang menjadi prioritas pimpinan dalam penyelenggaraan program PPI?</li> </ol>	<p><i>“Untuk keselamatan pasien”</i></p> <p><i>“Kalo sejauh ini yang saya lihat komitmen pimpinan belum 100% sih mas, mungkin dari segi pengawasannya yang menurut saya masih kurang. Kalo prioritasnya menurut saya ya untuk keselamatan pasien itu”.</i></p> <p>Jadi, menurut anggota PPI unit farmasi tujuan PPI yaitu untuk keselamatan pasien. Dalam mencapai tujuan tersebut, pimpinan belum berkomitmen 100% karena kegiatan</p>

				pengawasan menurut anggota PPI farmasi masih kurang dan prioritas pimpinan tertuju pada keselamatan pasien.
D3	Informan Pendukung	Anggota PPI Radiologi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurut anda, apa yang menjadi tujuan program PPI di rumah sakit?</li> <li>2. Menurut anda, apa komitmen pimpinan dalam penyelenggaraan program PPI di rumah sakit?</li> <li>3. Menurut anda apa yang menjadi prioritas pimpinan dalam penyelenggaraan program PPI?</li> </ol>	<p><i>“Untuk mencegah dan mengurangi penyebaran infeksi”</i></p> <p><i>“Kalau pimpinan sangat mendukung, prioritasnya kalau menurut saya untuk akreditasi dan peningkatan mutu mas”.</i></p> <p>Jadi, anggota PPI radiologi menyebutkan bahwa tujuan PPI yaitu untuk mencegah dan mengurangi penyebaran infeksi. Dalam hal ini pimpinan</p>

				sangat mendukung, dan berprioritas untuk persiapan akreditasi dan peningkatan mutu.
D4	Informan Pendukung	Anggota PPI Gizi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurut anda, apa yang menjadi tujuan program PPI di rumah sakit?</li> <li>2. Menurut anda, apa komitmen pimpinan dalam penyelenggaraan program PPI di rumah sakit?</li> <li>3. Menurut anda apa yang menjadi prioritas pimpinan dalam penyelenggaraan program PPI?</li> </ol>	<p><i>“Tujuan PPI disini untuk pencegahan dan pengurangan kejadian infeksi, khususnya jika di unit gizi itu bisa pencegahan infeksi silang, atau kontaminasi”</i></p> <p><i>“Dalam hal ini, pimpinan terus mengontrol setiap segi dalam pengelolaan makanan apakah setiap hal sudah sesuai dengan standar PPI, dan memprioritaskan terhadap kepatuhan</i></p>

				<p><i>anggota agar tidak terjadi penyebaran infeksi khususnya dalam unit gizi”</i></p> <p>Jadi, tujuan PPI menurut anggota PPI unit gizi yaitu untuk mencegah dan mengurangi kejadian infeksi, khususnya pada penyediaan makanan.</p> <p>Dalam hal ini pimpinan berkomitmen dengan terus mengontrol apakah setiap hal sudah sesuai dengan standar, dan memprioritaskan terhadap kepatuhan anggota agar tidak terjadi infeksi, khususnya pada unit gizi.</p>
--	--	--	--	---



D5	Informan Pendukung	Anggota PPI Laundry	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurut anda, apa yang menjadi tujuan program PPI di rumah sakit?</li> <li>2. Menurut anda, apa komitmen pimpinan dalam penyelenggaraan program PPI di rumah sakit?</li> <li>3. Menurut anda apa yang menjadi prioritas pimpinan dalam penyelenggaraan program PPI?</li> </ol>	<p><i>“Ya melaksanakan apa yang menjadi ketentuan PPI sih, dan diterapkan dalam keseharian”</i></p> <p><i>“Pimpinan langsung keliling kok mas biasanya keliling secara langsung, kalau prioritas menurut saya untuk meningkatkan mutu pelayanan”</i></p> <p>Jadi, menurut anggota PPI unit laundry, tujuan PPI yaitu melaksanakan ketentuan PPI dan penerapannya dalam keseharian. Dalam hal ini, pimpinan berkomitmen</p>
----	--------------------	---------------------	--	--

				dengan melakukan kontrol secara langsung dan berprioritas terhadap peningkatan mutu pelayanan.
D6	Informan Pendukung	Anggota PPI IPSRS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurut anda, apa yang menjadi tujuan program PPI di rumah sakit?</li> <li>2. Menurut anda, apa komitmen pimpinan dalam penyelenggaraan program PPI di rumah sakit?</li> <li>3. Menurut anda apa yang menjadi prioritas pimpinan dalam penyelenggaraan program PPI?</li> </ol>	<p><i>“Untuk pengurangan dan pencegahan penyakit infeksi ya mas”</i></p> <p><i>“Kalau pimpinan sepengetahuan saya sangat mendukung. Kan dari program-program PPI ini dilakukan untuk perbaikan seluruh aspek yang ada dalam rumah sakit, jadi bisa menjadi acuan untuk akreditasi atau peningkatan mutu. Lalu untuk prioritas pimpinan sih ya menurut saya untuk</i></p>

				<p><i>peningkatan mutu pelayanan itu mas”</i></p> <p>Jadi, menurut anggota PPI unit IPSRS, tujuan PPI yaitu untuk pengurangan dan pencegahan penyakit infeksi. Dalam mencapai tujuan tersebut, pimpinan sudah sangat mendukung, karena dari program-program PPI tersebut dilakukan untuk perbaikan aspek-aspek dalam rumah sakit dan berprioritas terhadap peningkatan mutu pelayanan rumah sakit.</p>
D7	Informan Pendukung	Anggota PPI Kesling	1. Menurut anda, apa yang menjadi tujuan program	<i>“Untuk pencegahan dan</i>

			<p>PPI di rumah sakit?</p> <p>2. Menurut anda, apa komitmen pimpinan dalam penyelenggaraan program PPI di rumah sakit?</p> <p>3. Menurut anda apa yang menjadi prioritas pimpinan dalam penyelenggaraan program PPI?</p>	<p><i>pengurangan, serta pengendalian infeksi nosokomial baik itu secara langsung dalam teknis pelayanan terhadap pasien, dan teknis bagaimana pencegahan infeksi nosokomial di lingkungan rumah sakit".</i></p> <p><i>"Dalam hal tujuan ini, pimpinan rumah sakit sangat mendukung terkait program-program PPI, dengan prioritasnya yaitu peningkatan mutu dan untuk akreditasi rumah sakit berikutnya".</i></p>
--	--	--	--	---

				<p>Jadi, menurut anggota PPI unit kesling, tujuan PPI yaitu untuk tujuan, pengurangan, dan pengendalian infeksi nosokomial, baik itu secara langsung atau pelayanan terhadap pasien, maupun secara tidak langsung yaitu dalam konteks lingkungan rumah sakit. Dalam hal ini pimpinan berkomitmen dengan mendukung program-program PPI, dengan berprioritas pada peningkatan mutu dan persiapan akreditasi berikutnya.</p>
--	--	--	--	---

Berdasarkan data yang tertera dalam tabel 5.2, diketahui bahwa sebagian besar anggota PPI mengetahui tujuan penyelenggaraan program PPI, yaitu IPCN, IPCLN 1, IPCLN 2, anggota PPI laboratorium, anggota PPI radiologi, anggota PPI gizi, anggota PPI IPSRS, dan kesling yang secara umum menyebutkan bahwa tujuan program PPI sebagai langkah pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit, dan petugas unit laundry yang menyebutkan bahwa tujuan program PPI untuk melaksanakan apa yang menjadi ketentuan PPI dan menerapkannya dalam keseharian. Selain itu, terkait dengan komitmen pimpinan, keseluruhan informan menyebutkan bahwa pimpinan sudah berkomitmen terhadap penyelenggaraan PPI, serta jawaban tentang prioritas pimpinan yang berkisar antara peningkatan mutu, persiapan akreditasi, anggaran, serta sarana dan prasarana.

#### 5.4 Hasil Evaluasi *Input* Program PPI Rumah Sakit X

Tabel 5.3 Hasil Wawancara Sumber Daya Manusia

Kode Informan	Jenis Informan	Informan	Pertanyaan	Hasil Wawancara
B	Informan Kunci	IPCN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apa latar belakang pendidikan anda?</li> <li>2. Apakah anda pernah mendapatkan pendidikan atau pelatihan terkait PPI?</li> </ol>	<p><i>"Pendidikan terakhir D3 perawat, lalu ada pelatihan PPI itu yang saya ikuti pelatihan IPCN, pelatihan PPI dasar, sama pelatihan PPI lanjut".</i></p> <p>Jadi untuk IPCN merupakan lulusan D3 keperawatan, dan pernah mengikuti pelatihan PPI yaitu</p>

				pelatihan PPI dasar, pelatihan IPCN, dan pelatihan PPI lanjut.
C1	Informan Utama	IPCLN 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apa latar belakang pendidikan anda?</li> <li>2. Apakah anda pernah mendapatkan pendidikan atau pelatihan terkait PPI?</li> </ol>	<p><i>“Saya pendidikan terakhir D3 perawat mas, lalu disini juga ada pelatihan tentang PPI juga, kalau dulu itu saya ikut yang pelatihan PPI dasar”.</i></p> <p>Jadi untuk IPCLN merupakan lulusan D3 keperawatan, dan pernah mengikuti pelatihan PPI dasar.</p>
C2	Informan Utama	IPCLN 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apa latar belakang pendidikan anda?</li> <li>2. Apakah anda pernah mendapatkan pendidikan atau pelatihan terkait PPI?</li> </ol>	<p><i>“Saya D3 perawat mas, nah dulu itu karena mau akreditasi, jadi semua anggota PPI dapat Pelatihan tentang PPI dasar mas”</i></p> <p>Jadi untuk IPCLN merupakan lulusan D3 keperawatan, dan pernah</p>

				mengikuti pelatihan PPI dasar.
D1	Informan Pendukung	Anggota PPI Laboratorium		<p><i>“Saya pendidikan terakhir D3 analis, pelatihan PPI kita dapat dari rumah sakit tentang PPI dasar”.</i></p> <p>Jadi untuk anggota PPI laboratorium merupakan lulusan D3 analis kesehatan, dan pernah mengikuti pelatihan tentang PPI dasar.</p>
D2	Informan Pendukung	Anggota PPI Farmasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apa latar belakang pendidikan anda?</li> <li>2. Apakah anda pernah mendapatkan pendidikan atau pelatihan terkait PPI?</li> </ol>	<p><i>“Saya S1 apoteker, kemudian disini juga ada pelatihan itu dulu saya mengikuti pelatihan tentang PPI dasar”</i></p> <p>Jadi untuk anggota PPI farmasi merupakan lulusan S1 apoteker dan pernah mengikuti pelatihan PPI dasar.</p>



D3	Informan Pendukung	Anggota PPI Radiologi		<p><i>“Saya D3 radiologi mas, untuk pelatihan dulu saya ikut pelatihan PPI dasar, sama ada pelatihan internal lain itu setiap tahun”</i></p> <p>Jadi untuk anggota PPI unit radiologi merupakan lulusan D3 radiologi dan pernah mengikuti pelatihan PPI dasar dan pelatihan tahunan yang dilakukan secara internal.</p>
D4	Informan Pendukung	Anggota PPI Gizi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apa latar belakang pendidikan anda?</li> <li>2. Apakah anda pernah mendapatkan pendidikan atau pelatihan terkait PPI?</li> </ol>	<p><i>“Saya D3 gizi, lalu sering ada pelatihan atau diklat internal”</i></p> <p>Jadi untuk anggota PPI Gizi merupakan lulusan D3 Gizi dan pernah mengikuti pelatihan atau diklat internal yang diadakan tiap tahun.</p>
D5	Informan Pendukung	Anggota PPI Laundry	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apa latar belakang</li> </ol>	<p><i>“Saya SMA mas, atau SLTA. Untuk</i></p>

			<p>pendidikan anda?</p> <p>2. Apakah anda pernah mendapatkan pendidikan atau pelatihan terkait PPI?</p>	<p><i>pelatihan tiap tahun itu ada mas, ya contohnya seperti pelatihan penggunaan APD, pelatihan pengelolaan laundry, pelatihan cuci tangan, kaya gitu mas”.</i></p> <p>Jadi untuk anggota PPI unit laundry merupakan lulusan SMA dan pernah mengikuti pelatihan atau diklat internal dari rumah sakit yang diadakan setiap tahun.</p>
D6	Informan Pendukung	Anggota PPI IPSRS	<p>1. Apa latar belakang pendidikan anda?</p> <p>2. Apakah anda pernah mendapatkan pendidikan atau pelatihan terkait PPI?</p>	<p><i>“Oh, saya STM mas. Kemudian disini ada juga pelatihan-pelatihan yang diberikan pada SDM PPI ya khususnya, itu setiap tahun ada”.</i></p> <p>Jadi untuk anggota PPI unit IPSRS merupakan lulusan STM dan pernah mengikuti</p>

				pelatihan internal yang diselenggarakan setiap tahun.
D7	Informan Pendukung	Anggota PPI Kesling	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apa latar belakang pendidikan anda?</li> <li>2. Apakah anda pernah mendapatkan pendidikan atau pelatihan terkait PPI?</li> </ol>	<p><i>“Pendidikan terakhir SMA, namun kompetensi disini saya peroleh dengan mengikuti pelatihan-pelatihan, yaitu pelatihan internal dari rumah sakit baik itu yang terkait dengan PPI maupun terkait pengelolaan limbah yang diadakan tiap tahun, atau saat ada perubahan dalam peraturan atau info terbaru”</i></p> <p>Jadi untuk anggota PPI dalam unit kesling merupakan lulusan SMA dan pernah mengikuti pelatihan-pelatihan tentang PPI dasar, pengelolaan limbah.</p>

Berdasarkan data yang ditunjukkan dalam tabel 5.3, diketahui bahwa latar belakang pendidikan informan penelitian berkisar antara SMA atau STM, Diploma, dan Sarjana. Selain itu, keseluruhan informan telah mendapatkan pelatihan, khususnya dalam bidang PPI, seperti PPI dasar, program PPI, serta PPI lanjutan dan pelatihan IPCN bagi perawat PPI.

Tabel 5.4 Hasil Wawancara Sarana dan Prasarana

Kode Informan	Jenis Informan	Informan	Pertanyaan	Hasil Wawancara
B	Informan Kunci	IPCN	Menurut anda, apakah sarana dan prasarana yang disediakan sudah sesuai untuk pelaksanaan program PPI?	<p><i>“Sarana dan prasarana sudah diupayakan ya, kalau lengkap sih ndak, tapi sudah tersedia, ya kadang ada yang kurang”.</i></p> <p>Jadi menurut IPCN, terkait sarana dan prasarana masih diupayakan, yakni sudah tersedia namun jumlahnya masih terdapat yang belum mencukupi.</p>
C1	Informan Utama	IPCLN 1	Menurut anda, apakah sarana dan prasarana yang disediakan sudah sesuai untuk pelaksanaan program PPI?	<p><i>“Kalau dibilang mencukupi sih 100% gitu ndak, soalnya kebutuhan PPI itu kan banyak mas, jadi memang pasti masih ada beberapa hal yang kurang”.</i></p> <p>Jadi menurut IPCLN terkait sarana dan</p>

				<p>prasarana belum mencukupi dan masih ada beberapa yang kurang.</p>
C2	Informan Utama	IPCLN 2		<p><i>“Sudah cukup sih mas, untuk hal-hal yang penting gitu sudah cukup. Tapi masih ada satu dua hal gitu yang kurang, misalnya seperti wastafel itu juga kita masih campur, jadi masih harus sterilkan lagi, kemudian linen terkadang juga kurang, kemudian alat-alat yang harusnya sekali pakai itu karena kurang jadi kita kadang melakukan reuse, gitu mas”.</i></p> <p>Jadi menurut IPCLN penyelenggaraan sarana dan prasarana sudah cukup pada beberapa hal yang penting, namun pada prasarana seperti wastafel, dan alat-alat sekali pakai masih kurang.</p>
D1	Informan Pendukung	Anggota PPI	Menurut anda, apakah sarana	<i>“Menurut saya kalau sarana dan prasarana</i>

		Laboratorium	dan prasarana yang disediakan sudah sesuai untuk pelaksanaan program PPI?	<p><i>ini sebagian sudah baik, namun sebagian masih kurang”.</i></p> <p>Jadi menurut anggota PPI unit laboratorium, sarana dan prasarana sebagian sudah baik, namun sebagian masih kurang.</p>
D2	Informan Pendukung	Anggota PPI Farmasi	Menurut anda, apakah sarana dan prasarana yang disediakan sudah sesuai untuk pelaksanaan program PPI?	<p><i>“Beberapa belum mencukupi menurut saya mas, mungkin dari ketersediaan tempat cuci tangan juga, kan harusnya tiap unit dan di tempat tunggu pasien itu ada, tapi dari jumlahnya menurut saya masih kurang”</i></p> <p>Jadi menurut anggota PPI unit farmasi, penyediaan sarana dan prasarana beberapa masih kurang,</p>
D3	Informan Pendukung	Anggota PPI Radiologi	Menurut anda, apakah sarana dan prasarana yang disediakan sudah sesuai untuk	<p><i>“Sarana dan prasarana menurut saya belum semuanya mencukupi ya, masih ada yang kurang”.</i></p>

			pelaksanaan program PPI?	Menurut anggota PPI unit radiologi, masih ada beberapa hal yang belum mencukupi dalam penyelenggaraan sarana dan prasarana PPI di rumah sakit.
D4	Informan Pendukung	Anggota PPI Gizi	Menurut anda, apakah sarana dan prasarana yang disediakan sudah sesuai untuk pelaksanaan program PPI?	<p><i>“Sarana dan prasarana menurut saya beberapa sudah cukup, seperti tempat cuci tangan, tapi untuk beberapa hal seperti masker kita perlu menyediakan sendiri mas, jadi sebagian sudah mencukupi, namun ada juga yang masih kurang”.</i></p> <p>Menurut anggota PPI unit gizi, beberapa sarana dan prasarana sudah cukup, tapi ada beberapa hal yang kurang dan disediakan sendiri.</p>
D5	Informan Pendukung	Anggota PPI Laundry	Menurut anda, apakah sarana dan prasarana yang disediakan sudah sesuai untuk	<p><i>“Sudah sesuai mas, tapi mungkin ada beberapa hal yang belum mencukupi”</i></p> <p>Menurut anggota PPI unit laundry,</p>

			pelaksanaan program PPI?	penyediaan sarana dan prasarana sudah sesuai, namun ada beberapa hal yang masih belum mencukupi.
D6	Informan Pendukung	Anggota PPI IPSRS	Menurut anda, apakah sarana dan prasarana yang disediakan sudah sesuai untuk pelaksanaan program PPI?	<p><i>"Kalau sarpras dari jumlah dan ketersediaannya cukup untuk saat ini"</i></p> <p>Menurut anggota PPI di unit IPSRS, sarana dan prasarana yang tersedia saat ini jumlahnya mencukupi.</p>
D7	Informan Pendukung	Anggota PPI Kesling	Menurut anda, apakah sarana dan prasarana yang disediakan sudah sesuai untuk pelaksanaan program PPI?	<p><i>"Jadi untuk sarana dan prasarana ini kalau saya bilang memang ada untuk sarana dan prasarananya, namun pada beberapa hal masih kurang"</i></p> <p>Menurut anggota PPI unit kesling, sarana dan prasarana sudah ada, namun pada beberapa hal jumlahnya masih kurang atau belum mencukupi.</p>

Berdasarkan data yang ditunjukkan dalam tabel 5.4, diketahui bahwa masih ada sarana dan prasarana yang kurang dalam hal penyelenggaraan PPI,



yang ditunjukkan oleh sebagian besar informan, baik itu dari APD, wastafel, dan lain-lain, namun pada sebagian informan seperti anggota PPI dalam unit IPSRS yang menyebutkan bahwa penyediaan sarana dan prasarana untuk saat ini sudah mencukupi.

Tabel 5.5 Hasil Wawancara Anggaran

Kode Informan	Jenis Informan	Informan	Pertanyaan	Hasil Wawancara
B	Informan Kunci	IPCN	Menurut anda, apa ada anggaran khusus yang dianggarkan dalam program PPI?	<i>“Selama ini yang saya ketahui sudah ada”.</i>  Menurut IPCN, anggaran PPI sudah disediakan oleh rumah sakit.
C1	Informan Utama	IPCLN 1	Menurut anda, apa ada anggaran khusus yang dianggarkan dalam program PPI?	<i>“Mungkin ada ya mas, tapi saya kurang tau pasti tentang anggarannya”</i>  Jadi IPCLN 1 tidak mengetahui terkait anggaran yang disediakan dalam program PPI.
C2	Informan Utama	IPCLN 2	Menurut anda, apa ada anggaran khusus yang dianggarkan dalam program PPI?	<i>“Sepertinya ada, kalau tidak salah untuk program itu ada anggarannya per tahun gitu”</i>  Jadi menurut IPCLN 2,

				anggaran program sudah ditentukan untuk anggaran per tahun.
D1	Informan Pendukung	Anggota PPI Laboratorium	Menurut anda, apa ada anggaran khusus yang dianggarkan dalam program PPI?	<p><i>"Wah saya kurang tau ya mas"</i></p> <p>Jadi untuk anggota PPI laboratorium tidak mengetahui perihal anggaran PPI.</p>
D2	Informan Pendukung	Anggota PPI Farmasi	Menurut anda, apa ada anggaran khusus yang dianggarkan dalam program PPI?	<p><i>"Kalo menurut saya sudah mencukupi mas, hanya saja mungkin dari beberapa unit itu perlu ada penggantian peralatan yang butuh biaya lumayan besar, jadi perlu penambahan anggaran, tapi belum mas karena kan juga dalam situasi pandemi kaya gini jadi dari pendapatan juga berkurang".</i></p>

				Jadi menurut anggota PPI unit farmasi, anggaran sudah ada namun masih terbatas karena terhalang oleh beberapa faktor, salah satunya pandemi.
D3	Informan Pendukung	Anggota PPI Radiologi		<p><i>“Anggaran sepengetahuan saya sudah ada mas, tapi detailnya saya kurang tahu”.</i></p> <p>Menurut anggota PPI unit radiologi, anggaran terhadap program PPI sudah ditentukan, tapi tidak mengetahui secara mendetail tentang rincian anggarannya.</p>
D4	Informan Pendukung	Anggota PPI Gizi	Menurut anda, apa ada anggaran khusus yang dianggarkan dalam program PPI?	<p><i>“Kalau anggaran menurut saya sudah mencukupi ya mas, dan sudah bisa mengcover kebutuhan-kebutuhan PPI, khususnya di unit gizi”.</i></p>

				Jadi menurut anggota PPI unit gizi, anggaran sudah mencukupi dan bisa mengcover beberapa kebutuhan, khususnya dalam unit gizi.
D5	Informan Pendukung	Anggota PPI Laundry	Menurut anda, apa ada anggaran khusus yang dianggarkan dalam program PPI?	<p><i>“Selama ini anggaran sudah ada mas dan sudah mengcover. Tapi kalau untuk penyediaan alat-alat yang lebih besar saya kurang tahu”.</i></p> <p>Jadi untuk anggota PPI unit laundry, anggaran sudah ada dan bisa mengcover kebutuhan PPI, tetapi tidak mengetahui secara mendetail.</p>
D6	Informan Pendukung	Anggota PPI IPSRS	Menurut anda, apa ada anggaran khusus yang dianggarkan	<i>“Anggaran sudah ada mas, kalo saya lihat dari unit saya sendiri ya mas, itu dari</i>

			dalam program PPI?	<p><i>pembelian tong sampah, plastik untuk sampah taman, sampah infeksius, itu sudah tercover semua”</i></p> <p>Jadi menurut anggota PPI IPSRS, anggaran sudah ada dan bisa mengcover kebutuhan PPI khususnya di unit IPSRS.</p>
D7	Informan Pendukung	Anggota PPI Kesling	Menurut anda, apa ada anggaran khusus yang dianggarkan dalam program PPI?	<p>“Untuk anggaran khusus dalam PPI saya kira tidak ada, tapi sudah menyesuaikan dengan anggaran tahun fixal, jadi sudah dianggarkan per tahun”</p> <p>Jadi menurut anggota PPI kesling, anggaran khusus tidak ada, namun ada penganggaran tahunan yang disusun</p>

				berdasarkan kebutuhan dan sudah disetujui oleh direktur.
--	--	--	--	--

Berdasarkan data hasil wawancara yang ditunjukkan pada tabel 5.5, ada beberapa informan yang mengetahui bahwa ada anggaran PPI yang disediakan yaitu IPCN, IPCLN 2, anggota PPI unit farmasi, radiologi, gizi, laundry, IPSRS, dan kesling. Namun untuk IPCLN 1 dan anggota PPI laboratorium tidak mengetahui perihal anggaran yang disediakan.

Tabel 5.6 Hasil Wawancara Kebijakan PPI Rumah Sakit

Kode Informan	Jenis Informan	Informan	Pertanyaan	Hasil Wawancara
B	Informan Kunci	IPCN	Menurut anda apakah apakah ada kebijakan khusus tentang PPI yang dibuat oleh pimpinan?	<i>"Itu sudah ada peraturan dari direktornya"</i>  Menurut IPCN, kebijakan PPI sudah diatur berdasarkan peraturan direktur RS.
C1	Informan Utama	IPCLN 1	Menurut anda apakah apakah ada kebijakan khusus tentang PPI yang dibuat oleh pimpinan?	<i>"Ada mas, regulasi-regulasi tentang PPI dari direktur kan banyak itu. Nah itu bisa mas lihat di ruang PPI"</i>  Menurut IPCLN 1, sudah ada regulasi yang disusun dan

				disahkan oleh direktur.
C2	Informan Utama	IPCLN 2	Menurut anda apakah apakah ada kebijakan khusus tentang PPI yang dibuat oleh pimpinan?	<p><i>"Oh iya mas, untuk kebijakan PPI itu ada regulasi-regulasinya. Ada kok mas setahu saya di ruang PPI".</i></p> <p>Menurut IPCLN 2, kebijakan PPI rumah sakit sudah disusun regulasinya dan ditempatkan dalam ruang PPI.</p>
D1	Informan Pendukung	Anggota PPI Laboratorium	Menurut anda apakah apakah ada kebijakan khusus tentang PPI yang dibuat oleh pimpinan?	<p><i>"Kalo kebijakan setahu saya ada mas, seperti peraturan direktur".</i></p> <p>Menurut anggota PPI laboratorium, kebijakan PPI sudah diatur dalam peraturan direktur.</p>
D2	Informan Pendukung	Anggota PPI Farmasi	Menurut anda apakah apakah ada kebijakan khusus tentang PPI yang dibuat oleh pimpinan?	<p><i>"Kebijakan PPI sudah diatur di keputusan direktur mas"</i></p> <p>Menurut anggota PPI farmasi, kebijakan tentang PPI sudah diatur</p>

				dalam keputusan direktur.
D3	Informan Pendukung	Anggota PPI Radiologi	Menurut anda apakah apakah ada kebijakan khusus tentang PPI yang dibuat oleh pimpinan?	<p><i>"Kalau kebijakan pastinya ada mas"</i></p> <p>Menurut anggota PPI unit radiologi, kebijakan tentang PPI rumah sakit sudah ada.</p>
D4	Informan Pendukung	Anggota PPI Gizi	Menurut anda apakah apakah ada kebijakan khusus tentang PPI yang dibuat oleh pimpinan?	<p><i>"Sepertinya ada mas kalau kebijakan PPI dari pimpinan itu sudah dibuat"</i></p> <p>Menurut anggota PPI unit gizi, kebijakan PPI sudah ada dan dibuat oleh pimpinan rumah sakit.</p>
D5	Informan Pendukung	Anggota PPI Laundry	Menurut anda apakah apakah ada kebijakan khusus tentang PPI yang dibuat oleh pimpinan?	<p><i>"Ada mas, bentuknya itu seperti keputusan dari direktur"</i></p> <p>Menurut anggota PPI unit laundry, kebijakan PPI rumah sakit sudah diatur dalam bentuk keputusan direktur.</p>



D6	Informan Pendukung	Anggota PPI IPSRS	Menurut anda apakah apakah ada kebijakan khusus tentang PPI yang dibuat oleh pimpinan?	<i>"Kebijakan PPI ada mas, nanti coba masnya tanyakan ke ruang PPI juga"</i>  Jadi anggota PPI unit IPSRS mengetahui tentang adanya kebijakan PPI.
D7	Informan Pendukung	Anggota PPI Kesling	Menurut anda apakah apakah ada kebijakan khusus tentang PPI yang dibuat oleh pimpinan?	<i>"Kebijakan sudah ada, dalam bentuk regulasi itu contohnya seperti keputusan direktur"</i>  Jadi menurut anggota PPI unit kesling, kebijakan sudah ada dan diatur dalam keputusan direktur.

Berdasarkan tabel 5.6, seluruh anggota mengetahui tentang kebijakan PPI yang sudah dibuat. Kebijakan tersebut dapat berupa keputusan atau peraturan direktur, daftar SOP, alur pelayanan, dan lain-lain yang sudah dibuat atau diketahui oleh direktur dan disahkan sebagai kebijakan program PPI.

## 5.5 Hasil Evaluasi *Process Program PPI Rumah Sakit X*

Tabel 5.7 Hasil Wawancara Pelaksanaan Program PPI

Kode Informan	Jenis Informan	Informan	Pertanyaan	Hasil Wawancara
B	Informan Kunci	IPCN	Menurut anda bagaimana pelaksanaan tugas anda dalam komite PPI rumah sakit X?	<p><i>"Kalo menurut saya sudah terlaksana, hanya memang kan ada banyak tugasnya, jadi saya rasa belum 100%".</i></p> <p>Jadi menurut IPCN, pelaksanaan PPI sudah terlaksana, namun belum sepenuhnya berjalan baik.</p>
C1	Informan Utama	IPCLN 1	Menurut anda bagaimana pelaksanaan tugas anda dalam komite PPI rumah sakit X?	<p><i>"Menurut saya sih pelaksanaannya masih kurang mas, mungkin karena keterbatasan tenaga, waktu, apalagi dalam kondisi pandemi saat ini, kadang ada yang isoman juga".</i></p> <p>Jadi menurut IPCLN 1 pelaksanaan masih kurang, dipengaruhi oleh keterbatasan tenaga, waktu, dan dipengaruhi juga oleh pandemi.</p>
C2	Informan Utama	IPCLN 2	Menurut anda	<i>"Pelaksanaannya sih lancar-lancar saja mas"</i>

			bagaimana pelaksanaan tugas anda dalam komite PPI rumah sakit X?	Menurut IPCLN 2, pelaksanaan PPI sudah berjalan dengan lancar.
D1	Informan Pendukung	Anggota PPI Laboratorium	Menurut anda bagaimana pelaksanaan tugas anda dalam komite PPI rumah sakit X?	<p><i>“Sebagian sudah terlaksana ya mas, hanya saja mungkin karena disini khususnya di laboratorium itu orangnya kurang, jadi pekerjaannya rangkap rangkap gitu mas, jadi tidak maksimal”.</i></p> <p>Menurut anggota PPI laboratorium, sebagian tugas sudah terlaksana, namun karena kekurangan tenaga, jadi masih belum berjalan maksimal.</p>
D2	Informan Pendukung	Anggota PPI Farmasi	Menurut anda bagaimana pelaksanaan tugas anda dalam komite PPI rumah sakit X?	<p><i>“Sebagian sudah berjalan dengan baik, tapi ada juga yang masih kurang”.</i></p> <p>Menurut anggota PPI unit farmasi, program PPI sudah berjalan dengan baik, tapi</p>

				masih ada yang kurang.
D3	Informan Pendukung	Anggota PPI Radiologi	Menurut anda bagaimana pelaksanaan tugas anda dalam komite PPI rumah sakit X?	<p><i>"Masih belum berjalan maksimal mas".</i></p> <p>Jadi menurut anggota PPI unit radiologi, pelaksanaan PPI masih kurang dan belum berjalan maksimal.</p>
D4	Informan Pendukung	Anggota PPI Gizi	Menurut anda bagaimana pelaksanaan tugas anda dalam komite PPI rumah sakit X?	<p><i>"Pelaksanaan program PPI khususnya dalam unit gizi menurut saya sudah berjalan dengan baik, jadi untuk alur pengelolaan makanannya juga sudah sesuai dengan aturan PPI"</i></p> <p>Jadi menurut anggota PPI unit gizi pelaksanaan program PPI sudah berjalan dengan baik, dan alur penyediaan makanan sudah sesuai dengan aturan PPI.</p>
D5	Informan Pendukung	Anggota PPI Laundry	Menurut anda bagaimana pelaksanaan tugas anda dalam komite	<p><i>"Pelaksanaan menurut saya sudah lumayan ya mas, jadi kan ada alur pengelolaan linennya, nah kalau yang saya lihat sejauh ini sudah</i></p>

			PPI rumah sakit X?	<p><i>sesuai dengan alur tersebut</i></p> <p>Jadi menurut anggota PPI laundry, pelaksanaan sudah lumayan baik, dan sudah sesuai dengan prosedur operasional.</p>
D6	Informan Pendukung	Anggota PPI IPSRS	Menurut anda bagaimana pelaksanaan tugas anda dalam komite PPI rumah sakit X?	<p><i>“Kalau di unit IPS sih mas, menurut saya sebagian besar sudah sesuai, hanya saja mungkin pada beberapa hal masih ada yang kurang, tapi saling mengingatkan gitu mas”.</i></p> <p>Menurut anggota PPI IPSRS, pelaksanaan PPI sebagian besar sudah sesuai, hanya saja mungkin ada beberapa hal yang masih kurang.</p>
D7	Informan Pendukung	Anggota PPI Kesling	Menurut anda bagaimana pelaksanaan tugas anda dalam komite PPI rumah sakit X?	<p><i>“Untuk pelaksanaan tugas saya dalam PPI ini saya nyatakan berjalan, dilihat pada monitoring kegiatan saya, bagaimana pengelolaan limbah, teknis, regulasi, alur dari ruangan, sampai</i></p>

				<p><i>dengan ke pihak ketiga”.</i></p> <p>Jadi menurut anggota PPI unit kesling, pelaksanaan program PPI khususnya dalam unit kesling sudah berjalan dengan baik.</p>
--	--	--	--	---

Berdasarkan tabel 5.7, diketahui bahwa sebagian besar pelaksanaan program PPI, yaitu dari IPCN, IPCLN 1, anggota PPI dari laboratorium, farmasi, radiologi, laundry, gizi, IPSRS, dan kesling belum berjalan maksimal, baik itu dari kurangnya SDM, faktor pandemi, kepatuhan petugas, sarana dan prasarana, dan lain-lain. Pada IPCLN 2, menyebutkan bahwa pelaksanaan PPI sudah berjalan dengan baik, karena menurutnya jumlah pasien sudah banyak berkurang semenjak pandemi, sehingga tidak ada masalah berarti terkait pelayanan pasien di ruang pelayanan.

Tabel 5.8 Hasil Wawancara Monitoring Program PPI

<b>Kode Informan</b>	<b>Jenis Informan</b>	<b>Informan</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Hasil Wawancara</b>
B	Informan Kunci	IPCN	<p>1. Menurut anda bagaimana keberlangsungan pertemuan berkala atau koordinasi tiap anggota PPI di rumah sakit X?</p> <p>2. Menurut anda</p>	<p><i>“Jadi untuk pertemuan rutin itu ada, untuk dengan IPCLN itu 1 bulan sekali, kemudian dengan anggota itu 3 bulan sekali. Tapi karena saat ini situasi pandemi, jadi ya sekarang sedang mengurangi pertemuan secara langsung. Untuk</i></p>

			<p>bagaimana pelaksanaan monitoring terhadap kegiatan PPI di rumah sakit X?</p>	<p><i>monitoringnya itu biasanya saya melakukan pengawasan, dan mereka memberikan laporan bisa melalui online juga”.</i></p> <p>Menurut IPCN monitoring dilakukan dengan pengawasan secara langsung, pelaporan secara online, dan melakukan pertemuan rutin, namun pertemuan rutin saat ini sedang terkendala oleh pandemi.</p>
C1	Informan Utama	IPCLN 1	<p>1. Menurut anda bagaimana keberlangsungan pertemuan berkala atau koordinasi tiap anggota PPI di rumah sakit X?</p> <p>2. Menurut anda bagaimana pelaksanaan monitoring</p>	<p><i>“Untuk pertemuan rutin anggota dan monitoring dulu sering sih mas tiap bulan gitu, hanya saja kan akhir-akhir ini karena pandemi dan kadang ada yang isoman juga jadi sekarang jarang”</i></p> <p>Menurut IPCLN 1, sudah lama tidak dilakukan monitoring dan pertemuan rutin anggota untuk memantau</p>

			terhadap kegiatan PPI di rumah sakit X?	keberlangsungan program PPI.
C2	Informan Utama	IPCLN 2	<p>1. Menurut anda bagaimana keberlangsungan pertemuan berkala atau koordinasi tiap anggota PPI di rumah sakit X?</p> <p>2. Menurut anda bagaimana pelaksanaan monitoring terhadap kegiatan PPI di rumah sakit X?</p>	<p><i>"Nah untuk pertemuan rutin itu agak susah mas, apalagi kan kita jumlah anggotanya pas. Jadi kalau mau pertemuan itu kadang terbentur pekerjaan ini, pekerjaan itu, jadi harus menyamakan jadwal dulu. Biasanya di luar jam kerja. Monitoringnya dari IPCN itu kadang mantau pelaksanaan, lalu juga kita ada laporan bulanan ke IPCN".</i></p> <p>Menurut IPCLN 2, monitoring pelaksanaan program PPI dilakukan oleh IPCN dan ada laporan bulanan yang dikirimkan ke IPCN, serta biasanya dilakukan pertemuan rutin. Namun, akhir-akhir ini pertemuan</p>



				rutin dan pengawasan kurang berjalan dengan baik.
D1	Informan Pendukung	Anggota PPI Laboratorium	<p>1. Menurut anda bagaimana keberlangsungan pertemuan berkala atau koordinasi tiap anggota PPI di rumah sakit X?</p> <p>2. Menurut anda bagaimana pelaksanaan monitoring terhadap kegiatan PPI di rumah sakit X?</p>	<p><i>“Wah untuk pertemuan ini saya lupa mas, sudah lama ndak ada kayaknya. Biasanya untuk monitoring ini ada mas pengawasan dan pelaporannya, tapi jujur saya jarang mengumpulkan laporan karena itu tadi mas, pekerjaannya banyak dan petugasnya sedikit”.</i></p> <p>Menurut anggota PPI laboratorium, pelaporan tidak berjalan, dan kegiatan pertemuan rutin sudah cukup lama tidak berjalan.</p>
D2	Informan Pendukung	Anggota PPI Farmasi	<p>1. Menurut anda bagaimana keberlangsungan pertemuan berkala atau koordinasi tiap anggota</p>	<p><i>“Nah pertemuan ini kemarin sebelum lebaran setahu saya ada lewat zoom mas, tapi anggota inti aja. Kalo monitoring kurang tahu ya mas, kalo menurut saya belum soalnya kan</i></p>

			<p>PPI di rumah sakit X?</p> <p>2. Menurut anda bagaimana pelaksanaan monitoring terhadap kegiatan PPI di rumah sakit X?</p>	<p><i>banyak itu mas yang harus dikerjakan”</i></p> <p>Menurut anggota PPI farmasi, pernah ada pertemuan via online terhadap anggota inti PPI, namun untuk monitoring dan pengawasan belum dilaksanakan.</p>
D3	Informan Pendukung	Anggota PPI Radiologi	<p>1. Menurut anda bagaimana keberlangsungan pertemuan berkala atau koordinasi tiap anggota PPI di rumah sakit X?</p> <p>2. Menurut anda bagaimana pelaksanaan monitoring terhadap kegiatan PPI di rumah sakit X?</p>	<p><i>“Monitoring dari IPCN dan pertemuan rutin sebenarnya ada, tapi tidak berjalan”</i></p> <p>Menurut anggota PPI unit radiologi, pertemuan rutin dan monitoring sebenarnya ada, namun masih belum berjalan maksimal.</p>
D4	Informan Pendukung	Anggota PPI Gizi	<p>1. Menurut anda bagaimana</p>	<p><i>“Jadi dari PPI tentang tugas kita itu ya kadang kala mereka</i></p>

			<p>keberlangsungan pertemuan berkala atau koordinasi tiap anggota PPI di rumah sakit X?</p> <p>2. Menurut anda bagaimana pelaksanaan monitoring terhadap kegiatan PPI di rumah sakit X?</p>	<p><i>melakukan pemantauan juga. Kadang kita melakukan sidak, contohnya sidak kuku, pemakaian perhiasan, lantai yang ada air, gitu kan tidak boleh, jadi pembinaan itu terus menerus dilakukan”</i></p> <p>Menurut anggota PPI gizi, terkadang dilakukan pemantauan oleh IPCN, terkadang juga dilakukan sidak oleh internal unit gizi.</p>
D5	Informan Pendukung	Anggota PPI Laundry	<p>1. Menurut anda bagaimana keberlangsungan pertemuan berkala atau koordinasi tiap anggota PPI di rumah sakit X?</p> <p>2. Menurut anda bagaimana pelaksanaan monitoring</p>	<p><i>“Biasanya rapat rutin anggota ada mas, tapi sudah agak lama ini ya belum ada rapat lagi. Pemantauan biasanya kita dipantau oleh IPCN tapi kalau form checklistnya kita tidak tahu”</i></p> <p>Menurut anggota PPI unit laundry, sudah cukup lama tidak dilakukan rapat rutin, dan pemantauan atau</p>

			terhadap kegiatan PPI di rumah sakit X?	monitoring biasanya dilakukan oleh IPCN.
D6	Informan Pendukung	Anggota PPI IPSRS	<p>1. Menurut anda bagaimana keberlangsungan pertemuan berkala atau koordinasi tiap anggota PPI di rumah sakit X?</p> <p>2. Menurut anda bagaimana pelaksanaan monitoring terhadap kegiatan PPI di rumah sakit X?</p>	<p><i>"Pertemuan rutin dengan PPI menurut saya sudah berjalan dengan baik, koordinasinya juga bagus, tapi perlu peningkatan lagi karena dalam masa pandemi ini kita mengurangi pertemuan secara langsung, jadi biasanya diwakili oleh beberapa anggota inti saja gitu mas. Kalo monitoring di unit saya biasanya tiap ada pembangunan itu saya koordinasi dengan PPI, bagaimana pengelolaannya, bagaimana agar debu itu tidak sampai menyebar, gitu mas, jadi nanti dipantau gitu".</i></p> <p>Menurut anggota PPI unit IPSRS,</p>

				<p>pertemuan sudah bagus, tapi sudah lama tidak dilakukan pertemuan khususnya karena pandemi, serta untuk monitoring di unit IPSRS, biasanya dilakukan dengan koordinasi terlebih dahulu setiap kali ada pembangunan dan dilakukan pemantauan.</p>
D7	Informan Pendukung	Anggota PPI Kesling	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurut anda bagaimana keberlangsungan pertemuan berkala atau koordinasi tiap anggota PPI di rumah sakit X?</li> <li>2. Menurut anda bagaimana pelaksanaan monitoring terhadap kegiatan PPI di rumah sakit X?</li> </ol>	<p><i>“Memang ada program yang dilakukan untuk mengevaluasi kegiatan-kegiatan tiap bulan. Ada monitoring sih, dan dirapatkan tiap bulan ada, per tiga bulan ada, dan juga ada emergency”</i></p> <p>Jadi menurut anggota PPI unit kesling ada program yang dilakukan untuk monitoring dan evaluasi setiap bulan, serta dirapatkan secara rutin</p>

Berdasarkan tabel 5.9, sebagian besar informan menyebutkan bahwa kegiatan monitoring, pertemuan berkala, dan pelaporan untuk saat ini masih belum berjalan dengan baik karena menghindari pertemuan secara langsung terkait pandemi. Idealnya, dilakukan pemantauan atau monitoring setiap bulan seperti yang terdapat dalam keterangan anggota PPI kesling, dan dilakukan pertemuan rutin yang dilakukan setiap bulan, setiap 3 bulan, dan pertemuan emergency.

Tabel 5.10 Hasil Wawancara Hambatan Program PPI

Kode Informan	Jenis Informan	Informan	Pertanyaan	Hasil Wawancara
B	Informan Kunci	IPCN	Menurut anda hambatan atau kendala apa saja yang seringkali terjadi dalam pelaksanaan program PPI?	<p><i>"Kendala lebih kepada kepatuhan ya, misalkan tentang cuci tangan, kemudian tugas saya kan audit, nah dalam audit ini kan ada instrumennya kan, kadang audit ini tidak bisa sesuai dengan instrumen".</i></p> <p>Jadi menurut IPCN, hambatan yang sering terjadi lebih kepada kepatuhan petugas dan terkadang audit tidak sesuai dengan instrumen.</p>
C1	Informan Utama	IPCLN 1	Menurut anda hambatan atau kendala apa saja yang seringkali terjadi dalam	<i>"Kendalanya, kadang barang misalnya kehabisan, pelaksananya seperti saya ini pas, jadi nanti bakal susah kalo misalkan ada yang</i>

			pelaksanaan program PPI?	<p><i>isoman. Terus saya juga jarang ngasih laporan gitu mas”.</i></p> <p>Menurut IPCLN 1, kendala pada pelaksanaan PPI yaitu pada jumlah SDM yang pas, dan pelaporan yang jarang dilakukan.</p>
C2	Informan Utama	IPCLN 2	Menurut anda hambatan atau kendala apa saja yang seringkali terjadi dalam pelaksanaan program PPI?	<p><i>“Kendalanya ga ada sih, soalnya dari jumlah pasien juga sekarang sudah berkurang, jadi tidak ada masalah berarti gitu”</i></p> <p>Menurut IPCLN 2, tidak ada kendala yang berarti terhadap pelaksanaan program PPI karena jumlah pasien yang sudah berkurang.</p>
D1	Informan Pendukung	Anggota PPI Laboratorium	Menurut anda hambatan atau kendala apa saja yang seringkali terjadi dalam pelaksanaan program PPI?	<p><i>“Mungkin kalo dari laborat itu kekurangan tenaga ya, jadi kita merangkap-rangkap pekerjaan. Jadi kadang ndak bisa mengerjakan yang di PPI, karena kita</i></p>

				<p><i>mengerjakan yang di laboratorium”</i></p> <p>Menurut anggota PPI laboratorium, kendalanya ada pada kekurangan SDM, sehingga pekerjaan harus merangkap-rangkap dan tidak bisa mengerjakan tugas PPI dengan baik.</p>
D2	Informan Pendukung	Anggota PPI Farmasi	Menurut anda hambatan atau kendala apa saja yang seringkali terjadi dalam pelaksanaan program PPI?	<p>“Dari farmasi yang agak kendor itu di kepatuhan petugasnya mas, khususnya cuci tangan gitu jadi harus beberapa kali diingatkan atau diawasi petugasnya”.</p> <p>Menurut anggota PPI farmasi, kepatuhan petugas sedikit kendor, sehingga harus terus mengingatkan dan melakukan pengawasan.</p>
D3	Informan Pendukung	Anggota PPI Radiologi	Menurut anda hambatan atau kendala apa saja yang seringkali terjadi dalam	<p><i>“Kalo kendala di radiologi SDM kurang mas, dan kerjaan banyak jadi tidak sempat kalau harus ada tugas lain”.</i></p>



			pelaksanaan program PPI?	Menurut anggota PPI radiologi, SDM yang kurang dan jumlah pekerjaan yang banyak menjadi kendala dalam pelaksanaan program PPI.
D4	Informan Pendukung	Anggota PPI Gizi	Menurut anda hambatan atau kendala apa saja yang seringkali terjadi dalam pelaksanaan program PPI?	<p><i>“Secara umum, hambatan yang fatal itu tidak ada mas, jadi petugas di unit gizi itu rata-rata sudah memahami ya, apa yang mereka hadapi, jadi dalam pelaksanaannya tidak sembrono, tapi memang sih ada sih sedikit yaitu tindakan mereka itu ada yang kurang hati-hati, tapi ya dari kami itu nanti saling mengingatkan.”</i></p> <p>Menurut anggota PPI gizi secara umum tidak ada kendala yang fatal, namun ada beberapa petugas yang kurang berhati-hati dalam menjalankan tugasnya.</p>

D5	Informan Pendukung	Anggota PPI Laundry	Menurut anda hambatan atau kendala apa saja yang seringkali terjadi dalam pelaksanaan program PPI?	<p><i>“Kalau hambatan biasanya di baju mas, kadang tiba-tiba ada pulpen atau barang-barang yang bisa merusak mesin cuci gitu, kalau dari kepatuhan petugas menurut saya lumayan walau kadang ada yang salah, tapi saling mengingatkan gitu mas, entah itu dari cuci tangan atau pemakaian APD”</i></p> <p>Menurut anggota PPI unit laundry, hambatan ada di barang-barang yang ikut tercampur dengan baju kotor, dan kepatuhan petugas yang terkadang tidak mematuhi program PPI.</p>
D6	Informan Pendukung	Anggota PPI IPSRS	Menurut anda hambatan atau kendala apa saja yang seringkali terjadi dalam pelaksanaan program PPI?	<p><i>“Biasanya sih pemakaian APD mas, jadi kadang lupa ga pakai masker, terus ini tempatnya kadang juga berantakan, gitu mas, tapi ya kalau ada yang tidak sesuai pasti diingatkan”</i></p>

				Menurut anggota PPI unit IPSRS, kendala pelaksanaan program PPI yaitu terkadang petugas lupa tidak memakai masker, dan membiarkan tempat kerja berantakan.
D7	Informan Pendukung	Anggota PPI Kesling	Menurut anda hambatan atau kendala apa saja yang seringkali terjadi dalam pelaksanaan program PPI?	<p><i>“Secara umumnya, hambatan banyak. Contohnya bagian ini kadang-kadang sembrono, APD seperti hazmat kan panas, nah itu kadang sebelum kerjanya selesai dilepas kalau tidak dilakukan pengawasan. Jadi lebih kepada kepatuhan sih.”</i></p> <p>Menurut petugas PPI kesling, hambatan banyak, seperti petugas yang terkadang sembrono, APD dilepas sebelum pekerjaan selesai, dan lain-lain yang lebih banyak kepada kepatuhan petugas.</p>

Berdasarkan tabel 5.10, diketahui bahwa dalam pelaksanaan program PPI di tiap unit ada beberapa hambatan atau kendala yang berkisar antara kepatuhan

petugas, kendala dalam audit IPCN, kurangnya SDM, dan beban tugas yang terlalu banyak terhadap anggota khususnya di laboratorium dan radiologi.

### 5.6 Hasil Evaluasi *Product Program* PPI Rumah Sakit X

Tabel 5.11 Hasil Observasi Program PPI

<b>KEPEMIMPINAN DAN TATA KELOLA</b>		
Standar PPI 1	Skor Maksimal	Skor
	30	30 (100%)
Standar PPI 2	Skor Maksimal	Skor
	30	25 (83.3%)
<b>Jumlah</b>	<b>60</b>	<b>55 (91.6%)</b>
<b>SUMBER DAYA</b>		
Standar PPI 3	Skor Maksimal	Skor
	20	20 (100%)
Standar PPI 4	Skor Maksimal	Skor
	40	25 (62.5%)
<b>Jumlah</b>	<b>60</b>	<b>45 (75%)</b>
<b>TUJUAN PROGRAM PPI</b>		
Standar PPI 5	Skor Maksimal	Skor
	40	35 (87.5%)
Standar PPI 6	Skor Maksimal	Skor
	40	35 (87.5%)
Standar PPI 6.1	Skor Maksimal	Skor
	30	30 (100%)
Standar PPI 6.2	Skor Maksimal	Skor
	20	20 (100%)
<b>Jumlah</b>	<b>130</b>	<b>120 (92%)</b>
<b>PERALATAN MEDIS DAN ALAT KESEHATAN HABIS PAKAI</b>		
Standar PPI 7	Skor Maksimal	Skor
	40	35 (100%)
Standar PPI 7.1	Skor Maksimal	Skor
	60	30 (50%)

Standar PPI 7.2	Skor Maksimal	Skor
	40	15 (37.5%)
Standar PPI 7.2.1	Skor Maksimal	Skor
	20	10 (50%)
Standar PPI 7.3	Skor Maksimal	Skor
	20	10 (50%)
Standar PPI 7.3.1	Skor Maksimal	Skor
	40	30 (75%)
<b>Jumlah</b>	<b>220</b>	<b>130 (59%)</b>
<b>LIMBAH INFEKSIUS</b>		
Standar PPI 7.4	Skor Maksimal	Skor
	80	80 (100%)
Standar PPI 7.4.1	Skor Maksimal	Skor
	30	20 (66.6%)
Standar PPI 7.5	Skor Maksimal	Skor
	60	60 (100%)
<b>Jumlah</b>	<b>170</b>	<b>160 (94%)</b>
<b>PELAYANAN MAKANAN</b>		
Standar PPI 7.6	Skor Maksimal	Skor
	40	30 (75%)
<b>Jumlah</b>	<b>40</b>	<b>30 (75%)</b>
<b>RISIKO KONSTRUKSI</b>		
Standar PPI 7.7	Skor Maksimal	Skor
	20	15 (75%)
Standar PPI 7.7.1	Skor Maksimal	Skor
	20	10 (50%)
<b>Jumlah</b>	<b>40</b>	<b>35 (62.5%)</b>
<b>TRANSMISI INFEKSI</b>		
Standar PPI 8	Skor Maksimal	Skor
	30	30 (100%)
Standar PPI 8.1	Skor Maksimal	Skor

	50	40 (80%)
Standar PPI 8.2	Skor Maksimal	Skor
	60	45 (75%)
Standar PPI 8.3	Skor Maksimal	Skor
	30	30 (100%)
Standar PPI 9	Skor Maksimal	Skor
	40	40 (100%)
Standar PPI 9.1	Skor Maksimal	Skor
	40	40 (100%)
<b>Jumlah</b>	<b>250</b>	<b>225 (88.8%)</b>
<b>PENINGKATAN MUTU DAN PROGRAM EDUKASI</b>		
Standar PPI 10	Skor Maksimal	Skor
	40	25 (62.5%)
Standar PPI 11	Skor Maksimal	Skor
	50	35 (70%)
<b>Jumlah</b>	<b>90</b>	<b>60 (66.6%)</b>

Berdasarkan data dalam tabel 5.11 diketahui bahwa pada kepemimpinan dan tata kelola, dari kedua elemen penilaian mendapatkan hasil 100% dan 83.3% dengan total 91.6%, pada sumber daya menunjukkan skor sebesar 100% dan 62.5% dengan total 75%, pada tujuan program PPI menunjukkan skor sebesar 87.5%, 87.5%, 100%, dan 100% dengan total 92%, pada peralatan medis dan alat kesehatan habis pakai menunjukkan skor sebesar 100%, 50%, 37.5%, 0%, 50%, dan 75% dengan total 59%, limbah infeksius menunjukkan skor 100%, 66%, dan 100% dengan total 94%, pada pelayanan makanan mendapatkan skor 75%, risiko konstruksi mendapatkan skor 75% dan 50% dengan total 62.5%, transmisi infeksi mendapatkan skor 100%, 80%, 75%, 100%, 100%, dan 100% dengan total 88.8%, serta pada peningkatan mutu dan program edukasi menunjukkan skor 62.5% dan 70% dengan total 66.6%.

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1 Evaluasi *Context* Program PPI Rumah Sakit X**

##### **6.1.1 Tujuan Program PPI**

Fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit berperan penting dalam masyarakat, khususnya dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh pemerintah. Penyelenggaraan layanan kesehatan dengan mutu yang kurang baik dapat menimbulkan kejadian infeksi apabila ada tindakan medis yang dilakukan tidak sesuai dengan prosedur operasional yang telah ditentukan (Ramayanti, 2019).

Menurut sebagian besar informan, yaitu IPCN, IPCLN 1 dan IPCLN 2, anggota PPI unit laboratorium, radiologi, gizi, IPSRS, dan kesling menyebutkan bahwa tujuan penyelenggaraan program PPI yaitu untuk pencegahan dan pengurangan angka infeksi di rumah sakit serta untuk keselamatan pasien. Selain itu pada anggota PPI unit laundry masih belum begitu memahami tentang tujuan PPI dan menyebutkan bahwa tujuan PPI yaitu untuk melaksanakan apa yang menjadi ketentuan PPI dan diterapkan dalam keseharian. Berdasarkan hal tersebut, menunjukkan bahwa masih ada anggota yang belum memahami tujuan dari pelaksanaan program PPI di rumah sakit.

Menurut Khalid (2019), penyelenggaraan program PPI bertujuan untuk mengurangi dan mencegah kejadian infeksi pada pasien dan petugas kesehatan dalam fasilitas pelayanan kesehatan. Komponen penting yang perlu dilakukan dalam mencapai tujuan tersebut yaitu dengan membuat dan mengimplementasikan program PPI, membuat penilaian risiko, kewaspadaan standar, serta identifikasi bahaya.

Kurangnya pemahaman terhadap tujuan program PPI pada anggota PPI dapat terjadi karena 2 hal, yaitu berasal dari faktor internal yang disebabkan oleh faktor individu anggota, serta kurangnya sosialisasi terhadap anggota meskipun anggota sudah pernah mendapatkan pelatihan. Dalam hal ini, perlu dilakukan pengulangan kembali materi

yang didapatkan selama pelatihan dan perlu adanya sosialisasi terhadap anggota PPI setiap periode waktu tertentu, untuk memastikan bahwa anggota sudah memahami program PPI yang ada beserta tujuan dilaksanakannya, dan mengimplementasikannya sesuai dengan SOP yang ada.

Komitmen pimpinan dalam usaha untuk mencapai tujuan program PPI ditunjukkan dengan dukungan dari direktur, yaitu dengan disetujuinya program-program yang dibuat oleh tim PPI rumah sakit X. Berdasarkan informasi yang telah diberikan oleh informan terkait prioritas pimpinan, terdapat 4 hal yang menjadi prioritas yaitu penyelenggaraan PPI sebagai syarat akreditasi, peningkatan mutu pelayanan, anggaran, serta sarana dan prasarana.

Penyelenggaraan PPI sebagai syarat dalam akreditasi sangat penting mengingat hal-hal yang mencakup pencegahan terhadap infeksi nosokomial merupakan hal yang vital dan berpengaruh banyak terhadap peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Selain itu, dengan adanya pelaksanaan terhadap program-program PPI maka diperlukan dana atau anggaran yang mencukupi serta sarana dan prasarana untuk menunjang keberlangsungan program guna mencapai tujuan PPI di rumah sakit (Khalid, 2019).

## **6.2 Evaluasi *Input* Program PPI Rumah Sakit X**

### **6.2.1 Sumber Daya Manusia**

Hasil wawancara dan telusur yang dilakukan terhadap informan penelitian menunjukkan bahwa keseluruhan informan sudah pernah mengikuti pelatihan mengenai PPI di rumah sakit, yaitu pelatihan PPI dasar yang dilakukan pada tahun 2017 saat tim PPI pertama kali dibentuk sebagai syarat akreditasi. Selain itu, pihak manajemen juga mengadakan pelatihan internal yang dilakukan setiap tahun kepada tim dan karyawan rumah sakit, guna meningkatkan kompetensi dan pengetahuan terkait program-program dan penyelenggaraan PPI rumah sakit. Menurut Madjid (2017), kemampuan dan keterampilan pekerja seseorang dipengaruhi oleh pendidikan, pelatihan, dan masa kerja, dimana pendidikan dan pelatihan yang ditempuh seseorang menjadi suatu investasi terhadap



sumber daya manusia, khususnya dalam hal pencegahan dan pengendalian infeksi.

Pelatihan menurut Kartika (2015), merupakan suatu cara yang dilakukan untuk menambah pengetahuan bagi pegawai sehingga dapat meningkatkan kemampuan dalam bekerja. Hal ini menjadi salah satu faktor penting dalam penyelenggaraan PPI, dimana diperlukan SDM yang memiliki pengetahuan dan mampu menerapkan pencegahan infeksi dalam unit penempatannya di rumah sakit.

Permenkes No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyebutkan bahwa tim PPI wajib mengikuti pendidikan dan pelatihan PPI dasar dan lanjut serta mendapatkan sertifikat PPI. Selain itu, pengembangan diri wajib dilakukan oleh tim PPI, baik itu melalui keikutsertaan pada seminar atau lokakarya, serta mendapatkan bimbingan teknis secara berkelanjutan. Sehingga, kriteria tim PPI baik itu ketua, perawat PPI, perawat penghubung PPI, maupun anggota dalam unit pelayanan dapat terpenuhi sebagai sumber daya PPI.

Permasalahan mengenai sumber daya manusia dalam PPI juga pernah diteliti dalam Kartika (2015), yaitu beberapa kendala pelaksanaan PPI yang terkait oleh sumber daya manusia yang terjadi pada Rumah Sakit Paru Batu disebabkan oleh kurangnya jumlah tenaga PPI terlatih, kurangnya kesadaran staf akan pentingnya program surveilans infeksi nosokomial, dan tenaga IPCN yang belum purna waktu. Sehingga dalam hal tersebut diperlukan langkah penanganan yang dilakukan oleh manajemen yaitu pengesahan SK pengangkatan tim PPI beserta uraian tugasnya, pengangkatan tenaga IPCN terlatih yang purna waktu, serta monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap anggota tim PPI.

Wawancara terhadap jumlah anggota tim menurut sebagian informan mendapatkan keterangan bahwa jumlah personil dalam unit masing-masing masih kurang mencukupi, serta beban kerja yang ditanggung cukup banyak, sehingga membuat sebagian anggota tidak dapat melaksanakan pekerjaannya dengan maksimal karena terbentur oleh pekerjaan dalam unit masing-masing. Hal ini menyebabkan kegiatan pelaporan, surveilans, dan penilaian risiko infeksi (*Infection Control Risk*

*Assessment / ICRA*) dalam setiap unit pelayanan menjadi terhambat, dan program PPI tidak dapat berjalan dengan baik.

Berdasarkan hal tersebut, diketahui bahwa permasalahan yang terjadi di rumah sakit X terkait sumber daya manusia dipengaruhi oleh kurangnya anggota dalam tim PPI. Oleh karena itu perlu diadakan penambahan sumber daya manusia dalam tim PPI dan pengesahan SK pengangkatan anggota beserta uraian tugasnya sehingga kegiatan PPI dapat berjalan dengan baik dan lebih terarah.

### **6.2.2 Sarana dan Prasarana**

Wawancara dan observasi yang dilakukan terhadap program PPI di rumah sakit X menunjukkan hasil bahwa manajemen rumah sakit masih berupaya untuk memperbaiki sektor sarana dan prasarana dalam penyelenggaraan PPI. Dalam kegiatan wawancara, sebagian besar informan memberikan keterangan bahwa penyediaan sarana dan prasarana penunjang dalam kegiatan PPI di rumah sakit X memang belum maksimal. Hal tersebut dibuktikan dari setelah dilakukan observasi terhadap sarana dan prasarana, diketahui bahwa pada beberapa fasilitas seperti ketersediaan tempat cuci tangan masih kurang mencukupi, handrub pada beberapa koridor masih kosong dan tidak diisi ulang, hingga alat-alat habis pakai yang jumlahnya kurang dan harus digunakan kembali (*reuse*) untuk menghemat stok alat.

Kurangnya sarana dan prasarana di rumah sakit X disebabkan oleh anggaran rumah sakit yang terbatas, yakni karena jumlah pasien yang banyak berkurang, diketahui dari tingkat *bed occupation rate* (BOR) rumah sakit X selama 2 tahun yaitu pada tahun 2019 sebanyak 5956 untuk rawat inap dan 58154 untuk rawat jalan, sedangkan terjadi penurunan pada tahun 2020, yaitu sebanyak 4627 untuk rawat inap dan 39149 untuk rawat jalan. Sehingga, dari penurunan jumlah pasien tersebut menyebabkan penurunan pendapatan rumah sakit yang juga berdampak pada keterbatasan sarana dan prasarana.

Keberadaan tempat cuci tangan dan ketersediaan handrub merupakan hal yang penting bagi penyelenggaraan PPI di rumah sakit. Hal ini dilakukan sebagai langkah awal pencegahan infeksi nosokomial untuk memutus mata rantai penularan infeksi tersebut. Penggunaan alat

habis pakai di sisi lain juga dapat menambah risiko terjadinya infeksi jika pemakaian ulang yang dilakukan tidak sesuai dengan prinsip-prinsip PPI.

Menurut Herman (2016), Penyediaan sarana dan prasarana rumah sakit dalam penyelenggaraan program PPI sangat penting karena fasilitas yang memadai dapat menjadi pemicu keberhasilan dalam penanganan infeksi nosokomial. Berdasarkan hasil telusur yang dilakukan pada saat pengamatan, diketahui bahwa kurangnya sarana dan prasarana yang tersedia salah satunya dipengaruhi oleh dana yang masih belum mencukupi. Secara umum, hal tersebut merupakan dampak dari berkurangnya jumlah pasien secara signifikan yang disebabkan oleh meningkatnya pandemi covid 19.

Menurut Buenita (2016), fasilitas penunjang PPI merupakan hal yang penting dan perlu diperhatikan. Keberadaan sarana dan prasarana dalam fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dapat menunjang keberhasilan program pencegahan dan pengendalian infeksi serta mendukung tujuan organisasi PPI untuk mencegah dan mengurangi penyebaran infeksi nosokomial. Dalam hal tersebut, sarana dan prasarana PPI yang dibutuhkan oleh rumah sakit yaitu:

1. Fasilitas cuci tangan (wastafel, sabun, air bersih, dan tissue atau alat pengering)
2. Alat pelindung diri (APD) yang terdiri atas sarung tangan, masker, gaun pelindung, hazmat, kaca mata google, dan lain-lain.
3. Safety box atau wadah benda tajam.
4. Tempat sampah yang sudah dibagi berdasarkan jenis sampahnya.
5. Larutan antiseptik seperti alkohol dan betadine.

Kurangnya fasilitas penunjang dalam penyelenggaraan PPI dapat berpengaruh terhadap kualitas pelayanan dan mutu layanan kesehatan yang diberikan di rumah sakit. Dengan tersedianya fasilitas atau sarana prasarana, dapat menjadi langkah yang baik dalam penanganan infeksi nosokomial di rumah sakit. Oleh karena itu, rumah sakit perlu menambah jumlah sarana dan prasarana penunjang PPI, baik itu dari segi APD, tempat cuci tangan, dan lain-lain, guna mengurangi dan mencegah risiko penularan penyakit infeksi di rumah sakit.

### 6.2.3 Anggaran

Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan penelitian, diketahui bahwa penyediaan anggaran dalam PPI rumah sakit X telah didukung oleh manajemen dan disetujui oleh direktur. Jumlah uang yang dianggarkan oleh rumah sakit X sifatnya rahasia, sehingga untuk jumlah tersebut tidak dapat disebarluaskan. Namun demikian, setelah dilakukan observasi terhadap program kerja PPI di rumah sakit X, anggaran yang ada sudah terklasifikasi, dengan klasifikasi sebagai berikut:

#### 1. Rapat Tim

Penganggaran terhadap kegiatan rapat tim yaitu dilakukan untuk koordinasi setiap anggota tim dalam pertemuan rutin 1 bulan, 3 bulan, dan pertemuan *emergency*. Dalam hal ini, pertemuan setiap bulan dilakukan oleh IPCN bersama IPCLN untuk membahas keberlangsungan program kerja, pelaporan, dan lain-lain. Pertemuan setiap 3 bulan dilakukan oleh seluruh anggota, yakni bersama anggota setiap unit seperti laboratorium, farmasi, radiologi, kesling, dan lain-lain untuk membahas program kerja, pelaporan, dan hal-hal terkait PPI lainnya. Sedangkan pertemuan *emergency* akan dilakukan setiap terjadi hal mendadak seperti adanya perubahan regulasi, serta kasus KLB atau pandemi.

#### 2. Alat Pelindung Diri

Alat pelindung diri (APD) ditentukan dalam anggaran tahunan untuk menyediakan APD terhadap petugas, pasien, keluarga, dan pengunjung. Jenis APD yang dianggarkan dalam hal ini yaitu sarung tangan disposable, sarung tangan steril, masker bedah dan N95, topi pelindung, apron plastik, goggle, sarung tangan rumah tangga, skort, dan sepatu bot.

#### 3. Bahan Desinfektan dan Antiseptik

Menurut Athena (2020), penganggaran dalam bahan desinfektan dan antiseptik dalam rumah sakit ditujukan untuk pencegahan dan pengendalian infeksi yang dapat menyebar melalui permukaan benda atau melalui sentuhan tangan dengan membunuh bakteri atau virus dengan cara desinfeksi. Dalam pencegahan infeksi nosokomial di rumah sakit, diperlukan bahan desinfektan dan antiseptik seperti berikut:

- a. *Hand rub*
  - b. *Alkacid*
  - c. Alkohol 70%
  - d. *Povidone Iodine* (betadine)
  - e. *Hand soap*
  - f. Larutan lisol
  - g. Cairan pembersih kamar mandi
4. Pengelolaan Limbah

Penganggaran dalam hal pengelolaan limbah rumah sakit dilakukan terhadap penyediaan fasilitas seperti *safety box* yang digunakan untuk menyimpan limbah benda tajam atau alat tusuk, tempat sampah injak, serta kantong plastik berwarna hitam dan kuning yang digunakan untuk limbah medis infeksius dan limbah non medis atau non infeksius.

5. Diklat Eksternal maupun Internal

Diklat atau pelatihan terhadap SDM dalam PPI perlu dilakukan penganggaran agar setiap SDM dapat menambah pengetahuan dan menambah kompetensi terkait pelaksanaan program PPI, sehingga program PPI dapat berjalan dengan lebih baik seiring dengan meningkatnya kemampuan SDM. Dalam hal ini, diklat atau pelatihan dapat diselenggarakan secara eksternal atau internal oleh pihak rumah sakit setiap tahun sekali atau setiap periode waktu tertentu seperti sosialisasi PPI untuk karyawan, serta edukasi untuk pasien dan pengunjung. Pelatihan secara eksternal dilakukan oleh pihak luar rumah sakit yang membahas tentang pelatihan PPI dasar, pelatihan *Training of Trainer* (TOT), serta workshop dan seminar.

6. Pemeriksaan Kesehatan Karyawan

Kontrol kesehatan karyawan perlu dianggarkan oleh rumah sakit yang bertujuan untuk mengetahui kondisi karyawan apakah karyawan tersebut dapat bekerja dengan baik atau memiliki suatu penyakit tertentu sehingga dapat mengganggu pekerjaannya di rumah sakit. Pemeriksaan kesehatan karyawan antara lain pemeriksaan HBSAG dan HBSAB, foto thorax, vaksinasi hepatitis B, swab dubur, swab PCR, dan vaksinasi covid-19.

7. Surveilans

Penganggaran terhadap surveilans dilakukan dengan menentukan dana yang diperlukan terhadap pelaksanaan surveilans risiko penyakit infeksi di rumah sakit. Hal yang ditentukan dalam surveilans yaitu pemeriksaan kultur, investigasi kejadian luar biasa (KLB), dan anggaran terhadap alat tulis kantor (ATK).

#### 8. Pemeriksaan Lingkungan

Penentuan anggaran terhadap pemeriksaan lingkungan perlu dilakukan mengingat faktor lingkungan sangat mempengaruhi kejadian infeksi di rumah sakit. Pemeriksaan yang seringkali dilakukan diantaranya swab peralatan OK, swab peralatan dapur, air bersih, pemeriksaan udara, dan pemeriksaan limbah cair. Pemeriksaan tersebut dilakukan untuk memastikan bahwa kondisi lingkungan baik di dalam unit pelayanan hingga limbah yang dihasilkan bersifat aman dan tidak mencemari atau membahayakan lingkungan sekitar (Simatupang, 2014).

Menurut Sulistiadi (2008), perencanaan anggaran sangat penting dilakukan sehingga dapat diketahui kebutuhan yang diperlukan dalam penyelenggaraan program, dapat diketahui alokasi anggaran yang disediakan terletak pada apa saja, serta dapat mencegah terjadinya penyalahgunaan anggaran apabila alokasi dana tidak dilakukan secara transparan terhadap anggota yang bersangkutan.

Berdasarkan keterangan di atas, diketahui bahwa penentuan anggaran tahunan di rumah sakit X sudah berlangsung dengan baik, ditunjukkan dengan adanya rencana anggaran tahunan yang dibuat dan disetujui oleh direktur. Namun, berdasarkan wawancara yang telah dilakukan terhadap informan penelitian, beberapa informan masih belum mengetahui tentang anggaran yang disediakan oleh pihak manajemen dalam penyelenggaraan program PPI. Penyebab dari hal tersebut yaitu kurangnya sosialisasi tentang anggaran program terhadap anggota. Oleh karena itu, akan lebih baik jika anggaran tahunan yang disediakan oleh manajemen disampaikan dalam pertemuan rutin anggota, sehingga alokasi dana dapat lebih transparan.

#### **6.2.4 Kebijakan PPI Rumah Sakit**

Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan penelitian, setiap informan sudah mengetahui tentang kebijakan PPI rumah sakit yang disahkan oleh direktur. Hal tersebut mencakup regulasi seperti keputusan atau peraturan direktur, regulasi tentang komite PPI, standar prosedur operasional, regulasi tentang penetapan IPCN dan IPCLN, surveilans, dan lain-lain.

Pengetahuan petugas PPI terhadap kebijakan PPI menunjukkan bahwa sosialisasi tentang kebijakan atau regulasi direktur sudah berjalan dengan baik terhadap seluruh petugas rumah sakit. Hal tersebut dimaksudkan agar setiap petugas rumah sakit baik itu tenaga medis dan tenaga non medis dapat mengimplementasikan regulasi yang dibuat oleh pimpinan rumah sakit.

Kebijakan tentang PPI rumah sakit sangat berpengaruh terhadap keberhasilan pelaksanaan akreditasi. Hal ini dibuat untuk mengatur setiap kegiatan dan memberikan acuan terhadap anggota dalam melaksanakan tugasnya, sehingga pelaksanaan program PPI dapat lebih terarah dan dapat mencegah terjadinya kesalahan prosedur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial (Madjid, 2017).

Menurut Madjid (2017), sosialisasi terhadap kebijakan PPI yang telah dibuat merupakan hal yang penting dalam pencegahan infeksi nosokomial di rumah sakit. Hal ini berguna untuk mencegah terjadinya kesalahan pemahaman dalam memahami isi pada regulasi, serta dapat menjamin pelaksanaan yang optimal dengan memastikan bahwa regulasi tersebut dapat diterapkan di rumah sakit.

Keberhasilan program pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit tidak luput dari kepatuhan petugas dalam melaksanakan atau mengimplementasikan kebijakan PPI rumah sakit yang telah dibuat. Oleh sebab itu, perlu adanya monitoring dan evaluasi terhadap implementasi kebijakan PPI, sehingga kegiatan dapat berjalan baik dan menjadi lebih terstruktur (Ramadhani, 2020)

## 6.3 Evaluasi *Process* Program PPI Rumah Sakit X

### 6.3.1 Pelaksanaan Program PPI

Hasil wawancara dan telusur terhadap pelaksanaan program PPI di rumah sakit X kepada informan penelitian menunjukkan bahwa sebagian pelaksanaan program belum berjalan dengan maksimal. Berdasarkan keterangan informan, beberapa masalah yang terjadi selama pelaksanaan program PPI di rumah sakit X yaitu kurangnya SDM dalam unit pelayanan dan banyaknya tugas yang harus dikerjakan membuat kegiatan PPI di rumah sakit X tidak berjalan dengan maksimal.

Dalam hal kurangnya SDM, setelah dilakukan penelusuran langsung terhadap jumlah anggota PPI di rumah sakit X, terdapat 1 orang ketua PPI (*Infection Prevention and Control Officer / IPCO*), 1 orang perawat PPI (*Infection Prevention and Control Nurse / IPCN*) yang juga menjabat sebagai sekretaris PPI, 9 orang perawat penghubung PPI (*Infection Prevention and Control Link Nurse / IPCLN*), serta anggota PPI lainnya yang berjumlah 1 orang setiap unit. Berdasarkan Permenkes No.27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, jumlah anggota tidak ditentukan dalam peraturan, namun ditentukan kriteria terhadap sumber daya manusia dalam PPI, yaitu adanya ketua tim yang merupakan dokter yang berminat dalam PPI dan mengikuti pelatihan dasar tentang PPI, IPCN dan IPCLN, serta anggota lainnya yang mengikuti tugas komite PPI dan disesuaikan dengan fasilitas pelayanan kesehatannya.

Setiap program yang sudah direncanakan dalam tim PPI perlu dilaksanakan dengan baik. Berdasarkan hasil telusur terhadap kegiatan PPI di rumah sakit X, berikut merupakan program-program PPI yang dibuat:

#### 1. Pencegahan dan Penurunan Kejadian Infeksi di Rumah Sakit

Pelaksanaan program pencegahan dan penurunan infeksi di rumah sakit dilakukan dengan rincian kegiatan, diantaranya yaitu melaksanakan kewaspadaan isolasi, surveilans risiko infeksi, investigasi KLB, pengawasan penggunaan antimikroba, pembuatan *Infection Control Risk Assessment (ICRA)*, penetapan fokus



penurunan risiko, serta melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan PPI.

## 2. Pengembangan Fasilitas Pendukung dalam Penerapan PPI

Setiap anggota dalam tim PPI perlu menilai seberapa baik ketersediaan fasilitas pendukung PPI di rumah sakit dan membuat usulan pengadaan sarana untuk kelancaran program PPI.

## 3. Peningkatan Kompetensi Tim PPI dan Pengetahuan Petugas RS dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pelatihan dan sosialisasi terhadap petugas rumah sakit khususnya tim PPI dan pengunjung rumah sakit perlu dilakukan guna meningkatkan kompetensi dan pengetahuan tentang pencegahan dan pengendalian infeksi. Dalam hal ini, tim PPI perlu membuat usulan pelatihan kepada direktur dan mengadakan pelatihan internal terhadap karyawan medis dan non medis. Selain itu, sosialisasi terhadap pasien atau pengunjung tentang penyakit infeksi beserta pencegahan dan pengendaliannya di rumah sakit perlu dilakukan sehingga dapat mencegah penyebaran penyakit infeksi dalam lingkungan pasien.

## 4. Pertemuan atau Rapat PPI

Pertemuan rutin merupakan salah satu agenda dalam program PPI yang wajib dilakukan sebagai langkah monitoring pelaksanaan PPI dan koordinasi anggota. Pelaksanaan pertemuan rutin dibagi dalam 3 jenis, yaitu rapat bulanan yang dilakukan setiap bulan antara IPCN dan IPCLN, rapat 3 bulan yang dilakukan antara IPCN dan anggota PPI dalam unit pelayanan seperti laboratorium, farmasi, radiologi, kesling, dan lain-lain, serta rapat darurat (*emergency*) yang dilakukan secara insidental apabila terjadi sesuatu yang mendadak atau darurat dan memerlukan pembahasan segera.

## 5. Pembuatan Laporan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pelaporan kegiatan PPI dilakukan oleh setiap anggota setiap bulan, yakni oleh IPCLN kepada IPCN yang melaporkan hasil surveilans dan melaporkan hasil kegiatan IPCLN melalui form uraian tugas IPCLN yang dilakukan setiap bulan.

Pelaksanaan program PPI perlu dilakukan dengan baik, mengingat implementasi terhadap regulasi atau kebijakan merupakan hal yang

sangat krusial, sehingga berpengaruh penting terhadap keberhasilan program PPI. Program-program PPI sudah diatur oleh manajemen dalam setiap unit pelayanan, yakni kegiatan koordinasi antara pimpinan dengan anggota PPI, pelaksanaan audit, pelaksanaan hand hygiene, penggunaan APD, penempatan pasien, penilaian risiko, dan lain-lain (Rismayanti, 2019).

Kemampuan anggota dalam melaksanakan program PPI harus terus ditingkatkan guna menjamin penurunan infeksi yang dapat terjadi di rumah sakit. Oleh karena itu, setiap program yang telah dilaksanakan perlu dibahas dan disesuaikan kembali dengan kemampuan petugas pelaksana dalam pertemuan rutin anggota, sehingga pelaksanaan program PPI dapat berjalan dengan lebih baik.

### **6.3.2 Monitoring Program PPI**

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan terhadap informan, diketahui bahwa pelaksanaan monitoring, keberlangsungan pertemuan rutin, dan pelaporan kegiatan belum berjalan dengan maksimal. Hal tersebut disebabkan oleh beberapa hal, yaitu:

#### **1. Banyaknya pekerjaan**

Menurut IPCN, banyaknya pekerjaan dan tugas yang perlu dikerjakan oleh IPCN mempengaruhi pelaksanaan monitoring terhadap pelaksanaan kegiatan PPI di rumah sakit X. Setelah dilakukan observasi, IPCN sibuk melaksanakan tugas perbantuan pada ruang pelayanan karena jumlah tenaga medis rumah sakit yang kurang, sehingga pekerjaan IPCN masih belum terlaksana dengan maksimal.

#### **2. Adanya pandemi**

Menurut IPCN, adanya pandemi mempengaruhi keberlangsungan pertemuan rutin, yaitu karena dari petugas rumah sakit membatasi pertemuan secara langsung. Berdasarkan keterangan informan lainnya yang berada dalam unit-unit pelayanan, memang selama pandemi kegiatan pertemuan berkala belum berjalan dengan maksimal. Hal tersebut disebabkan karena petugas terfokus pada pertemuan secara langsung (*offline*), namun tidak dilakukan pertemuan secara online karena menurut keterangan IPCN untuk

pelaksanaan pertemuan secara *online* perlu berkoordinasi dengan tim teknologi informasi yang ada di rumah sakit X.

Menurut Abiya (2017), Pelaksanaan monitoring terhadap kegiatan dalam unit pelayanan dilakukan menggunakan *Infection Control Risk Assessment* (ICRA) atau yang biasa disebut dengan penilaian risiko infeksi, serta form checklist yang digunakan dalam audit oleh IPCN. Namun, dalam monitoring program PPI di rumah sakit X, terdapat beberapa hal yang mempengaruhi tidak berjalan maksimalnya kegiatan monitoring, yaitu karena jumlah pekerjaan yang cenderung banyak dan adanya pandemi sehingga meminimalisir pertemuan secara langsung. Hal tersebut juga mempengaruhi terhadap keberlangsungan pertemuan berkala.

Menurut Permenkes No.27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan, tim PPI bertugas melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan pelayanan. Kegiatan monitoring PPI perlu dilakukan terhadap setiap kegiatan pelayanan agar dapat diketahui kemajuan pelaksanaan program dan hal-hal yang mempengaruhi keberlangsungan program PPI. Dalam hal ini, IPCN perlu berkoordinasi dengan anggota PPI dari setiap unit, yakni dalam memonitor petugas rumah sakit, khususnya dalam unit yang berisiko tinggi terhadap kejadian penyakit infeksi. Selain itu, perlu diadakan pertemuan berkala secara rutin karena dapat menjadi salah satu media IPCN dalam monitoring dan pengawasan anggota PPI, serta mengkoordinir setiap anggota. Namun demikian, dengan tidak berjalannya pertemuan berkala, dapat menghambat keberhasilan program PPI yang dilakukan di rumah sakit. Sehingga, selain dengan dilakukannya pertemuan rutin secara offline akan lebih baik bagi tim PPI jika melaksanakan kegiatan pertemuan secara online agar dapat meminimalisir kontak secara langsung terhadap setiap anggota (Abiya, 2017).

### **6.3.3 Hambatan Program PPI**

Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan penelitian, terdapat berbagai macam hambatan yang terjadi selama pelaksanaan dan pelaporan program, yaitu berkisar antara kepatuhan petugas, jumlah

SDM dalam unit yang kurang mencukupi, dan jumlah pekerjaan yang cukup banyak. Hal tersebut dapat menghambat keberlangsungan program PPI yang dilakukan di rumah sakit X. Observasi terhadap hambatan yang terjadi selama pelaksanaan PPI menunjukkan data yaitu:

1. Kepatuhan petugas

Permasalahan terkait kepatuhan petugas setelah dilakukan observasi menunjukkan bahwa memang pada beberapa waktu tertentu, kepatuhan petugas masih kurang. Hal tersebut diketahui dari pada beberapa saat masih ada petugas yang tidak menggunakan masker, serta tidak melakukan penyemprotan badan menggunakan bilik desinfeksi saat masuk dan keluar rumah sakit.

2. Jumlah SDM kurang

Kurangnya jumlah SDM dalam PPI setelah dilakukan observasi menunjukkan bahwa setiap unit pelayanan yang krusial seperti unit laboratorium, farmasi, gizi, laundry, kesling, dan lain-lain sudah terdapat satu orang anggota PPI. Namun, pelaksanaan pelaporan PPI dalam unit masih belum berjalan dengan maksimal. Hal tersebut diketahui disebabkan oleh anggota dalam unit masing-masing yang kurang sehingga kegiatan pembagian tugas tidak berjalan dengan lancar.

3. Jumlah pekerjaan cukup banyak

Jumlah pekerjaan yang cukup banyak dalam unit-unit pelayanan di rumah sakit X menjadi penghambat pelaksanaan PPI. Hal ini terkait dengan kurangnya SDM, yaitu karena pekerjaan yang cukup banyak membuat pelaksanaan pelaporan PPI oleh anggota masih belum berjalan dengan baik, karena petugas PPI mengutamakan pelaksanaan tugas dalam unitnya sebagai bentuk pelayanan terhadap pasien.

Menurut Amalia (2016), kepatuhan petugas dapat berpengaruh besar terhadap kejadian infeksi di rumah sakit. Hal ini dapat terjadi salah satunya yaitu karena ketidak patuhan dalam mencuci tangan, kepatuhan menggunakan APD, kepatuhan dalam melaksanakan prosedur, dan lain-lain. Penyebaran penyakit infeksi dapat terjadi melalui adanya ketidak

patuhan tersebut, karena prosedur yang telah ditetapkan merupakan salah satu langkah yang dibuat untuk mencegah terjadinya infeksi.

Jumlah pekerjaan yang cukup banyak dan jumlah SDM yang kurang mencukupi dapat menghambat keberlangsungan program PPI yang dilakukan di rumah sakit, karena petugas yang bersangkutan mendapatkan rangkaian pekerjaan, sehingga pekerjaan tidak berlangsung dengan efisien dan berisiko mengalami kecelakaan kerja atau kejadian infeksi (Amalia, 2016).

Dalam hal pelaporan kegiatan, menurut Fitria (2016), hal-hal yang dapat menjadi kendala dalam pelaporan program PPI di rumah sakit yaitu:

1. Isian form laporan terlalu banyak

Dalam hal ini, pengisian form dilakukan oleh IPCN dan IPCLN dalam melakukan kegiatannya. Pelaporan tersebut oleh IPCLN dilakukan setiap bulan yang ditujukan kepada IPCN. Berdasarkan bab VII lampiran 1 Permenkes No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyebutkan bahwa IPCN membuat laporan rutin setiap 3 bulan, 6 bulan, dan 1 tahun jika diperlukan, sedangkan tim PPI membuat laporan rutin setiap bulan kepada pimpinan fasilitas kesehatan setiap bulan.

2. Kurangnya fasilitas

Fasilitas dalam penyelenggaraan program PPI yang kurang dapat menjadi kendala pelaporan, khususnya dalam hal fleksibilitas dan kecepatan pelaporan. Contohnya yaitu ketersediaan komputer, printer, alat tulis kantor, dan lain-lain, sehingga dengan tidak adanya peralatan tersebut dapat memperlambat pelaporan kegiatan PPI.

3. Pasien yang membutuhkan perhatian khusus

Kebutuhan pasien akan pelayanan di rumah sakit juga dapat menghambat kegiatan pelaporan kegiatan PPI di rumah sakit. Hal ini dikarenakan setiap pasien memerlukan perawatan dan pelayanan pada unit pelayanan di rumah sakit, sehingga petugas harus fokus dalam menangani pasien tersebut dan pelaporan kegiatan menjadi terhambat.

Berdasarkan penjelasan di atas, diketahui bahwa hambatan yang terjadi selama pelaksanaan dan pelaporan dalam program PPI di rumah sakit X yaitu berasal dari kepatuhan petugas, kurangnya SDM, dan banyaknya pekerjaan. Sehingga, dalam hal tersebut perlu dilakukan penambahan SDM atau peninjauan ulang terhadap *job desk* petugas agar pelaksanaan program PPI di rumah sakit dapat berjalan dengan maksimal.

## **6.4 Evaluasi *Product* Program PPI Rumah Sakit X**

### **6.4.1 Kepemimpinan dan Tata Kelola**

Observasi terhadap kepemimpinan dan tata kelola pada program PPI rumah sakit X menghasilkan skor yaitu 100% pada standar PPI 1 dan 83.3% pada standar PPI 2. Berdasarkan hasil observasi tersebut, diketahui bahwa telah dibuat regulasi tentang penetapan tim PPI dengan uraian tugasnya yang mengacu pada Permenkes No.27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, yaitu:

#### **1. IPCN**

- a. Melakukan kunjungan kepada pasien yang berisiko di ruangan setiap hari untuk mengidentifikasi kejadian infeksi di rumah sakit;
- b. Melakukan monitoring terhadap pelaksanaan program PPI, kepatuhan penerapan SOP, dan memberi saran perbaikan bila perlu;
- c. Melakukan surveilans infeksi dan melaporkannya kepada tim PPI;
- d. Ikut dalam kegiatan investigasi KLB;
- e. Pemantauan tenaga kesehatan yang terinfeksi bahan infeksius atau tertusuk jarum habis pakai untuk mencegah penularan infeksi;
- f. Melakukan diseminasi prosedur kewaspadaan isolasi dan memberi konsultasi tentang PPI;
- g. Melaksanakan audit PPI di seluruh wilayah rumah sakit;
- h. Monitoring terhadap pelaksanaan pedoman penggunaan antibiotik;
- i. Mendesain, melaksanakan, memonitor, mengevaluasi, dan melaporkan surveilans infeksi bersama tim PPI;

- j. Memberi motivasi kepatuhan pelaksanaan program PPI;
  - k. Memberi saran desain ruangan rumah sakit sesuai dengan prinsip PPI;
  - l. Peningkatan kesadaran pengunjung dan pasien tentang PPI rumah sakit;
  - m. Menjadi pemrakarsa penyuluhan tentang topik infeksi yang sedang berkembang;
  - n. Menjadi coordinator antara unit dalam mendeteksi, mencegah, dan mengendalikan infeksi;
  - o. Monitoring dan evaluasi peralatan medis single use yang dilakukan reuse.
2. IPCLN
- a. Pencatatan data surveilans dari setiap pasien di unit masing-masing;
  - b. Pemberian motivasi dan mengingatkan pelaksanaan kepatuhan PPI pada setiap personil;
  - c. Memonitor kepatuhan tenaga kesehatan yang lain dalam penerapan kewaspadaan isolasi;
  - d. Memberitahu IPCN jika ada kecurigaan HAIs pada pasien;
  - e. Jika muncul infeksi potensial KLB melakukan sosialisasi bagi pengunjung dan konsultasi prosedur PPI berkoordinasi dengan IPCN;
  - f. Pemantauan pelaksanaan penyuluhan bagi pasien, keluarga, dan pengunjung.

Tim PPI di rumah sakit X berada langsung di bawah direktur rumah sakit. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat komitmen yang tinggi dari direktur sehingga tim PPI dapat terbentuk. Keanggotaan PPI di rumah sakit X terdiri atas Ketua komite PPI, IPCN, IPCLN, dan beberapa anggota dari unit lainnya yang berada dalam unit pelayanan. Hanya saja, pada anggota dalam unit tidak terdapat uraian tugas yang jelas sehingga perlu ditambahkan uraian tugas terhadap anggota PPI dalam unit pelayanan, sehingga pelaksanaan PPI dapat berjalan dengan lebih baik dalam pencegahan infeksi nosokomial.

Hasil telusur terhadap struktur organisasi PPI menunjukkan bahwa posisi tim PPI berada langsung di bawah direktur rumah sakit X. Hal ini menunjukkan bahwa dalam pelaksanaannya, terdapat komitmen yang tinggi dari direktur sehingga tim PPI dapat terbentuk. Keanggotaan tim PPI di rumah sakit X terdiri atas ketua tim PPI (*Infection Prevention and Control Officer / IPCO*), perawat PPI (*Infection Prevention and Control Nurse / IPCN*), perawat penghubung PPI (*Infection Prevention and Control Link Nurse / IPCLN*), serta anggota PPI dalam unit lainnya seperti laboratorium, farmasi, radiologi, gizi, IPSRS, dan kesling.

Observasi terhadap standar PPI 2 menunjukkan hasil 83.3% ditinjau dari hasil wawancara yang dilakukan terhadap anggota PPI dalam unit pelayanan dan telusur dokumen, yang menyebutkan bahwa kegiatan pengawasan atau supervisi sudah jarang dilakukan. Hal ini diakibatkan dari anggota PPI yang sibuk membantu penanganan pasien akibat dari lonjakan pasien covid 19 dalam beberapa bulan terakhir. Oleh karena itu, perlu adanya evaluasi kinerja anggota dalam pelaksanaan program dan hambatan apa saja yang terjadi sehingga dapat ditentukan penyelesaian terkait masalah tersebut.

#### **6.4.2 Sumber Daya**

Sumber daya merupakan salah satu faktor penting yang tidak bisa dilepaskan dari pelaksanaan program di suatu organisasi. Menurut hasil observasi terhadap sumber daya yang dilakukan terhadap rumah sakit X, didapatkan hasil yaitu 100% pada standar PPI 3, dan 62.5% terhadap standar PPI 4. Salah satu hal yang kurang dalam sumber daya yaitu belum maksimalnya fasilitas, meskipun fasilitas sudah tersedia, namun dari jumlah masih kurang mencukupi. Selain itu, tidak ada sumber informasi dan referensi terkini yang disediakan dalam penyelenggaraan program PPI.

Sumber daya dalam program PPI menurut Buenita (2016), merupakan hal yang krusial dalam pelaksanaan PPI. Dengan adanya sumber daya yang memadai, baik itu dari segi sumber daya manusia fasilitas, maupun dana, dapat menunjang pelaksanaan program PPI sehingga pelaksanaan tugas dapat berjalan dengan baik. Oleh karena itu, perlu dilakukan peninjauan ulang kebutuhan akan fasilitas PPI dan



penambahan sumber daya jika diperlukan dalam penyelenggaraan PPI di rumah sakit X, sehingga keberlangsungan program dapat berjalan dengan lebih baik.

#### **6.4.3 Tujuan PPI**

Observasi terhadap tujuan PPI mendapatkan hasil yaitu 87.5% untuk standar PPI 5, 87.5% untuk standar PPI 6, 100% untuk standar PPI 6.1, dan 100% untuk standar PPI 6.2. Secara umum, hasil observasi menunjukkan bahwa pada komponen penilaian tujuan PPI sudah berlangsung dengan baik, yaitu adanya program PPI, regulasi pelaksanaan surveilans, asesmen risiko, serta pelaksanaan investigasi dan analisis risiko infeksi.

Pelaksanaan program PPI yang mengacu pada tujuan program ditujukan untuk peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit terhadap pasien yaitu dengan mengurangi risiko tertular pada setiap orang di rumah sakit baik itu pasien, pengunjung, maupun staf klinis dan non klinis di rumah sakit. Hal tersebut dilakukan melalui tindakan dan program seperti kebersihan tangan, surveilans risiko infeksi, investigasi terhadap outbreak penyakit infeksi, pengawasan penggunaan antibiotik, penilaian risiko menggunakan *Infection Control Risk Assessment (ICRA)*, dan penetapan sasaran penurunan risiko (Khalid, 2019).

Berdasarkan Permenkes No.27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, pelaksanaan PPI di fasilitas kesehatan seperti rumah sakit perlu dikelola dan diintegrasikan antara struktur dan fungsional dari setiap unit pelayanan yang sesuai dengan tujuan PPI. Sehingga setiap pelaksanaan program PPI harus dikordinir dan harus mengacu pada tujuan utama pencegahan dan pengendalian infeksi.

Beberapa hal yang kurang setelah dilakukan observasi terhadap tujuan PPI, diketahui bahwa pelaksanaan program PPI yang sudah dibuat belum maksimal, karena beberapa hal seperti kepatuhan petugas dalam penerapan program PPI dalam unit maupun dalam hal pelaporan kegiatan. Oleh karena itu, perlu dilakukan pengawasan terhadap pelaksanaan program PPI pada anggota sehingga program yang sudah dibuat dapat dijalankan dengan baik.

#### 6.4.4 Peralatan Medis dan Alat Kesehatan Habis Pakai

Hasil observasi yang dilakukan terhadap peralatan medis dan alat kesehatan habis pakai mendapatkan skor yaitu 87.5% untuk standar PPI 7, 50% untuk standar PPI 7.1, 37.5% untuk standar PPI 7.2, 50% untuk standar PPI 7.2.1, 50% untuk standar PPI 7.3, dan 75% untuk standar PPI 7.3.1. Secara umum, dalam hal peralatan medis dan alat kesehatan habis pakai yang ada di rumah sakit X berdasarkan hasil observasi masih kurang, diantaranya yaitu tidak ditemukannya daftar risiko infeksi pada beberapa unit pelayanan, tidak adanya regulasi atau struktur organisasi terhadap unit kerja laundry, dan monitoring yang belum maksimal.

Menurut Madjid (2019), penilaian risiko terhadap kegiatan penunjang perlu dilakukan dengan mengikuti prinsip-prinsip PPI yang tidak terbatas pada unit sterilisasi atau CSSD, pengelolaan linen atau laundry, pengelolaan sampah, penyediaan makanan, dan kamar jenazah. Selain itu, pengelolaan terhadap alat-alat medis dan alat kesehatan habis pakai perlu ditentukan regulasi, yang meliputi:

1. Jenis alat dan material yang dapat digunakan kembali;
2. Jumlah maksimum penggunaan kembali secara spesifik;
3. Identifikasi kerusakan;
4. Pelaksanaan kebersihan alat yang akan digunakan sesudah pemakaian;
5. Pencantuman identifikasi pasien pada bahan medis habis pakai untuk hemodialisis;
6. Pencatatan bahan medis habis pakai yang digunakan kembali di rekam medis; dan
7. Evaluasi untuk menurunkan risiko infeksi bahan medis habis pakai yang dilakukan reuse.

Daftar risiko infeksi pada setiap unit pelayanan perlu dibuat guna mengetahui setiap risiko yang dapat terjadi pada unit yang bersangkutan. Daftar tersebut dibuat berdasarkan hasil evaluasi terhadap potensi bahaya apa saja yang dapat terjadi di unit tersebut dalam dokumen *Infection Control Risk Assessment (ICRA)*, sehingga setiap orang dalam unit dapat memiliki kewaspadaan standar terhadap risiko infeksi. Selain itu penggunaan kembali alat medis habis pakai perlu ditinjau dengan baik

dan dibentuk regulasi sehingga dapat mencegah penularan dan risiko infeksi. (Khomariyah, 2018).

#### **6.4.5 Limbah Infeksius**

Hasil observasi terhadap limbah infeksius mendapatkan skor yaitu 100% untuk standar PPI 7.4, 66% untuk standar PPI 7.4.1, dan 100% untuk standar PPI 7.5. Secara umum, pelaksanaan PPI dalam bidang limbah infeksius sudah berjalan dengan baik, yaitu dari regulasi yang sudah lengkap dimulai dari regulasi pengelolaan limbah rumah sakit hingga regulasi pengelolaan benda tajam dan jarum, serta pelaksanaan pengelolaan limbah yang sudah teratur dan sesuai dengan alur yang sudah ditentukan.

Pengurangan risiko infeksi melalui pengelolaan limbah infeksius dilakukan dengan kegiatan sebagai berikut:

1. Pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius

Pengelolaan terhadap limbah cairan tubuh infeksius dilakukan dengan membuang cairan ke spoel hoek yang kemudian akan dialirkan menuju IPAL rumah sakit, sehingga tidak mencemari lingkungan rumah sakit dan menimbulkan risiko penyakit infeksi (Satiti, 2017).

2. Penanganan dan pembuangan darah dan komponen darah

Penanganan terhadap darah dalam hal ini sudah dilaksanakan dengan baik, yaitu dengan melakukan pembuangan darah yang bersifat cair menuju spoel hoek, yang kemudian akan dialirkan menuju IPAL rumah sakit. Sementara itu untuk limbah berupa darah yang menggumpal atau sudah berbentuk padat akan dimasukkan dalam kantong plastik berwarna kuning dan masuk ke dalam TPS limbah B3 (Satiti, 2017).

3. Pemulasaran jenazah dan bedah mayat

Pemulasaran jenazah telah dilakukan dengan alur yang sudah terstruktur dimana jenazah yang diangkut menggunakan ambulance dibawa menuju tempat pemandian terlebih dahulu, dengan petugas yang menggunakan APD lengkap, setelah itu jenazah disimpan dalam ruang jenazah dengan papan peringatan bahwa tidak diperbolehkan ada pengunjung yang masuk, serta

petugas yang masuk ke ruang pemulasaran harus menggunakan APD. Namun, pada ruang pemulasaran jenazah belum didapati adanya form checklist supervisi yang menunjukkan belum adanya kegiatan pengawasan oleh petugas PPI (Satiti, 2017).

#### 4. Pengelolaan limbah cair

Limbah cair yang dihasilkan oleh rumah sakit X seluruhnya akan dialirkan menuju instalasi pengolahan air limbah (IPAL) yang letaknya berada di bagian belakang rumah sakit. Pengelolaan terhadap limbah cair di rumah sakit X selama ini sudah berlangsung dengan baik, dengan dilakukan pemantauan kualitas air limbah secara rutin per 6 bulan sekali oleh pihak ketiga. Selain itu kegiatan pemantauan air limbah sudah dilakukan pencatatan setiap hari oleh petugas dalam form pemantauan limbah cair rumah sakit.

Menurut Mallapiang (2019), pengelolaan limbah infeksius dalam rumah sakit juga tidak luput dari limbah benda tajam atau jarum yang telah digunakan selama kegiatan di rumah sakit. Penanganan terhadap limbah jarum perlu dilakukan dengan baik karena dapat menimbulkan risiko *Needle Stick Injury* (NSI), khususnya pada jarum yang telah digunakan atau tercemar dengan darah atau cairan tubuh. Berikut merupakan pengelolaan limbah benda tajam dan jarum yang dilakukan di rumah sakit:

##### 1. Identifikasi jenis wadah

Dalam pembuangan benda tajam dan jarum yang telah digunakan dalam kegiatan pelayanan kesehatan, perlu adanya wadah yang mampu menahan tusukan jarum serta aman dan tidak mudah tertembus. Pewadahan jarum dan benda tajam di rumah sakit X dilakukan dengan menggunakan *safety box*, yaitu kotak berwarna kuning yang dilengkapi dengan keterangan berisi limbah berbahaya. Selain itu, sebagai langkah penghematan anggaran di rumah sakit X, dilakukan pewadahan limbah benda tajam dan jarum menggunakan jerigen yang merupakan bekas wadah obat-obatan. Wadah tersebut oleh petugas dinilai lebih aman dan dapat menampung limbah lebih banyak sehingga dapat menghemat penggunaan *safety box* di rumah sakit.

## 2. Pembuangan

Pembuangan limbah benda tajam dan jarum akan dimasukkan ke dalam TPS B3 terlebih dahulu, kemudian setiap 1 minggu 2 kali akan diangkut menggunakan jasa transporter limbah B3 yang akan dibawa menuju perusahaan yang bergerak di bidang pemusnahan limbah B3 dan bekerja sama dengan rumah sakit. Hal ini dilakukan mengingat perlu izin khusus untuk mengelola incinerator dan biaya pengoperasian yang cukup besar, sehingga pihak rumah sakit X bekerja sama dengan pihak ketiga dalam mengelola limbah B3 dan limbah infeksius agar tidak mencemari lingkungan.

## 3. Surveilans proses pembuangan

Pembuangan limbah ke TPS dilakukan dengan pencatatan setiap limbah akan dibuang. Pencatatan dilakukan dengan menimbang limbah terlebih dahulu dan dilakukan desinfeksi untuk menghilangkan risiko menyebarnya infeksi, setelah itu dilakukan pencatatan dalam logbook harian yang berisi data tentang jenis limbah dan berat limbah. Selain itu, surveilans risiko infeksi yang dapat terjadi selama pembuangan limbah juga dilakukan agar tidak terjadi kecelakaan dan penyebaran infeksi yang terjadi akibat dari pengelolaan limbah benda tajam dan jarum.

## 4. Laporan tertusuk jarum dan benda tajam

Ketika ada petugas yang tertusuk benda tajam dan jarum, khususnya yang telah terkena darah dan cairan tubuh, maka akan dilakukan pelaporan terhadap petugas PPI rumah sakit, dengan menelusuri bagaimana kejadian tersebut dapat terjadi, menelusuri jenis penyakit pasien yang menggunakan jarum tersebut, dan pemantauan kesehatan petugas yang tertusuk jarum. Hal tersebut dilakukan untuk mencegah kemungkinan terjadinya risiko penyakit infeksi dan memastikan bahwa petugas dalam keadaan aman.

Penanganan terhadap limbah infeksius dan B3 khususnya di rumah sakit perlu dilakukan dengan baik serta mengacu pada peraturan dan regulasi yang ada sehingga dapat meminimalisir risiko infeksi yang dapat terjadi dari pajanan limbah infeksius. Selain itu, limbah infeksius yang berasal dari unit hingga dibawa ke TPS perlu dikelola dengan hati-hati, yaitu dari pengangkutan limbah yang perlu ditentukan terlebih dahulu jalur

pengangkutannya, serta pada limbah cair darah, perlu dilakukan pembuangan ke dalam spoel hoek terlebih dahulu untuk mencegah penyebaran infeksi nosokomial dari unit pelayanan hingga ke unit-unit lainnya (Madjid, 2019).

#### **6.4.6 Pelayanan Makanan**

Pelayanan makanan dalam rumah sakit X berdasarkan hasil observasi sesuai dengan standar PPI 7.6 mendapatkan skor sebesar 75%. Secara umum, pelayanan makanan di rumah sakit X sudah berlangsung dengan baik, yaitu dengan dibuatnya regulasi yang meliputi:

1. Pelayanan makanan di rumah sakit

Dalam hal ini, pelayanan makanan di rumah sakit X mengacu pada tahapan yaitu perencanaan, pengadaan, penyimpanan, pengolahan, pemorsian, dan distribusi. Selain itu, sanitasi dapur, makanan, alat masak, dan alat makan sangat diperhatikan guna mencegah kontaminasi silang terhadap bahan makanan.

2. Standar bangunan dan fasilitas dapur

Tempat pengolahan makanan dalam rumah sakit X sudah sesuai dengan prinsip-prinsip PPI dan kesehatan lingkungan, yang meliputi sanitasi, suhu, pencahayaan, kelembaban, ventilasi, dan keamanan bahan makanan untuk mengurangi risiko infeksi.

Kegiatan pelayanan makanan di rumah sakit sangat penting mengingat makanan yang diolah akan disediakan kepada pasien. Pengelolaan terhadap makanan perlu dilakukan dengan baik, dimulai dari perencanaan, pengadaan, penyimpanan, pengolahan, pemorsian, hingga distribusi. Hal tersebut perlu diperhatikan guna mencegah terjadinya kontaminasi terhadap bahan makanan dan terjadinya kontaminasi silang yang dapat membahayakan pasien. Oleh karena itu, pengelolaan makanan perlu dilakukan supervisi dan monitoring setiap periode waktu tertentu guna memastikan bahwa kegiatan pengolahan makanan sudah sesuai dengan prinsip-prinsip PPI (Kustiyoasih, 2016).

#### **6.4.7 Risiko Konstruksi**

Penyelenggaraan PPI terhadap risiko konstruksi sesuai dengan hasil observasi pada standar PPI 7.7 dan standar PPI 7.7.1 mendapatkan

skor secara berurutan yaitu 75% dan 50%. Dalam hal ini, masih terdapat beberapa hal yang kurang yaitu terkait pelaksanaan pengendalian mekanis dan teknis yang masih kurang, serta tidak terlaksananya pemantauan kualitas udara akibat dari kegiatan renovasi.

Menurut Herman (2016), dalam hal penurunan risiko infeksi terhadap kegiatan mekanis dan teknis di rumah sakit, perlu dibuat regulasi tentang ICRA pembongkaran, konstruksi, dan renovasi bangunan di rumah sakit, yang meliputi:

1. Identifikasi jenis konstruksi kegiatan proyek;
2. Identifikasi kelompok risiko pasien;
3. Matriks pengendalian infeksi antara kelompok risiko pasien dengan jenis konstruksi;
4. Proyek untuk menetapkan kelas atau tingkat infeksi;
5. Tindakan pengendalian infeksi berdasarkan tingkat infeksi; dan
6. Monitoring pelaksanaan konstruksi.

Kegiatan konstruksi khususnya dalam rumah sakit perlu dilakukan pemantauan, khususnya karena banyak material yang berbahaya dan risiko debu yang dapat menyebar ke lingkungan rumah sakit. Pemantauan kualitas udara saat dilakukan renovasi merupakan hal yang penting dilakukan guna mencegah risiko paparan debu pada petugas, pengunjung, dan pasien di rumah sakit. Oleh karena itu, perlu dilakukan pemantauan yang optimal dalam kegiatan konstruksi sehingga dapat meminimalisir setiap risiko yang ada dalam konstruksi rumah sakit (Herman, 2016).

#### **6.4.8 Transmisi Infeksi**

Observasi terhadap transmisi infeksi di rumah sakit X mendapatkan skor yaitu 100% untuk standar PPI 8, 80% untuk standar PPI 8.1, 75% untuk standar PPI 8.2, 100% untuk standar PPI 8.3, 100% untuk standar PPI 9, dan 100% untuk standar PPI 9.1. Secara umum, pelaksanaan PPI di bidang transmisi infeksi sudah berjalan dengan baik, dimulai dari regulasi penempatan pasien penyakit menular, regulasi tentang pasien dengan *airborne diseases*, regulasi tentang hand hygiene, ruang isolasi, edukasi staf tentang pengelolaan pasien infeksius, fasilitas *hand hygiene*,

hingga pelaksanaan pelatihan *hand hygiene* terhadap petugas rumah sakit.

Beberapa hal yang kurang dalam bidang transmisi infeksi diketahui dari kegiatan observasi dan wawancara terhadap informan yang menunjukkan bahwa kegiatan supervisi sebagian jarang dilakukan, yang kemungkinan disebabkan oleh kegiatan yang banyak dan lonjakan pasien covid 19 sebagai outbreak yang membuat banyak petugas PPI melakukan perbantuan sehingga pelaksanaan program PPI tidak berjalan maksimal. Namun demikian, dalam segi regulasi sudah berlangsung dengan baik dibuktikan dengan regulasi dan SOP yang lengkap terhadap banyak jenis pelayanan dan pelaksanaan diklat *hand hygiene* oleh staf berjalan dengan baik yang dibuktikan dengan peragaan *hand hygiene* oleh petugas medis dan non medis rumah sakit.

Pencegahan dalam transmisi merupakan hal yang penting dilakukan, khususnya dalam pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit. Hal ini dilakukan dengan penempatan pasien infeksius di ruang isolasi bertekanan negatif, pengaturan posisi pasien, serta penerapan prosedur dalam pemindahan pasien, dan penanganan pasien infeksi. Kegiatan supervisi dalam hal ini perlu dilakukan dengan baik, untuk memastikan bahwa program telah berjalan dengan baik dan mencegah tersebarnya penyakit infeksi oleh pasien yang dirawat dalam ruang isolasi (Sadli, 2017).

#### **6.4.9 Peningkatan Mutu dan Program Edukasi**

Penyelenggaraan PPI dalam bidang peningkatan mutu dan program edukasi mengacu pada standar 10 dan standar PPI 11, yang mendapatkan skor secara berurutan yaitu 62.5% dan 70%. Secara umum, pelaksanaan PPI terkait peningkatan mutu dan program edukasi sudah berjalan dengan baik, yaitu sudah dibuat regulasi rumah sakit mengenai manajemen data antara data surveilans dan data indikator mutu, serta regulasi tentang pelatihan dan edukasi PPI. Selain itu, pelaksanaan pelatihan berkala tentang PPI, yakni untuk setiap petugas medis dan non medis, dan pelatihan secara berkala jika ada perubahan regulasi atau kecenderungan khusus sudah dilaksanakan dengan baik.



Namun demikian, beberapa hal yang masih kurang terhadap peningkatan mutu dan program edukasi yaitu pelaksanaan rapat berkala setiap 3 bulan bersama tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) yang belum bisa terlaksana selama beberapa bulan terakhir akibat dari lonjakan pasien oleh pandemi covid 19, serta edukasi pada pasien dan pengunjung tentang program PPI yang dinilai belum maksimal berdasarkan hasil observasi terhadap pasien di ruang tunggu.

Edukasi terhadap pasien dan pengunjung tentang program PPI perlu dilakukan untuk menjamin keselamatan pasien dari bahaya infeksi nosokomial. Selain itu, petugas juga harus secara proaktif menghimbau sesama anggota untuk melaksanakan program PPI dengan baik, sehingga setiap SDM dan pengunjung rumah sakit dapat terhindar dari infeksi nosokomial (Mustariningrum, 2015).

Berdasarkan hal tersebut, perlu dilakukan koordinasi bersama tim PMKP, baik itu rapat secara *online* maupun *offline* dengan protokol kesehatan untuk menyampaikan hasil analisis data dan rekomendasi terkait dengan program PPI, serta pelaksanaan edukasi terhadap pengunjung maupun pasien tentang PPI agar setiap pengunjung dapat mengetahui bahaya penyakit infeksi beserta cara mencegah dan mengurangi penyebarannya.

## **BAB VII**

### **PENUTUP**

#### **7.1 Kesimpulan**

1. Evaluasi context terhadap program PPI rumah sakit X menunjukkan bahwa sebagian besar anggota sudah memahami apa itu tujuan program PPI, serta komitmen pimpinan yang mendukung keberlangsungan program PPI di rumah sakit X, beserta dengan prioritas kegiatannya yaitu untuk peningkatan mutu pelayanan dan sebagai persiapan akreditasi.
2. Evaluasi input terhadap program PPI rumah sakit X menunjukkan bahwa dalam penyelenggaraan SDM, setiap anggota PPI sudah mendapatkan pelatihan tentang PPI, dalam hal sarana dan prasarana masih terdapat beberapa hal yang kurang mencukupi, dalam hal anggaran sudah dilakukan penganggaran dan alokasi dana yang telah disahkan oleh direktur, serta kebijakan PPI rumah sakit sudah diatur dalam bentuk regulasi dan keputusan direktur.
3. Evaluasi process terhadap program PPI rumah sakit X menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan program PPI khususnya dari setiap unit masih belum berjalan maksimal, monitoring program PPI yang juga belum berjalan dengan baik, serta masih ada beberapa hambatan yang terjadi pada keberlangsungan program, sehingga program PPI yang dilaksanakan tidak berjalan dengan maksimal.
4. Evaluasi product terhadap program PPI rumah sakit X dilakukan menggunakan lembar survey SNARS tahun 2018, yang menunjukkan hasil pemantauan terhadap komponen penilaian yaitu dari kepemimpinan dan tata kelola, sumber daya, tujuan program PPI, peralatan medis dan alat kesehatan habis pakai, limbah infeksius, pelayanan makanan, risiko konstruksi, transmisi infeksi, serta peningkatan mutu dan program edukasi, sebagian dari komponen penilaian masih belum memenuhi syarat.

## 7.2 Saran

1. Terkait SDM, untuk pihak manajemen rumah sakit sebaiknya menambah jumlah SDM dalam kegiatan pelayanan, sehingga pelaksanaan tugas anggota PPI dapat berjalan dengan maksimal.
2. Terkait sarana dan prasarana, untuk pihak manajemen rumah sakit sebaiknya meninjau kebutuhan fasilitas penunjang PPI dan ketersediaan fasilitas penunjang saat ini.
3. Terkait anggaran, untuk tim PPI sebaiknya menyampaikan anggaran tahunan dalam rapat rutin anggota PPI agar alokasi dana dapat lebih transparan terhadap keseluruhan anggota.
4. Terkait pelaksanaan dan monitoring program PPI, untuk IPCN sebaiknya lebih dapat memonitor kegiatan dan pelaksanaan program oleh anggota sehingga dapat menerapkan kebijakan PPI dan program yang ada dengan lebih terarah dan terkontrol.
5. Terkait keberlangsungan rapat rutin, perlu dilakukan rapat secara online untuk membahas kegiatan PPI di rumah sakit dan koordinasi antar anggota.
6. Untuk tim PPI agar dapat lebih berkomitmen dalam tugas-tugasnya sehingga program yang sudah dibuat dalam PPI dapat berhasil.
7. Untuk petugas rumah sakit sebaiknya lebih patuh terhadap prosedur operasional yang sudah dibuat dan dapat saling mengingatkan terhadap sesama petugas maupun kepada pengunjung.
8. Terkait edukasi kepada pengunjung, perlu dilakukan sosialisasi terhadap pengunjung rumah sakit agar dapat memahami bahaya penyakit infeksi dan dapat melakukan tindakan pencegahan dalam diri masing-masing, baik itu dari menjaga jarak aman, mencuci tangan, dan menggunakan APD.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abiya, F., Ulfa, M dan Setyonugroho, D. 2017. Infection Control Risk Assessment (ICRA) di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping. *Proceeding Health Architecture*, Vol.1, No.1, Hal:96-101.
- Adhiwijaya, A. 2017. *Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dalam Peningkatan Mutu Pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar*. Makassar: Universitas Hasanuddin Makassar.
- Agustin, N. 2019. *Evaluasi Pelayanan Kesehatan Lingkungan di Puskesmas Adiwerna Kabupaten Tegal*. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Al'Amri, M. 2017. *Analisis Implementasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit Umum Antapura Palu - Sulawesi Tengah*. Makassar: Universitas Hasanuddin Makassar.
- Amalia,R., Widagdo, L dan Syamsulhuda. 2016. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kepatuhan Tenaga Kesehatan Melakukan Cuci Tangan (Studi Kasus di Instalasi Rawat Inap Rajawali RSUP Dr. Kariadi Semarang). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Vol.4, No.3, Hal:1083-1088.
- Assadian, O., Golling, M., Kruger, C., Leaper, D., Mutters, N., Roth, B dan Kramer, A. 2021. Surgical Site Infections: Guidance for Elective Surgery during the SARS-CoV-2 Pandemic – International Recommendations and Clinical Experience. *Journal of Hospital Infection*, Vol.111, No.2021, Hal:189-199.
- Athena., Laelasari, E dan Puspita, T. 2020. Pelaksanaan Desinfeksi dalam Pencegahan Penularan Covid-19 dan Potensi Risiko Terhadap Kesehatan Manusia. *Jurnal Ekologi Kesehatan*, Vol.19, No.1, Hal:1-20.
- Cassini, A., Plachouras, D., Eckmanns, T., Sin, M., Blank, H., Ducomble, T., Haller, S., Harder, T., Klingberg, A., Sixtensson, M., Velasco, E., Weib, B., Kramarz, P., Monnet, D., Kretzschmar, M dan Suetens, C. 2016. Burden of Six Healthcare Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence Based Disability Adjusted Life Years Through a Population Prevalence Based Modelling Study. *PLOS Medicine*, Vol.13, No.10, Hal:1-16.

- Fitria, I., Sri, N dan Hakim, L. 2016. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang: Apa Kendala Pelaporannya?. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Vol.29, No.3, Hal:269-272.
- Haque, M., Sartelli, M., McKimm, M dan Bakar, M. 2018. Healthcare Associated Infections – an Overview. *Infection and Drug Resistance*, Vol.2018, No.11, Hal:2321-2333.
- Heriyati., Hatisah dan Astuti, A. 2020. Hubungan Pengetahuan dengan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit. *Jurnal Pendidikan Kesehatan*, Vol.9, No.1, Hal:87-92.
- Herman, M dan Handayani, R. 2016. Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Pemerintah dalam Upaya Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Indonesia. *Jurnal Kefarmasian Indonesia*, Vol.6, No.2, Hal:137-146.
- Kartika, H., Hamid, D dan Ruhana, I. 2015. Pengaruh Pelatihan terhadap Kesehatan dan Keselamatan Kerja. *Jurnal Administrasi Bisnis*, Vol.26, No.2, Hal:1-6.
- Khalid, M. 2019. Infection Prevention and Control: General Principles and Role of Microbiology Laboratory. *World Journal Pharmaceutical Research*, Vol.8, No.9, Hal:68-91.
- Khairunnisa. 2018. *Implementasi Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Umum Daerah Tuan Rondahaim Pematang Raya Simalungun*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Khomariyah, N. 2018. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di RS Mata Fatma Sidoarjo*. Malang: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada.
- Kustiyoasih, M., Adriani, M dan Nindya, T. 2016. Penyelenggaraan Makanan dan Kepuasan Konsumen di Kantin Lantai 2 Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya. *Jurnal Media Gizi Indonesia*, Vol.11, No.1, Hal:11-16.
- Listiyono, R. 2015. Studi Deskriptif tentang Kualitas Pelayanan di Rumah Sakit Umum Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto Pasca Menjadi Rumah Sakit Tipe B. *Kebijakan dan Manajemen Publik*, Vol.1, No.1, Hal:1-7.

- Majdid, T dan Wibowo, A. 2017. Analisis Penerapan Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Ruang Rawat Inap RSUD Tebet Tahun 2017. *Jurnal ARSI*, Vol.4, No.1, Hal:57-68.
- Mallapiang, F., Azriful., Nildawati dan Septiani, H. 2019. Studi Pengendalian Kejadian Tertusuk Jarum Suntik pada Petugas Instalasi Gawat Darurat RS. X Kota Makassar. *Jurnal Al-Sihah*, Vol.11, No.2, Hal:169-184.
- Mustariningrum, D., Koeswo, M dan Ahsan. 2015. Kinerja IPCLN dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit: Peran Pelatihan, Motivasi Kerja, dan Supervisi. *Jurnal Aplikasi Manajemen*, Vol.13, No.4, Hal:643-652.
- Ningsih, E., Sudaryanto, A dan Setiyawati, W. 2013. *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan dan Motivasi Perawat dengan Perilaku Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Umum Daerah Sukoharjo*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Opollo, M., Otim, T., Kizito, W., Thekkur, P., Kumar, A., Kitutu, F., Kisame, R dan Zolfo, M. 2021. Infection Prevention and Control at Lira University Hospital, Uganda: More Needs to Be Done. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, Vol.6, No.69, Hal:1-11.
- Pasaribu, E. 2018. *Pengetahuan Perawat tentang Pencegahan Infeksi bagi Pasien yang Mengalami Tindakan Operasi di RSUD Dr. Djasamen Saragih*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. 06 Februari 2008. Jakarta. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2008.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. 19 Juni 2017. Jakarta. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 857.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 *Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*. 16 Januari 2020. Jakarta. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020.

- Pradini, P. 2016. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Phlebitis pada Pasien Rawat Inap di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2016*. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Ramadhani, A., Yuniar, N dan Harun, H. 2020. Analisis Pelaksanaan Manajemen Program Pencegahan dan Pengendalian HAIs (Healthcare Associated Infections) di RSUD Kota Kendari Tahun 2020. *Jurnal Administrasi Kebijakan Kesehatan*, Vol.1, No.1, Hal:23-34.
- Ramayanti., Semiarty, R dan Lestari, Y. 2019. Analisis Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di RSUD Pasaman Barat (Standar Akreditasi Versi 2012). *Jurnal Kesehatan Andalas*, Vol.8, No.3, Hal:617-626.
- Sadli, M., Tavianto, D dan Redjeki, I. 2017. Gambaran Pengetahuan Klinisi Ruang Rawat Intensif Mengenai *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) Bundle di Ruang Rawat Intensif RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. *Jurnal Anestesi Perioperatif*, Vol.5, No.2, Hal:85-93.
- Sapardi, V., Machmud, R dan Gusty, R. 2018. Analisis Pelaksanaan Manajemen Pencegahan Pengendalian *Healthcare Associated Infections* di RSI Ibnu Sina. *Jurnal Endurance*, Vol.3, No.2, Hal:358-366.
- Sari, R dan Muhartono. 2018. Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK) dan Faktor Resiko yang Mempengaruhi pada Karyawan Wanita di Universitas Lampung. *Jurnal Majority*, Vol.7, No.3, Hal:115-120.
- Siahaan, M., Handiyani, H dan Nurdiana. 2019. Optimization of the Roles and Responsibilities of Infection Prevention and Control Nurse in Hospital. *International Journal of Nursing and Health Services*, Vol.2, No.4, Hal:292-307.
- Simatupang, T., Naria, E dan Dharma, S. 2014. *Analisis Pengelolaan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit Sebagai Usaha Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Martha Friska Kelurahan Brayon Kota Kecamatan Medan Barat Tahun 2014*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Sulistiadi, W. 2008. Sistem Anggaran Rumah Sakit yang Berorientasi Kinerja untuk Meningkatkan Kualitas Keuangan Publik. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Vol.2, No.5, Hal:234-240.

Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 *Rumah Sakit*. 28 Oktober 2009. Jakarta. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153.

Vaca, A dan Vargas, K. 2017. The Importance of Infection Control and Prevention in Anesthesiology. *Colombian Journal of Anesthesiology*, Vol.45 (S2), Hal:69-77.



**PEDOMAN WAWANCARA**  
**EVALUASI PROGRAM PENCEGAHAN DAN**  
**PENGENDALIAN INFEKSI DI RUMAH SAKIT X KABUPATEN**  
**MALANG**

Diadaptasi berdasarkan pedoman wawancara dalam Pradini (2018)

Kode Informan :  
Nama :  
Usia :  
Jenis Kelamin :  
Waktu Pelaksanaan :

**A. KARAKTERISTIK INFORMAN**

1. Apakah jabatan anda dalam komite PPI Rumah Sakit X?
2. Sejak kapan anda menjadi anggota komite PPI Rumah Sakit X?
3. Apa latar pendidikan anda?
4. Apakah anda pernah mendapatkan pendidikan atau pelatihan terkait PPI?
5. Apakah anda memiliki tugas atau jabatan lain selain dalam komite PPI?

**B. KONTEKS**

1. Menurut anda, apa yang menjadi tujuan pelaksanaan program PPI di Rumah Sakit X?
2. Menurut anda apa yang menjadi prioritas pimpinan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit X?
3. Menurut anda bagaimana komitmen pimpinan tentang program PPI di Rumah Sakit X?
4. Menurut anda bagaimana pengaruh pimpinan terhadap anggota untuk melaksanakan program PPI di Rumah Sakit X?

### C. INPUT

1. Menurut anda, apakah sarana dan prasarana yang disediakan sudah sesuai untuk pelaksanaan program PPI?
2. Menurut anda, apakah ada anggaran khusus dari RS yang dianggarkan dalam program PPI?
3. Apakah ada kebijakan khusus tentang PPI yang dibuat oleh pimpinan?

### D. PROSES

1. Menurut anda bagaimana keberlangsungan pertemuan berkala atau koordinasi anggota komite PPI di Rumah Sakit X?
2. Menurut anda apa saja yang seringkali dibahas dalam pertemuan berkala?
3. Menurut anda, berapa jumlah anggota komite PPI yang menghadiri pertemuan rutin? Apakah semua anggota datang?
4. Menurut anda bagaimana struktur organisasi komite PPI di Rumah Sakit X? Siapa saja orang yang terlibat di dalamnya?
5. Menurut anda, bagaimana pelaksanaan tugas anda dalam komite PPI Rumah Sakit X?
6. Menurut anda, bagaimana monitoring terhadap pelaksanaan program PPI di Rumah Sakit X?
7. Menurut anda, bagaimana pelaksanaan program PPI di Rumah Sakit X?
8. Menurut anda, hambatan apa saja yang seringkali terjadi dalam pelaksanaan program PPI?

**LEMBAR OBSERVASI**

**EVALUASI PROGRAM PENCEGAHAN DAN**

**PENGENDALIAN INFEKSI DI RUMAH SAKIT X KABUPATEN**

**MALANG**

Lembar Survey Standar Nasional Akreditasi (SNARS) Edisi 1 Tahun 2018  
tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

<b>KEPEMIMPINAN DAN TATA KELOLA</b>							
Standar PPI 1							
Ditetapkan komite atau Tim PPI untuk melakukan koordinasi semua kegiatan PPI yang melibatkan pemimpin rumah sakit, staf klinis dan non klinis sesuai dengan ukuran, serta kompleksitas rumah sakit dan perundang-undangan.							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Ada penetapan komite atau tim PPI, dilengkapi dengan tanggung jawab dan tugas meliputi 1) sampai 4) pada maksud dan tujuan dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	R	Regulasi tentang komite PPI beserta uraian tugasnya	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
2.	Ada bukti kegiatan pelaksanaan koordinasi ketua komite atau tim PPI dengan IPCN sesuai dengan ukuran dan kompleksitas pelayanan rumah sakit.	D  W	Bukti rapat koordinasi komite PPI dengan IPCN, termasuk tentang: 1) Penetapan angka infeksi yang akan diukur 2) Laporan IPCN kepada ketua komite PPI  Komite PPI IPCN	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
3.	Ada bukti pelaporan pelaksanaan kegiatan PPI oleh ketua komite PPI	D	Bukti laporan kegiatan PPI kepada Direktur RS setiap 3 bulan	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>

	kepada pimpinan rumah sakit setiap 3 bulan.	W	Komite PPI Direktur RS				
Jumlah				30	<b>(30/30)x100%</b> <b>= 100%</b>		
Standar PPI 2 Ditetapkan perawat PPI / IPCN ( <i>Infection Prevention and Control Nurse</i> ) yang memiliki kompetensi untuk mengawasi serta supervise semua kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi.							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Rumah sakit menetapkan perawat PPI / IPCN ( <i>Infection Prevention and Control Nurse</i> ) dengan jumlah dan kualifikasi sesuai dengan regulasi.	R	Regulasi tentang penetapan IPCN dengan uraian tugasnya	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
2.	Ada bukti perawat PPI / IPCN melaksanakan pengawasan serta supervise semua kegiatan PPI.	D  W	Bukti supervise IPCN: 1) Bukti form checklist 2) Bukti pelaksanaan supervise  IPCN Kepala unit / Kepala ruangan Kepala instalasi	10 5 0	TL TS TT	<b>5</b>	<b>TS</b>
3.	Ada bukti terlaksananya pelaporan IPCN kepada ketua komite PPI.	D  W	Bukti laporan IPCN kepada ketua komite PPI  Ketua komite PPI IPCN	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
Jumlah				30	<b>(25/30)x100%</b> <b>= 83.3%</b>		
<b>SUMBER DAYA</b>							
Standar PPI 3 Rumah sakit memiliki perawat penghubung PPI / IPCLN ( <i>Infection Prevention Control Link Nurse</i> ) yang jumlah dan kualifikasinya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	

1.	Rumah sakit menetapkan perawat penghubung PPI / IPCLN ( <i>Infection Prevention Control Link Nurse</i> ) dengan jumlah dan kualifikasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	R	Regulasi tentang penetapan IPCLN dan uraian tugasnya	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
2.	Ada bukti pelaksanaan tugas perawat penghubung PPI / IPCLN sesuai dengan a) hingga f) pada maksud dan tujuan.	D	Bukti pelaksanaan tugas IPCLN	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
Jumlah				20		<b>(20/20)x100%</b> <b>= 100%</b>	
Standar PPI 4							
Pimpinan rumah sakit menyediakan sumber daya untuk mendukung pelaksanaan program PPI.							
Elemen Penilaian		Tellusur		Skor		Hasil	
1.	Tersedia anggaran yang cukup untuk menunjang pelaksanaan program PPI	R	Penetapan anggaran pelaksanaan program PPI	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
2.	Tersedia fasilitas yang cukup untuk menunjang pelaksanaan program PPI	O  W	Lihat fasilitas yang tersedia untuk menunjang kegiatan PPI, antara lain hand rub, tissue, APD, dll  Komite PPI Kepala unit / Kepala ruangan	10 5 0	TL TS TT	<b>5</b>	<b>TS</b>
3.	Rumah sakit memiliki sistem informasi untuk mendukung program PPI, khususnya terkait dengan data dan analisis angka infeksi.	D  O	Bukti data dan analisis angka infeksi yang dihasilkan dari SIM-RS sesuai dengan MIRM 1  Lihat SIM-RS, software, dan hardware	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>

		W	Komite PPI IPCN IPCLN Staf SIM/RS				
4.	Rumah sakit menyediakan sumber informasi dan referensi terkini sampai dengan f) pada maksud dan tujuan.	D  O  W	Bukti tersedia sumber informasi dan referensi terkini  Lihat sumber informasi dan referensi  Komite PPI IPCN Staf SIM-RS	10 5 0	TL TS TT	<b>0</b>	<b>TT</b>
Jumlah				40		<b>(25/40)x100%</b> <b>= 62.5%</b>	
<b>TUJUAN PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI</b>							
Standar PPI 5 Rumah sakit memiliki program PPI dan kesehatan kerja secara menyeluruh untuk mengurangi risiko tertular infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan pada pasien, staf klinis, dan non klinis.							
Maksud dan Tujuan Program PPI antara lain: a) Kebersihan tangan b) Surveilans risiko infeksi c) Investigasi wabah (outbreak) penyakit infeksi d) Meningkatkan pengawasan terhadap antibiotic secara aman e) Asesmen berkala terhadap risiko f) Penetapan sasaran penurunan risiko							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Ada program PPI dan kesehatan kerja yang komprehensif di seluruh rumah sakit untuk menurunkan risiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan pada pasien yang mengacu dan sesuai	R	1) Program tentang PPI 2) Program kesehatan dan keselamatan sesuai dengan KKS 8.2 EP 1	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>

	dengan ilmu pengetahuan, pedoman praktik, standar kesehatan lingkungan, dan perundang-undangan terkini.						
2.	Ada bukti pelaksanaan program PPI untuk menurunkan risiko tertular infeksi pada pasien.	D	Bukti tentang pelaksanaan program PPI meliputi a hingga g pada maksud dan tujuan	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
		O	Lihat pelaksanaan program PPI di unit pelayanan (hand hygiene, APD, penempatan pasien, dll)				
		W	Komite PPI IPCN IPCLN Kepala bidang / divisi keperawatan Kepala unit pelayanan / kepala ruangan				
		S	Peragaan hand hygiene				
3.	Ada bukti pelaksanaan program PPI untuk menurunkan risiko tertular infeksi pada staf klinis dan non klinis (kesehatan kerja).	D	Bukti pelaksanaan program PPI yang meliputi: 1) Bukti pemeriksaan berkala pegawai 2) Bukti laporan pajanan / tertusuk jarum 3) Bukti imunisasi 4) Bukti pengobatan dan konseling pegawai	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
		O	Lihat pelaksanaan hand hygiene dan penggunaan APD				

		W	Komite / Tim PPI IPCN IPCLN Kepala SDM				
		S	Peragaan hand hygiene dan penggunaan APD				
4.	Ada bukti pelaksanaan program PPI yang meliputi butir a hingga g pada maksud dan tujuan.		Bukti tentang pelaksanaan program PPI meliputi a hingga g pada maksud dan tujuan  Komite PPI IPCN IPCLN Kepala bidang / divisi keperawatan / kepala unit pelayanan / kepala ruangan	10 5 0	TL TS TT	<b>5</b>	<b>TS</b>
Jumlah				40		<b>(35/40)x100%</b> <b>= 87.5%</b>	
Standar PPI 6							
Program surveilans rumah sakit menggunakan pendekatan berdasar atas risiko dalam menetapkan fokus program terkait dengan pelayanan kesehatan.							
Maksud dan Tujuan PPI 6, PPI 6.1, dan PPI 6.2							
Rumah sakit mengumpulkan dan mengevaluasi data mengenai infeksi dan lokasinya yang relevan sebagai berikut:							
a) Saluran pernapasan: prosedur dan tindakan terkait intubasi, bantuan ventilasi mekanik, trakeostomi, dll							
b) Saluran kencing: kateter, pembilasan urine, saluran vena central, dll							
c) Alat invasive intravaskuler, saluran vena verifier, saluran vena central, dll							
d) Lokasi operasi, perawatan, pembalutan luka, prosedur aseptik, dll							
e) Penyakit dan organisme penting dalam sudut pandang epidemiologi: multi drug resistant organism, infeksi yang virulen							
f) Timbulnya infeksi baru atau timbul kembalinya infeksi di masyarakat							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	



1.	Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pelaksanaan surveilans meliputi butir a) hingga f) pada maksud dan tujuan.	R	Regulasi tentang pelaksanaan surveilans	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
2.	Ada bukti pelaksanaan pengumpulan data, analisis dan interpretasi data, serta membuat prioritas untuk menurunkan tingkat infeksi.	D  W	Bukti pelaksanaan pengumpulan data disertai dengan: 1) Bukti analisis dan interpretasi data 2) Bukti penetapan prioritas untuk menurunkan tingkat infeksi  Kepala bidang / divisi pelayanan Kepala unit pelayanan Komite PPI IPCN IPCLN	10 5 0	TL TS TT	<b>5</b>	<b>TS</b>
3.	Ada bukti pelaksanaan strategi pengendalian infeksi berdasar atas prioritas untuk menurunkan tingkat infeksi.	D  W	Bukti pelaksanaan tentang strategi pengendalian infeksi berdasar atas prioritas, sesuai dengan EP 2  Kepala bidang / divisi pelayanan Kepala unit pelayanan Komite PPI IPCN IPCLN	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
4.	Ada bukti rumah sakit membandingkan angka kejadian infeksi rumah sakit dengan kejadian infeksi di rumah sakit lain.	D	Bukti pelaksanaan perbandingan angka infeksi RS dengan RS lain  Komite PPI	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>

			IPCN				
Jumlah				40	<b>(35/40)x100%</b> <b>= 87.5%</b>		
Standar PPI 6.1							
Rumah sakit menelusuri risiko infeksi, tingkat infeksi, dan kecenderungan dari infeksi terkait layanan kesehatan untuk menurunkan angka infeksi tersebut.							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Ada bukti rumah sakit telah melakukan investigasi dan analisis risiko infeksi serta diintegrasikan dengan program mutu dan keselamatan pasien.	D  W	Bukti pelaksanaan tentang investigasi dan analisis risiko infeksi yang diintegrasikan dengan program mutu dan keselamatan pasien  Komite PPI Komite PMKP IPCN IPCLN	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
2.	Ada bukti rumah sakit telah merancang ulang penurunan infeksi berdasar atas investigasi dan hasil analisis.	D  W	Bukti penyusunan rancang ulang sebagai tindak lanjut dari EP 1  Komite PPI Komite PMKP IPCN IPCLN	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
3.	Ada bukti rumah sakit telah melaksanakan rancang ulang yang ada di EP 2.	D  W	Bukti pelaksanaan rancang ulang sebagai tindak lanjut dari EP 2  Komite PPI Komite PMKP IPCN IPCLN	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
Jumlah				30	<b>(30/30)x100%</b> <b>= 100%</b>		
Standar PPI 6.2							

Rumah sakit secara proaktif melakukan asesmen risiko infeksi yang dapat terjadi dan Menyusun strategi untuk menurunkan risiko infeksi tersebut.							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Ada bukti rumah sakit secara proaktif melakukan asesmen risiko infeksi yang dapat terjadi paling sedikit setahun sekali.	D	Bukti tentang asesmen risiko infeksi (ICRA) setahun sekali berupa daftar risiko	10	TL	<b>10</b>	<b>TL</b>
		W	Komite PPI Komite PMKP IPCN IPCLN Kepala bidang / divisi Kepala unit pelayanan	5	TS		
				0	TT		
2.	Ada bukti rumah sakit Menyusun strategi untuk menurunkan risiko infeksi tersebut.	D	Bukti penyusunan strategi penurunan infeksi (tata kelolaan penurunan infeksi) sebagai tindak lanjut dari EP 1	10	TL	<b>10</b>	<b>TL</b>
		W	Komite PPI Komite PMKP IPCN IPCLN Kepala bidang / divisi Kepala unit pelayanan	5	TS		
				0	TT		
Jumlah				20		<b>(20/20)x100%</b> <b>=100%</b>	
<b>PERALATAN MEDIS DAN ALAT KESEHATAN HABIS PAKAI</b>							
Standar PPI 7							
Rumah sakit melakukan identifikasi prosedur dan proses asuhan invasif yang berisiko infeksi serta menerapkan strategi untuk menurunkan risiko infeksi.							
Maksud dan Tujuan PPI 7 dan PPI 7.1							
Rumah sakit melakukan asesmen risiko terhadap kegiatan penunjang yang harus mengikuti prinsip PPI serta melaksanakan strategi penurunan risiko infeksi, namun tidak terbatas pada:							
a) sterilisasi alat							
b) pengelolaan linen							
c) pengelolaan sampah							

d) penyediaan makanan e) kamar jenazah							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Rumah sakit menetapkan risiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif yang berisiko infeksi serta strategi untuk menurunkan risiko infeksi.	R	Regulasi tentang penerapan risiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif (ICRA) seperti pencampuran obat suntik, pemberian suntikan, terapi cairan, dan punksi lumbal.	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
2.	Ada bukti identifikasi prosedur dan proses asuhan invasif serta strategi untuk menurunkan risiko infeksi.	D  W	1) Bukti tentang daftar risiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif 2) Bukti strategi untuk penurunan infeksi (tata Kelola risiko infeksi)  Komite PPI Komite PMKP IPCN IPCLN Kepala bidang / divisi Kepala unit pelayanan	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
3.	Rumah sakit melaksanakan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif yang berisiko infeksi	D  O  W	Bukti strategi untuk penurunan infeksi (tata Kelola risiko infeksi)  Lihat pelaksanaan pencampuran obat suntik, pemberian suntikan, terapi cairan, punksi lumbal  Komite PPI Komite PMKP IPCN IPCLN	10 5 0	TL TS TT	<b>5</b>	<b>TS</b>

		S	Kepala bidang / divisi Kepala unit pelayanan  Peragaan pencampuran obat suntik, pemberian suntikan, terapi cairan, punksi lumbal				
4.	Rumah sakit telah melaksanakan kegiatan pelatihan untuk menurunkan risiko infeksi di dalam kegiatan tersebut.	D  W	Bukti pelaksanaan pelatihan tentang kegiatan untuk menurunkan risiko infeksi  Kepala diklat Peserta pelatihan	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
Jumlah				40		<b>(35/40)x100%</b> <b>= 87.5%</b>	
Standar PPI 7.1 Rumah sakit melakukan identifikasi prosedur dan kegiatan penunjang pelayanan yang berisiko infeksi serta menerapkan strategi untuk menurunkan risiko infeksi							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Rumah sakit menetapkan risiko infeksi pada proses kegiatan penunjang pelayanan (medik dan non medik) yang berisiko terjadi infeksi serta strategi pencegahannya.	R	Regulasi tentang penetapan risiko infeksi pada proses kegiatan penunjang pelayanan, beserta strategi pencegahannya	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
2.	Ada bukti identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada kegiatan sterilisasi alat.	D  W	1) Bukti tentang daftar risiko infeksi pada prosedur dan proses sterilisasi 2) Bukti strategi untuk penurunan infeksi (tata Kelola risiko infeksi)  Komite PPI Komite PMKP IPCN	10 5 0	TL TS TT	<b>5</b>	<b>TS</b>

			IPCLN Kepala bidang / divisi Kepala unit sterilisasi				
3.	Ada bukti identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada kegiatan pengelolaan linen / laundry.	D  W	Bukti tentang daftar risiko infeksi pada pengelolaan linen / laundry Bukti strategi untuk penurunan infeksi (tata Kelola risiko infeksi)  Komite PPI Komite PMKP IPCN IPCLN Kepala bidang / divisi Kepala unit linen / laundry	10 5 0	TL TS TT	<b>5</b>	<b>TT</b>
4.	Ada bukti identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada kegiatan pengelolaan sampah.	D  W	1) Bukti tentang daftar risiko infeksi pada pengelolaan sampah 2) Bukti strategi untuk penurunan infeksi (tata Kelola risiko infeksi)  Komite PPI Komite PMKP IPCN IPCLN Kepala bidang / divisi IPSRS	10 5 0	TL TS TT	<b>5</b>	<b>TT</b>
5.	Ada bukti identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada penyediaan makanan	D  W	1) Bukti tentang daftar risiko infeksi pada penyediaan makanan 2) Bukti strategi untuk penurunan infeksi (tata Kelola risiko infeksi)  Komite PPI Komite PMKP	10 5 0	TL TS TT	<b>5</b>	<b>TT</b>

			IPCN IPCLN Kepala bidang / divisi Kepala gizi				
6.	Ada bukti identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi di kamar jenazah	D       W	1) Bukti tentang daftar risiko infeksi pada kamar jenazah 2) Bukti strategi untuk penurunan infeksi (tata Kelola risiko infeksi)  Komite PPI Komite PMKP IPCN Kepala bidang / divisi Kepala kamar jenazah	10 5 0	TL TS TT	<b>0</b>	<b>TS</b>
Jumlah				60		<b>(30/60)x100%</b> <b>= 50%</b>	
Standar PPI 7.2 Rumah sakit menurunkan risiko infeksi dengan melakukan pembersihan dan sterilisasi peralatan dengan baik serta mengelola dengan benar.							
Maksud dan Tujuan PPI 7.2 dan 7.2.1 Rumah sakit menetapkan ketentuan tentang penggunaan kembali alat sekali pakai sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan standar, termasuk penetapan meliputi: a) alat dan material yang dapat dipakai kembali b) jumlah maksimum pemakaian ulang alat secara spesifik c) identifikasi kerusakan akibat pemakaian d) proses pembersihan setiap alat yang segera dilakukan sesudah pemakaian dan mengikuti protokol yang jelas e) pencantuman identifikasi pasien pada bahan medis habis pakai untuk hemodialisis f) pencatatan bahan medis habis pakai yang reuse di rekam medis g) evaluasi untuk menurunkan risiko infeksi bahan medis habis pakai yang direuse							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pelayanan sterilisasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	R	Regulasi tentang pelayanan sterilisasi, termasuk desinfeksi RS	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>

2.	Ada bukti alur dekontaminasi, precleaning, cleaning, desinfeksi, dan sterilisasi peralatan medis di pusat sterilisasi sudah sesuai dengan prinsip-prinsip PPI.	D	1) Bukti alur / denah ruang CSSD / unit sterilisasi 2) Bukti daftar inventaris alat di unit sterilisasi	10 5 0	TL TS TT	<b>5</b>	<b>TS</b>
3.	Rumah sakit mengoordinasikan pelayanan sterilisasi dan disinfeksi di luar pusat sterilisasi.	D	Bukti rapat tentang koordinasi pelayanan sterilisasi dan disinfeksi di luar unit sterilisasi	10 5 0	TL TS TT	<b>0</b>	<b>TT</b>
4.	Rumah sakit menjamin proses sterilisasi dan disinfeksi di luar pusat sterilisasi seragam.	D	Bukti supervisi sterilisasi yang mencakup: 1) Bukti form checklist 2) Bukti pelaksanaan supervisi	10 5 0	TL TS TT	<b>0</b>	<b>TT</b>
		O	Lihat alur dekontaminasi, precleaning, cleaning, desinfeksi, dan sterilisasi peralatan medis di unit sterilisasi				
		W	Kepala / staf sterilisasi IPCN				
		O	Lihat pelaksanaan sterilisasi dan disinfeksi di luar unit sterilisasi, yang dilaksanakan seragam				
		W	IPCN Kepala / staf sterilisasi Unit terkait				
		O	Lihat pelaksanaan sterilisasi dan disinfeksi di luar unit sterilisasi				
		W	IPCN Kepala / staf sterilisasi				



			Unit terkait				
Jumlah				40	<b>(15/40)x100%</b> <b>= 37.5%</b>		
Standar PPI 7.2.1 Rumah sakit mengidentifikasi dan menerapkan proses untuk mengelola perbekalan farmasi habis pakai (supplies) yang sudah kadaluwarsa dan penggunaan ulang peralatan sekali pakai jika diizinkan oleh peraturan perundang-undangan.							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Ada regulasi tentang penetapan batas kadaluarsa bahan medis habis pakai dan yang akan digunakan kembali (reuse).	R	Regulasi tentang penetapan batas kadaluarsa bahan medis habis pakai, termasuk penetapan perbekalan farmasi / peralatan single use yang dilakukan reuse	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
2.	Ada bukti monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut pelaksanaan penggunaan kembali (reuse) bahan medis habis pakai.	D  O  W	Bukti pelaksanaan monitoring, evaluasi antara lain berdasarkan hasil kultur dan tindak lanjut pelaksanaan penggunaan kembali (reuse) bahan medis habis pakai  Lihat pelaksanaan penggunaan kembali (reuse) bahan medis habis pakai  IPCN Kepala / staf unit pelayanan	10 5 0	TL TS TT	<b>0</b>	<b>TT</b>
Jumlah				<b>20</b>	<b>(10/20)x100%</b> <b>= 50%</b>		
Standar PPI 7.3 Rumah sakit menurunkan risiko infeksi pada pengelolaan linen / laundry dengan benar sesuai dengan peraturan perundang-undangan							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	

1.	Ada unit kerja atau penanggung jawab pengelola linen / laundry yang menyelenggarakan penatalaksanaan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	R	Regulasi tentang unit kerja linen / laundry atau penanggung jawab bila dilakukan dengan kontrak (outsourcing)	10 - 0	TL - TT	<b>0</b>	<b>TT</b>	
2.	Bangunan, alur, dan fasilitas laundry sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	O  W	Lihat ruang, alur, dan fasilitas laundry  IPCN Kepala / staf laundry	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>	
3.	Bila linen / laundry dilaksanakan oleh pihak di luar rumah sakit, harus memenuhi sertifikasi mutu dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	O  W	Lihat proses pengiriman atau penyimpanan linen / laundry dengan pihak di luar RS  Lihat sertifikasi mutu pihak ketiga  IPCN Penanggung jawab linen / laundry	10 5 0	TL TS TT	-	-	
Jumlah				20		<b>(10/20)x100% = 50%</b>		
Standar PPI 7.3.1								
Elemen Penilaian			Telusur		Skor		Hasil	
1.	Ada regulasi pengelolaan linen / laundry sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	R	Regulasi tentang pengelolaan linen / laundry	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>	
2.	Prinsip-prinsip PPI diterapkan pada pengelolaan linen / laundry, termasuk pemilahan, transportasi, pencucian, pengeringan, penyimpanan, dan distribusi.	O	Lihat penerapan prinsip PPI pada pengelolaan linen / laundry, termasuk pemilahan, transportasi, pencucian, pengeringan, penyimpanan, dan distribusi	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>	

		W	Lihat hasil supervisi IPCN ke pengelola linen / laundry di luar RS  IPCN Kepala / staf laundry Petugas linen ruangan				
3.	Petugas pada unit laundry menggunakan alat pelindung diri (APD) sesuai dengan ketentuan.	O          W	Lihat penerapan penggunaan APD  Lihat hasil supervisi IPCN ke pengelola linen / laundry di luar RS  Kepala / staf laundry	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
4.	Ada bukti pelaksanaan supervisi dan monitoring oleh IPCN terhadap pengelolaan linen / laundry sesuai dengan prinsip PPI termasuk bila dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit	D          O       W	Bukti supervisi yang meliputi: 1) Bukti form checklist 2) Bukti pelaksanaan supervisi  Lihat hasil supervisi pengelolaan linen / laundry sesuai dengan prinsip PPI  IPCN Kepala / staf laundry	10 5 0	TL TS TT	<b>0</b>	<b>TT</b>
Jumlah				40		<b>(30/40)x100%</b> <b>= 75%</b>	
<b>LIMBAH INFEKSIUS</b>							
Standar PPI 7.4 Rumah sakit mengurangi risiko infeksi melalui pengelolaan limbah infeksius dengan benar.							
Maksud dan Tujuan PPI 7.4 dan PPI 7.4.1 Pengelolaan limbah dilakukan dengan benar untuk meminimalkan risiko infeksi melalui kegiatan sebagai berikut: a) pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius b) penanganan dan pembuangan darah dan komponen darah c) pemulasaran jenazah dan bedah mayat							

d) pengelolaan limbah cair e) pelaporan pajanan limbah infeksius							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Ada regulasi tentang pengelolaan limbah rumah sakit untuk meminimalkan risiko infeksi yang meliputi butira hingga e pada maksud dan tujuan.	R	Regulasi tentang pengelolaan limbah RS	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
2.	Pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius sesuai dengan regulasi dan dilaksanakan monitoring, evaluasi, serta tindak lanjutnya.	D  O  W	Bukti pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan tindak lanjutnya  Lihat kepatuhan petugas dalam pengelolaan limbah infeksius sesuai dengan prinsip PPI  Penanggung jawab kesling Petugas house keeping Petugas TPS Petugas incinerator	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
3.	Penanganan dan pembuangan darah serta komponen darah sesuai dengan regulasi dan dilaksanakan monitoring, evaluasi, dan tindak lanjutnya.	D  O  W	Bukti pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan tindak lanjutnya  Lihat kepatuhan petugas dalam penanganan dan pembuangan darah sesuai prinsip PPI  Penanggung jawab kesling Kepala / staf laboratorium Kepala / staf BDRS (Bank Darah RS)	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>

4.	Pengelolaan limbah cair sesuai dengan regulasi.	D	Bukti pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan tindak lanjutnya	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
		O	Lihat kepatuhan petugas dalam pengelolaan limbah cair sesuai prinsip PPI IPAL RS				
		W	Penanggung jawab kesling Penanggung jawab IPAL Kepala / staf radiologi Kepala / staf laboratorium				
5.	Pelaporan pajanan limbah infeksius sesuai dengan regulasi dan dilaksanakan monitoring, evaluasi, serta tindak lanjutnya.		1) Bukti laporan pajanan limbah infeksius 2) Bukti pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan tindak lanjutnya  Lihat kepatuhan petugas dalam pengelolaan limbah cair sesuai prinsip PPI IPAL RS  Penanggung jawab kesling Penanggung jawab IPAL Kepala / staf radiologi Kepala / staf laboratorium	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
6.	Ada bukti penanganan (handling) serta pembuangan darah dan komponen darah sudah dikelola sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	O	Lihat penanganan / handling pembuangan darah dan komponen darah  Kepala / staf kamar operasi Kepala /staf BDRS	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>

			Kepala / staf kamar bersalin Kepala / staf laboratorium				
7.	Ada bukti pelaksanaan supervisi dan monitoring terhadap kegiatan butir a hingga e pada maksud dan tujuan.	D	Bukti supervisi yang meliputi: 1) Bukti form checklist 2) Bukti pelaksanaan supervisi	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
		O	Lihat lokasi pengelolaan limbah RS				
		W	IPCN Kepala / staf kamar operasi Kepala / staf BDRS Kepala / staf kamar bersalin Kepala / staf kamar laboratorium Kepala / staf kamar jenazah Staf terkait				
8.	Bila pengelolaan limbah dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit harus berdasar atas Kerjasama dengan pihak yang memiliki izin dan sertifikasi mutu sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	D	1) Bukti Kerjasama antar RS dengan pihak luar RS yang memiliki izin dan sertifikasi mutu 2) Bukti limbah sudah dibakar / manifes	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
		O	Lihat proses pengelolaan limbah				
		W	IPCN Penanggung jawab kesling Petugas pengelolaan limbah				

Jumlah				80	<b>(80/80)x100%</b> <b>= 100%</b>		
Standar PPI 7.4.1 Rumah sakit menetapkan pengelolaan kamar mayat dan kamar bedah mayat sesuai peraturan perundang-undangan							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Pemulasaran jenazah dan bedah mayat sesuai dengan regulasi.	D	Bukti laporan kegiatan pemulasaran jenazah dan bedah mayat	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
		O	Lihat ruang pemulasaran jenazah dan bedah mayat, lihat kecukupan APD, disinfektan				
		W	IPCN Kepala / staf kamar jenazah				
2.	Ada bukti kegiatan kamar mayat dan kamar bedah mayat sudah dikelola sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	O	Lihat proses pengelolaan pemulasarn jenazah dan bedah mayat	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
		W	IPCN Kepala / staf kamar jenazah				
3.	Ada bukti pelaksanaan supervisi dan kepatuhan prinsip-prinsip PPI sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	D	Bukti supervisi yang meliputi: 1) Bukti form checklist 2) Bukti pelaksanaan supervisi	10 5 0	TL TS TT	<b>0</b>	<b>TT</b>
		W	IPCN Kepala / staf kamar jenazah				
Jumlah				30	<b>(20/30)x100%</b> <b>= 66.6%</b>		
Standar PPI 7.5 Rumah sakit menetapkan pengelolaan limbah benda tajam dan jarum secara aman							

Maksud dan tujuan PPI 7.5							
Rumah sakit menetapkan regulasi mencakup:							
a) semua tahapan proses yang termasuk identifikasi jenis dan penggunaan wadah secara tepat, pembuangan wadah, dan surveilans proses pembuangan							
b) laporan tertusuk jarum dan benda tajam							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pengelolaan benda tajam dan jarum untuk menurunkan cedera serta mengurangi risiko infeksi meliputi butir a dan b pada maksud dan tujuan.	R	Regulasi tentang pengelolaan benda tajam dan jarum.	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
2.	Benda tajam dan jarum sudah dikumpulkan, disimpan dalam wadah yang tidak tembus, tidak bocor, berwarna kuning, diberi label infeksius, dan dipergunakan hanya sekali pakaisesuai dengan peraturan perundang-undangan.	O  W	Lihat kepatuhan petugas dalam pengelolaan benda tajam dan jarum sesuai dengan prinsip PPI  IPCN IPCLN Kepala / staf unit pelayanan Petugas cleaning service	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
3.	Pengelolaan benda tajam dan jarum dilaksanakan sesuai dengan regulasi.	O  W	Lihat tempat pengelolaan benda tajam / incinerator / TPS B3  IPCN IPCLN Petugas incinerator	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
4.	Bila pengelolaan benda tajam dan jarum dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit harus berdasar atas Kerjasama dengan pihak yang memiliki izin dan	D	1) Bukti pelaksanaan Kerjasama RS dengan pihak luar RS 2) Bukti izin transporter 3) Bukti izin incinerator 4) Bukti sertifikasi mutu	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>



	sertifikasi mutu sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	O	Lihat bukti monitoring pelaksanaan yang dilakukan oleh pihak RS				
		W	IPCN IPSRS				
5.	Ada bukti data dokumen limbah benda tajam dan jarum	D	Bukti data dokumen limbah benda tajam dan jarum yang dikelola	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
		W	IPCN IPSRS Penanggung jawab kesling Penanggung jawab cleaning service				
6.	Ada bukti pelaksanaan supervisi dan monitoring oleh IPCN terhadap pengelolaan benda tajam dan jarum sesuai dengan prinsip PPI, termasuk bila dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit.	D	Bukti supervisi yang meliputi: 1) Bukti form checklist 2) Bukti pelaksanaan supervisi	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
		O	Lihat kepatuhan petugas dalam pengelolaan benda tajam dan jarum sesuai dengan prinsip PPI				
		W	IPCN IPSRS Penanggung jawab kesling Penanggung jawab cleaning service Kepala unit / kepala ruangan				
Jumlah				60		<b>(60/60)x100%</b> <b>= 100%</b>	
<b>PELAYANAN MAKANAN</b>							

Standar PPI 7.6							
Rumah sakit mengurangi risiko infeksi terkait penyelenggaraan pelayanan makanan							
Maksud dan Tujuan PPI 7.6							
RS menetapkan regulasi meliputi:							
a) pelayanan makanan di rumah sakit dimulai dari pengelolaan bahan makanan (perencanaan, pengadaan, penyimpanan, pengolahan, pemorsian, distribusi), sanitasi dapur, makanan, alat masak, serta alat makan untuk mengurangi risiko infeksi dan kontaminasi silang							
b) standar bangunan, fasilitas dapur, dan pantry sesuai undang-undang termasuk jika makanan diambil dari sumber lain di luar rumah sakit.							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pelayanan makanan di rumah sakit meliputi butir a dan b pada maksud dan tujuan.	R	Regulasi penetapan tentang pelayanan makanan di RS	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
2.	Ada bukti pelaksanaan penyimpanan bahan makanan, pengolahan, pembagian / pemorsian, dan distribusi makanan sudah sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	O  W	Lihat pelaksanaan pengelolaan makanan  Kepala / staf gizi	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
3.	Ada bukti pelaksanaan penyimpanan makanan bahan makanan dan produk nutrisi dengan memperhatikan kesehatan lingkungan meliputi sanitasi, suhu, pencahayaan, kelembaban, ventilasi, dan keamanan untuk mengurangi risiko infeksi.	O  W	Lihat pelaksanaan penyimpanan bahan makanan dan produk nutrisi  Kepala / staf gizi	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
4.	Ada bukti pelaksanaan monitoring kepatuhan prinsip-prinsip PPI sesuai	D	Bukti supervisi: 1) Bukti form checklist	10 5 0	TL TS TT	<b>0</b>	<b>TT</b>

	dengan peraturan perundang-undangan.	W	2) Bukti pelaksanaan monitoring / supervisi sesuai dengan prinsip PPI  Komite PPI Kepala / staf gizi				
Jumlah				40	<b>(30/40)x100%</b> <b>= 75%</b>		
<b>RISIKO KONSTRUKSI</b>							
Standar PPI 7.7 Rumah sakit menurunkan risiko infeksi pada fasilitas yang terkait dengan pengendalian mekanis dan teknis ( <i>mechanical and engineering controls</i> )							
Maksud dan Tujuan PPI 7.7 dan PPI 7.7.1 Regulasi tentang <i>Infection Control Risk Assessment / ICRA</i> untuk pembongkaran, konstruksi, renovasi Gedung di area rumah sakit yang meliputi: 1) identifikasi tipe / jenis konstruksi kegiatan proyek dengan kriteria 2) identifikasi kelompok risiko pasien 3) matriks pengendalian infeksi antara kelompok risiko pasien dan tipe konstruksi kegiatan 4) proyek untuk menetapkan kelas / tingkat infeksi 5) tindak pengendalian infeksi berdasar tingkat / kelas infeksi 6) monitoring pelaksanaan  Regulasi pengendalian mekanis dan teknis fasilitas meliputi: a) sistem ventilasi bertekanan positif b) <i>biological safety cabinet</i> c) <i>laminary airflow hood</i> d) thermostat di lemari pendingin e) pemanas air untuk sterilisasi piring dan alat dapur							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Rumah sakit menetapkan regulasi pengendalian mekanis dan teknis ( <i>mechanical and engineering controls</i> ) minimal untuk fasilitas yang tercantum pada butir a) hingga e) pada maksud dan tujuan.	R	Regulasi tentang pengendalian / pemeriksaan mekanis dan teknis	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>

2.	Fasilitas yang tercantum pada butir a) hingga e) sudah dilakukan pengendalian mekanis dan teknis ( <i>mechanical and engineering controls</i> ).	D  O  W	Bukti pelaksanaan pengendalian mekanis dan teknis sudah dilakukan  Lihat ruangan tekanan positif, biologicaly safety cabinet, laminary airflow hood, thermostat di lemari pendingin, pemanas air untuk sterilisasi piring dan alat dapur  IPSRS Kepala / staf unit terkait	10 5 0	TL TS TT	<b>5</b>	<b>TS</b>
Jumlah				20		<b>(15/20)x100% = 75%</b>	
Standar PPI 7.7.1							
Rumah sakit menurunkan risiko infeksi pada saat melakukan pembongkaran, konstruksi, dan renovasi gedung.							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Rumah sakit menetapkan regulasi tentang penilaian risiko pengendalian infeksi ( <i>Infection Control Risk Assessment / ICRA</i> ) jika ada renovasi, konstruksi, dan demolisi yang minimal meliputi butir 1) hingga 6) pada maksud dan tujuan.	R	Regulasi tentang penilaian risiko pengendalian infeksi ( <i>Infection Control Risk Assessment / ICRA</i> ) jika ada renovasi, konstruksi, dan demolisi.	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
2.	Rumah sakit telah melaksanakan penilaian risiko pengendalian infeksi ( <i>Infection Control Risk Assessment / ICRA</i> ) pada semua renovasi,	D  O	Bukti pelaksanaan ICRA renovasi bangunan dan hasil pemantauan kualitas udara akibat dampak renovasi	10 5 0	TL TS TT	<b>0</b>	<b>TT</b>

	konstruksi, dan demolisi sesuai dengan regulasi.	W	Lihat pelaksanaan renovasi Lihat laporan pelaksanaan renovasi  Komite PPI IPCN Bagian Umum				
Jumlah				20	<b>(10/20)x100%</b> <b>= 50%</b>		
<b>TRANSMISI INFEKSI</b>							
Standar PPI 8 Rumah sakit melindungi pasien, pengunjung, dan staf dari penyakit menular serta melindungi pasien yang mengalami imunitas rendah ( <i>immunocompromised</i> ) dari infeksi yang rentan mereka alami.							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Rumah sakit menetapkan regulasi penempatan pasien dengan penyakit menular dan pasien yang mengalami imunitas rendah ( <i>immunocompromised</i> ).	R	Regulasi tentang penempatan dengan penyakit menular dan pasien yang mengalami imunitas rendah	10 - 0	TL - TT	10	
2.	Rumah sakit menyediakan ruangan untuk pasien yang mengalami imunitas rendah ( <i>immunocompromised</i> ) sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	O  W	Lihat ruang isolasi untuk pasien dengan pasien yang mengalami imunitas rendah  IPCN IPCLN Kepala / staf unit pelayanan	10 5 0	TL TS TT	10	
3.	Ada bukti pelaksanaan supervisi dan monitoring oleh IPCN terhadap penempatan pasien yang mengalami imunitas	D	Bukti supervisi yang meliputi: 1) Bukti form checklist 2) Bukti pelaksanaan supervisi	10 5 0	TL TS TT	10	

	rendah ( <i>immunocompromised</i> ).						
Jumlah				30	$(30/30) \times 100\%$ = 100%		
Standar PPI 8.1 Rumah sakit menetapkan penempatan pasien dan proses transfer dengan <i>airborne diseases</i> di dalam rumah sakit dan keluar rumah sakit.							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Penempatan dan transfer pasien dengan <i>airborne diseases</i> sesuai dengan peaturan perundang-undangan termasuk di ruang gawat darurat dan ruang lainnya.	O	Lihat penempatan pasien <i>airborne diseases</i> , termasuk di ruang gawat darurat dan ruang lainnya dan transfer pasien.	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
		W	Kepala / staf IGD Kepala / staf rawat jalan Kepala / staf rawat inap IPCN IPCLN				
2.	Ada bukti pelaksanaan supervisi dan monitoring oleh IPCN terhadap penempatan dan proses transfer pasien <i>airborne diseases</i> sesuai dengan prinsip PPI.	D	Bukti supervisi yang meliputi: 1) Bukti form checklist 2) Bukti pelaksanaan supervisi	10 5 0	TL TS TT	<b>5</b>	<b>TS</b>
		O	Lihat penempatan dan transfer pasien <i>airborne diseases</i> , termasuk di ruang gawat darurat dan ruang lainnya				
		W	Kepala / staf IGD Kepala / staf rawat jalan Kepala / staf rawat inap IPCN IPCLN				
3.	Ada bukti pelaksanaan monitoring ruang tekanan	D	Bukti supervisi yang meliputi:	10 5	TL TS	<b>5</b>	<b>TS</b>

	negatif dan penempatan pasien secara rutin.	O W	1) Bukti form checklist 2) Bukti pelaksanaan supervisi  Lihat penempatan pasien dan hasil monitoring secara rutin  Kepala / staf IGD Kepala / staf rawat jalan Kepala / staf rawat inap IPCN IPCLN	0	TT		
4.	Ada bukti dilakukan edukasi kepada staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi lonjakan pasien masuk dengan penyakit menular atau rumah sakit tidak memiliki kamar dengan tekanan negatif (ventilasi alami dan mekanik).	D W	Bukti pelaksanaan edukasi staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi lonjakan pasien masuk dengan penyakit menular  Kepala / staf IGD Kepala / staf rawat jalan Kepala / staf rawat nap IPCN IPCLN	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
5.	Rumah sakit memiliki jejaring rujukan dengan rumah sakit lainnya.	D W	Bukti tentang Kerjasama RS dengan RS rujukan  Kepala / staf IGD Kepala / staf rawat inap	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
Jumlah				50		<b>(40/50)x100% = 80%</b>	
Standar PPI 8.2 Rumah sakit menetapkan penempatan pasien infeksi "airborne" dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak memiliki kamar tekanan negatif (ventilasi alami dan mekanik)							
Elemen Penilaian			Telusur	Skor		Hasil	
1.	Rumah sakit menetapkan regulasi penempatan	R	Regulasi tentang penempatan pasien	10 - 0	TL -	<b>10</b>	<b>TL</b>

	pasien infeksi “ <i>airborne</i> ” dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak memiliki kamar dengan tekanan negatif (ventilasi alami dan mekanik).		infeksi “ <i>airborne</i> ” dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak memiliki kamar dengan tekanan negatif (ventilasi alami dan mekanik).		TT		
2.	Penempatan pasien infeksi “ <i>airborne</i> ” dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak memiliki kamar dengan tekanan negatif sesuai dengan persyaratan perundang-undangan termasuk di ruang gawat darurat dan ruang lainnya.	O  W	Lihat penempatan pasien dan hasil monitoring secara rutin  Kepala / staf IGD Kepala / staf rawat inap IPCN IPCLN	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
3.	Ada bukti pelaksanaan supervisi dan monitoring oleh IPCN terhadap penempatan pasien infeksi “ <i>airborne</i> ” dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak memiliki kamar dengan tekanan negatif sesuai dengan prinsip PPI.	D  O  W	Bukti supervisi yang meliputi: 1) Bukti form checklist 2) Bukti pelaksanaan supervisi  Lihat penempatan pasien infeksi airborne  Kepala / staf IGD Kepala / staf rawat inap IPCN IPCLN	10 5 0	TL TS TT	<b>5</b>	<b>TS</b>
4.	Ada bukti pelaksanaan monitoring ruang tekanan negatif dan penempatan pasien secara rutin.	D  O	Bukti supervisi yang meliputi: 1) Bukti form checklist 2) Bukti pelaksanaan supervisi  Lihat hasil monitoring Lihat kesesuaian penempatan pasien	10 5 0	TL TS TT	<b>0</b>	<b>TT</b>



		W	Kepala / staf rawat inap IPCN IPCLN				
5.	Ada bukti dilakukan edukasi kepada staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi lonjakan pasien masuk dengan penyakit menular atau rumah sakit tidak memiliki kamar dengan tekanan negatif (ventilasi alami dan mekanik).	D	Bukti pelaksanaan edukasi staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi lonjakan pasien masuk dengan penyakit menular	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
		W	Kepala / staf rawat inap IPCN IPCLN				
6.	Rumah sakit memiliki jejaring rujukan dengan rumah sakit lain untuk pasien <i>airborne disease</i> .	D	Bukti tentang Kerjasama RS dengan RS rujukan	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
		W	Kepala / staf IGD Kepala / staf rawat inap				
Jumlah				60		<b>(45/60)x100%</b> <b>= 75%</b>	
Standar PPI 8.3							
Rumah sakit mengembangkan dan menerapkan sebuah proses untuk menangani lonjakan mendadak (outbreak) penyakit infeksi airborne							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Rumah sakit menetapkan regulasi bila terjadi outbreak penyakit infeksi airborne.	R	Regulasi tentang penetapan bila terjadi ledakan pasien (outbreak) penyakit infeksi airborne	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
2.	Rumah sakit menyediakan ruang isolasi dengan tekanan negatif bila terjadi outbreak sesuai dengan peraturan perundang-perundangan.	O	Lihat ketersediaan ruang isolasi dengan tekanan negatif bila terjadi ledakan pasien	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
		W	Komite PPI IPCN IPCLN				

			Kepala / staf rawat inap				
3.	Ada bukti dilakukan edukasi kepada staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi outbreak penyakit infeksi airborne.	D  W	Bukti pelaksanaan edukasi staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi ledakan pasien (outbreak) penyakit infeksi airborne  Komite PPI IPCN IPCLN Kepala / staf rawat inap	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
Jumlah					30	<b>(30/30)x100% = 100%</b>	
Standar PPI 9							
Kebersihan tangan menggunakan sabun dan desinfektan adalah sarana efektif untuk mencegah dan mengendalikan infeksi							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Rumah sakit menetapkan regulasi hand hygiene yang mencakup kapan, dimana, dan bagaimana melakukan cuci tangan mempergunakan sabun dan atau dengan desinfektan serta ketersediaan fasilitas hand hygiene.	R	Regulasi tentang hand hygiene	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
2.	Sabun, desinfektan, serta tissue / handuk sekali pakai tersedia di tempat cuci tangan dan tempat melakukan disinfeksi tangan.	O	Lihat kelengkapan fasilitas hand hygiene antara lain sabun, desinfektan, serta tissue / handuk sekali pakai tersedia di tempat cuci tangan dan tempat melakukan disinfeksi tangan.	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>

3.	Hand hygiene sudah dilaksanakan dengan baik.	O	Pergaan hand hygiene oleh staf	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
		W	Lihat pelaksanaan hand hygiene secara konsisten di area yang sudah ditetapkan				
4.	Ada bukti pelaksanaan pelatihan hand hygiene kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak.	O	Bukti pelaksanaan pelatihan tentang hand hygiene	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
		W	Staf RS Tenaga kontrak, magang, dan tenant				
Jumlah				40		<b>(40/40)x100%</b> <b>= 100%</b>	
Standar PPI 9.1							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Rumah sakit menetapkan regulasi penggunaan alat pelindung diri, tempat yang harus menyediakan alat pelindung diri, dan pelatihan cara memakainya.	R	Regulasi tentang penggunaan APD	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
2.	Alat pelindung diri telah digunakan secara tepat dan benar.	O	Lihat kepatuhan penggunaan alat pelindung diri	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
		W	Staf terkait				
3.	Ketersediaan alat pelindung diri sudah cukup sesuai dengan regulasi.	O	Lihat ketersediaan alat pelindung diri	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
4.	Ada bukti pelaksanaan pelatihan penggunaan alat pelindung diri kepada	D	Bukti pelaksanaan pelatihan tentang penggunaan APD	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
		W					

	semua pegawai termasuk tenaga kontrak.		Staf RS Tenaga kontrak, magang, dan tenant				
Jumlah				40	<b>(40/40)x100%</b> <b>= 100%</b>		
<b>PENINGKATAN MUTU DAN PROGRAM EDUKASI</b>							
Standar PPI 10 Kegiatan PPI diintegrasikan dengan program PMKP (peningkatan mutu dan keselamatan pasien) dengan menggunakan indikator yang secara epidemiologi penting bagi rumah sakit							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Ada regulasi sistem manajemen data terintegrasi antara data surveilans dan data indikator mutu.		Regulasi tentang manajemen data terintegrasi antara data surveilans dan data indikator mutu.	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
2.	Ada bukti pertemuan berkala antara komiite PMKP dengan komite PPI untuk membahas hasil surveilans dan merancang ulang untuk perbaikan.		Bukti rapat tentang pembahasan hasil surveilans dan merancang ulang untuk perbaikan  Komite / tim PMKP Komite / tim PPI Kepala bidang / divisi pelayanan	10 5 0	TL TS TT	<b>5</b>	<b>TS</b>
3.	Ada bukti data dikumpulkan dan dianalisis untuk mendukung kegiatan PPI termasuk data infeksi berdasar atas epidemiologi penting dimonitor dan didokumentasikan.		Bukti pengumpulan data, analisis, dan rencana perbaikannya  Komite / tim PMKP Komite / tim PPI	10 5 0	TL TS TT	<b>5</b>	<b>TT</b>
4.	Ada bukti penyampaian hasil analisis data dan rekomendasi kepada komite PMKP setiap 3 bulan.		Bukti penyampaian hasil analisis data dan rekomendasi kepada komite PMKP setiap 3 bulan	10 5 0	TL TS TT	<b>5</b>	<b>TS</b>

			Komite / tim PMKP Komite / tim PPI				
Jumlah				40	<b>(25/40)x100%</b> <b>= 62.5%</b>		
Standar PPI 11							
Rumah sakit melakukan edukasi tentang PPI kepada staf klinis dan non klinis, pasien, keluarga pasien, serta petugas lainnya yang terlibat dalam pelayanan pasien.							
Maksud dan Tujuan							
Pelatihan diberikan sebagai bagian dari orientasi terhadap seluruh staf baru dan dilakukan pelatugan kembali secara berkala, atau minimal jika ada perubahan regulasi dan praktik yang menjadi panduan bagi program PPI, serta disampaikan juga temuan dan kecenderungan ukuran kegiatan.							
Program PPI meliputi pelatihan untuk:							
a) Orientasi pegawai baru (klinis dan non klinis) di RS atau unit pelayanan;							
b) Staf klinis;							
c) Staf non klinis;							
d) Pasien dan keluarga;							
e) Pengunjung							
Elemen Penilaian		Telusur		Skor		Hasil	
1.	Rumah sakit menetapkan regulasi program pelatihan dan edukasi tentang PPI yang meliputi butir a) hingga e) pada maksud dan tujuan.	R	Program pelatihan dan edukasi tentang PPI	10 - 0	TL - TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
2.	Ada bukti pelaksanaan pelatihan untuk semua staf klinis dan non klinis sebagai bagian dari orientasi pegawai baru tentang regulasi dan praktik program PPI.	D  W	1) Bukti pelaksanaan pelatihan untuk semua staf klinis dan non klinis oleh narasumber yang kompeten 2) Bukti pelaksanaan orientasi  Diklat Komite / tim PPI Peserta pelatihan / orientasi	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>

3.	Ada bukti pelaksanaan edukasi secara berkala bila ada perubahan regulasi, serta praktik program PPI dan bila ada kecenderungan khusus data ( <i>new / re-emerging diseases</i> ) data infeksi untuk staf klinis dan non klinis.	D  W	Bukti pelaksanaan pelatihan secara berkala jika ada perubahan regulasi / kecenderungan khusus  Diklat Komite / tim PPI Peserta pelatihan	10 5 0	TL TS TT	<b>10</b>	<b>TL</b>
4.	Ada bukti pelaksanaan edukasi untuk pasien, keluarga, dan pengunjung tentang program PPI.	D  W	Bukti pelaksanaan edukasi untuk pasien, keluarga, dan pengunjung  Diklat Komite PPI Tim PKRS Pasien / keluarga Pengunjung	10 5 0	TL TS TT	<b>0</b>	<b>TT</b>
5.	Ada bukti pelaksanaan penyampaian temuan dan data berasal dari kegiatan pengukuran mutu / indikator mutu ke seluruh unit di rumah sakit sebagai bagian dari edukasi berkala rumah sakit.	D	Bukti penyampaian hasil pengukuran mutu ke seluruh unit di RS secara berkala.	10 5 0	TL TS TT	<b>5</b>	<b>TS</b>
Jumlah					50	<b>(35/50)x100%</b> <b>= 70%</b>	

## **LEMBAR PENJELASAN UNTUK INFORMAN PENELITIAN**

Yth.

Di tempat

Syalom. Salam sejahtera untuk kita semua.

Dengan hormat, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Aldy Nadin Pratama Putra

NIM : 171113251281

Alamat : Ds. Sitarjo Rt.08 Rw.02, Kec. Sumbermanjing Wetan, Kab.  
Malang

Merupakan mahasiswa S1 Program Studi Kesehatan Lingkungan STIKES Widyagama Husada Malang yang sedang melakukan penelitian untuk skripsi yang berjudul "Evaluasi Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi pada Rumah Sakit X Kabupaten Malang". Penelitian ini akan menjamin kerahasiaan dari seluruh informasi yang diberikan dan hanya akan digunakan dalam penelitian, sehingga tidak menimbulkan implikasi negatif secara personal maupun organisasi. Dalam penelitian ini tidak ada unsur ancaman maupun sanksi bagi informan penelitian.

Apabila saudara berkenan menjadi responden penelitian ini, harapan saya ialah untuk mendapatkan jawaban yang sebenar-benarnya dan jujur sesuai pendapat pribadi tanpa adanya pengaruh dari orang lain. Untuk kemudian dimohon agar dapat menandatangani lembar persetujuan untuk menjadi informan penelitian.

Demikian atas partisipasi dan Kerjasama yang diberikan, saya ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya. Semoga Tuhan senantiasa memberkati dan melindungi kita semua. Amin.

Malang, Juli 2021

Peneliti

Lampiran 4. Lembar Persetujuan Informan

## **LEMBAR PERSETUJUAN INFORMAN**

Setelah membaca penjelasan di atas secara sadar, saya mengerti jika peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai informan dan saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengetahui dengan benar bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini memberi manfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, khususnya dalam Rumah Sakit Bala Keselamatan Bokor Turen.

Dengan ditandatanganinya surat persetujuan ini, maka saya menyatakan untuk bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Malang, Juli 2021

Informan

( )



Lampiran 5. Surat Izin Penelitian



YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA WIDYAGAMA  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)

**WIDYAGAMA HUSADA**

SK MENDIKNAS RI NOMOR 130/D/0/2007

D-3 Kebidanan \* S-1 Kesehatan Lingkungan \* Pendidikan Profesi Ners



Nomor : 1336/A-1/STIKES/VIII/2021  
Lamp : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Malang, 10 Agustus 2021

Kepada Yth;  
**Direktur RS. Bala Keselamatan Bokor Turen**  
Di-  
Tempat

Dengan hormat,


Mahasiswa Program Studi S1 Kesehatan Lingkungan STIKES Widyagama Husada akan menyusun Skripsi Tahun Akademik 2020/2021, untuk itu diperlukan alat-alat pendukung.

Berkenaan dengan hal tersebut kami mengajukan permohonan kepada Bapak/Ibu agar berkenan memberikan Ijin kepada mahasiswa kami dibawah ini untuk melakukan Penelitian di Rumah Sakit yang Bapak/Ibu pimpin.

Adapun nama mahasiswa yang melakukan Pengambilan Data dan judul skripsi sebagai berikut :


Nama : Aldy Nadin Pratama Putra  
NIM : 171113251281  
Judul TA : Evaluasi Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di Rumah Sakit X Kabupaten Malang.

Demikian, atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

Wakil Ketua III Bidang Kehumasan,  
Kedjasama, Penelitian dan Pengabdian  
Kepada Masyarakat  
  
**M.N. Lisan Sediawan, S.Sos., MM**  
NDP.2003.10

Kampus B Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang  
Kampus A Jl. Sudimoro 16, Malang  
Jawa Timur, Telp : (0341) 406150 Fax : (0341) 471277  
Website : [www.widyagamahusada.ac.id](http://www.widyagamahusada.ac.id)

Lampiran 6. Surat Balasan Izin Penelitian

	<p>YAYASAN PELAYANAN KESEHATAN BALA KESELAMATAN <b>RUMAH SAKIT BALA KESELAMATAN "BOKOR" TUREN</b> Jl. Jenderal Achmad Yani No. 91 Turen - 65175 Malang Telp. (0341) 824002, 824453 Fax. (0341) 823878 e-mail: rs_bokor@yahoo.com Website : www.rsokorturen.com</p>
---	--

---

12 Agustus 2021  
Nomor : 318/U.4/RSBK/VIII/2021  
Lampiran : -  
Perihal : Jawaban Permohonan

Kepada Yth.  
Bpk. M.N. Lisan Sedlawan, S.Sos.,MM  
Wakil Ketua III Bidang Kehumasan, Kerjasama, Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat  
STIKES Widyagama Husada Malang  
di  
tempat



Dengan hormat,  
Menindaklanjuti surat No. 1336/A.1/STIKES/VIII/2021 tanggal 10 Agustus 2021 perihal Ijin Penelitian atas nama mahasiswa :

Nama	: Aldy Nadin Pratama Putra
NIM	: 17111325281
Judul	: "Evaluasi Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di Rumah Sakit X Kabupaten Malang"

maka kami memberitahukan bahwa mahasiswa tersebut di atas diijinkan untuk melaksanakan penelitian di RS Bala Keselamatan "Bokor" Turen dengan mengikuti ketentuan-ketentuan yang berlaku.

Demikian penyampaian ini, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

Hormat kami,  
Direktur

dr. T. Prayitno Notohusodo

Tembusan :  
1. Mahasiswa yang bersangkutan  
2. Arsip

*"Hati Kepada Allah, Tangan Terulur Kepada Sesama"*

Lampiran 7. Lembar Rekomendasi Perbaikan Penguji

**LEMBAR REKOMENDASI  
PERBAIKAN PROPOSAL  
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN LINGKUNGAN  
STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG**

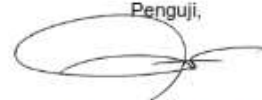
Nama Penguji : dr. Rudy Joegijantoro, MMRS

Tanggal Ujian : 09 Agustus 2021

PERBAIKAN		HALAMAN	
BAB	URAIAN	SEBELUM	SESUDAH
BAB IV	Penambahan kolom objek / informan pada definisi operasional.	25	25
BAB IV	Perbaikan ketidaksesuaian informan dalam prosedur pengumpulan data dengan daftar informan dalam informan penelitian.	30	32

Malang, 13 Agustus 2021

Penguji,



Dr. Rudy Joegijantoro, MMRS

NDP. 2006.15

Lampiran 8. Lembar Rekomendasi Perbaikan Pembimbing 1

**LEMBAR REKOMENDASI  
PERBAIKAN PROPOSAL  
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN LINGKUNGAN  
STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG**

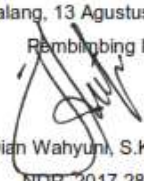
Nama Pembimbing I : Ike Dian Wahyuni, S.KL., M.KL

Tanggal Ujian : 09 Agustus 2021

PERBAIKAN		HALAMAN	
BAB	URAIAN	SEBELUM	SESUDAH
BAB IV	Penambahan kolom objek / informan pada definisi operasional.	25	25
BAB IV	Perbaikan ketidaksesuaian informan dalam prosedur pengumpulan data dengan daftar informan di dalam informan penelitian.	30	32

Malang, 13 Agustus 2021

Pembimbing I,

  
Ike Dian Wahyuni, S.KL., M.KL  
NDP. 2017.284

Lampiran 9. Lembar Rekomendasi Perbaikan Pembimbing 2

**LEMBAR REKOMENDASI  
PERBAIKAN PROPOSAL  
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN LINGKUNGAN  
STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG**

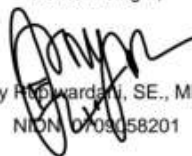
Nama Pembimbing II : Irfany Rupiwardani, SE., MMRS

Tanggal Ujian : 09 Agustus 2021

PERBAIKAN		HALAMAN	
BAB	URAIAN	SEBELUM	SESUDAH
BAB IV	Penambahan kolom objek / informan pada definisi operasional.	25	25
BAB IV	Perbaikan ketidaksesuaian informan dalam prosedur pengumpulan data dengan daftar informan di dalam informan penelitian.	30	32

Malang, 13 Agustus 2021

Pembimbing II,

  
Irfany Rupiwardani, SE., MMRS  
NIDN 0709058201

Lampiran 10. Dokumentasi Penelitian



Gambar 1. Observasi Dokumen PPI



Gambar 2. Observasi Ruang Laundry



Gambar 3. Observasi Gudang Bahan Makanan



Gambar 4. Observasi Ruang Dapur (Pengolahan Makanan)





Gambar 5. Observasi Ruang Laboratorium



Gambar 6. Penanganan Limbah Benda Tajam Laboratorium (Jurigen)





Gambar 7. Observasi Unit Radiologi



Gambar 8. Observasi Ruang Poliklinik



Gambar 9. Observasi Ruang Farmasi



Gambar 10. Observasi Ruang Isolasi



Gambar 11. Observasi Ruang IGD



Gambar 12. Observasi Ruang Jenazah



Gambar 13. Observasi TPS B3



Gambar 14. Observasi IPAL



Gambar 15. Observasi Ruang Bertekanan Negatif



Gambar 16. Peragaan Cuci Tangan oleh Karyawan



**REAPITILASI BILANGAN SURVEILANS PFI DI BALAI KESELAMATAN "ROKETA" SURAB**

RS (RUMAH SAKIT) :  
 Subdit/Departemen :

NO	ISIPUSIANA	SIKLIKAS
1	<b>1. RUMAH SAKIT PASIEN</b> Jumlah Pasien yang dirawat Jumlah Pasien yang meninggal Jumlah Pasien yang sembuh Jumlah Pasien yang masuk ICD Jumlah Pasien yang masuk ICD Jumlah Pasien yang masuk ICD Jumlah Pasien yang masuk ICD Jumlah Pasien yang masuk ICD	
2	<b>2. RUMAH SAKIT PASIEN</b> Jumlah Pasien yang dirawat Jumlah Pasien yang meninggal Jumlah Pasien yang sembuh Jumlah Pasien yang masuk ICD Jumlah Pasien yang masuk ICD Jumlah Pasien yang masuk ICD Jumlah Pasien yang masuk ICD Jumlah Pasien yang masuk ICD	
3	<b>3. RUMAH SAKIT PASIEN</b> Jumlah Pasien yang dirawat Jumlah Pasien yang meninggal Jumlah Pasien yang sembuh Jumlah Pasien yang masuk ICD Jumlah Pasien yang masuk ICD Jumlah Pasien yang masuk ICD Jumlah Pasien yang masuk ICD Jumlah Pasien yang masuk ICD	
4	<b>4. RUMAH SAKIT PASIEN</b> Jumlah Pasien yang dirawat Jumlah Pasien yang meninggal Jumlah Pasien yang sembuh Jumlah Pasien yang masuk ICD Jumlah Pasien yang masuk ICD Jumlah Pasien yang masuk ICD Jumlah Pasien yang masuk ICD Jumlah Pasien yang masuk ICD	
5	<b>5. RUMAH SAKIT PASIEN</b> Jumlah Pasien yang dirawat Jumlah Pasien yang meninggal Jumlah Pasien yang sembuh Jumlah Pasien yang masuk ICD Jumlah Pasien yang masuk ICD Jumlah Pasien yang masuk ICD Jumlah Pasien yang masuk ICD Jumlah Pasien yang masuk ICD	

Tanggal :  
 Di buat oleh :  
 Mengetahui,  
 Kepala Instalasi

Gambar 17. Bukti Surveilans Penyakit Infeksi oleh IPCLN



Gambar 18. Wawancara dengan IPCN



Gambar 19. Wawancara dengan IPCLN di Ruang IGD



Gambar 20. Wawancara dengan IPCLN di Ruang Anggrek



Gambar 21. Wawancara dengan Anggota PPI Unit Laboratorium



Gambar 22. Wawancara secara Online dengan Anggota PPI Unit Farmasi





Gambar 23. Wawancara dengan Anggota PPI Unit Gizi



Gambar 24. Wawancara dengan Anggota PPI Unit Laundry



Gambar 25. Wawancara dengan Anggota PPI Unit IPSRS



Gambar 26. Wawancara dengan Anggota PPI Unit Kesling

Lampiran 11. Pernyataan Keaslian Tulisan

### PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Aldy Nadin Pratama Putra


NIM : 171113251281

Program Studi : S1 Kesehatan Lingkungan

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Skripsi yang saya tulis ini merupakan hasil karya sendiri, dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai karya tulisan atau pikiran saya sendiri. Jika di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa tugas akhir ini merupakan hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui  
Kaprosdi S1 Kesehatan Lingkungan

Malang, 27 Agustus 2021  
Pembuat pernyataan

  
(Ifany Rupiwardan, S.E., M.MRS)  
NDP.2006.14



(Aldy Nadin Pratama Putra)  
NIM.171113251281

Lampiran 12. Curriculum Vitae

**CURRICULUM VITAE**



**Aldy Nadin Pratama Putra**

**Malang, 02 Desember 1997**

**Motto:**

**“Tidak Ada Kata Terlambat untuk Meraih Kesuksesan”**

**Riwayat Pendidikan:**

**SDN Sitarjo 3 – Lulus Tahun 2009**

**SMPN 2 Sumbermanjing – Lulus Tahun 2012**

**SMAN 1 Bululawang – Lulus Tahun 2015**

**S1 Kesehatan Lingkungan STIKES Widyagama Husada – Lulus Tahun 2021**