

**ANALISIS PENERAPAN *STANDARD PRECAUTIONS* DALAM
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN *HAIs (HEALTHCARE
ASSOCIATED INFECTIONS)*
DI RSUD RAA SOEWONDO PATI**

Astri Budhi Satiti*), Putri Asmita Wigati), Eka Yunila Fatmasari**)**

*) Mahasiswa Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang

**) Staff Pengajar Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang

astri.satiti@gmail.com

ABSTRACT : *The incidence of Health Care Associated Infections (HAIs) is Surgical Site Infection (SSI) in RAA Soewondo Hospitals, Pati Regency on September 2015 is 3,09%, October 2015 is 3,44%, and December 2015 is 7,79%. Therefore, it is very important to apply Standard Precautions facilities because it proved to prevent transmission of infections associated with health care. This research is qualitative descriptive research aimed to analyze the application of standard precautions in the prevention and HAIs (Healthcare Associated Infections) control at RAA Soewondo Hospitals, Pati Regency. Data were collected by in-depth interview and observation non participatory method. The key informants of this research are IPCN. The triangulation informants are IPCLN and head of nursing units. The research results show that the standard precautions been socialized and applied in RAA Soewondo Hospitals, Pati Regency, but the level of several compliance still below standard. In planning, there are still undetermined performance indicators of components standard precautions. In organizing, there has been no a division of individual duties for all of the PPI committee members and still have constraints. There are barriers or obstacles in implementation, such as human behavior less adherent and less infrastructure. Monitoring and evaluation of standard precautions that the schedule only carried out when the audit is every quarter in a year and some components of standard precautions have not been audited. Suggestions in this research are to make more detailed regulations, according to the situation of the hospital; determine the distribution of individual duties to all members of the PPI committee in detail; improve monitoring or audit; make the system of reward, and increase the inadequate facilities.*

Keyword : *Hospital Services, HAIs (Healthcare Associated Infections), Prevention and Infection Control, Standard Precautions, Function of Management*

PENDAHULUAN

Infeksi nosokomial atau yang saat ini disebut sebagai infeksi berkaitan dengan pelayanan di fasilitas kesehatan atau *HAIs* merupakan suatu masalah serius

yang kini menjadi perhatian di banyak negara.¹ *World Health Organization (WHO)* memperkirakan bahwa dalam kurun waktu tertentu 1,4 juta penduduk dunia akan

terkena *HAIs (Healthcare Associated Infections)*.² Kejadian *HAIs* dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas meningkat, dan memperpanjang perawatan pasien sehingga meningkatkan biaya pelayanan kesehatan.³

Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah dan mengendalikan penularan penyakit dari pasien ke petugas kesehatan atau sebaliknya adalah penerapan *Standard Precautions* atau Kewaspadaan Standar. Berdasarkan *CDC (Central Disease Control)* 2011, komponen utama *Standard Precautions* meliputi : *hand hygiene*, penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), praktik injeksi aman, penanganan dari peralatan atau permukaan di lingkungan pasien yang potensial terkontaminasi dan *respiratory hygiene / etika batuk*.⁴

Pada surveilans *HAIs* di RSUD RAA Soewondo Pati, pengelola hanya mampu melakukan surveilans *HAIs* di ruang IRNA kebidanan pada pasien *post secio cesaria* untuk IDO dan di ruang ICU untuk IADP, VAP, dan ISK. Berdasarkan data dari Komite PPI di Rumah Sakit Umum Daerah RAA Soewondo Pati bahwa terdapat kejadian *HAIs* yaitu IDO pada bulan September 2015 sebesar 3,09%, Oktober sebesar 2015 3,44% dan bulan Desember 2015 sebesar 7,79%.⁵ Angka tersebut telah melebihi dari standar pelayanan minimal berdasarkan KMK No.129 Tahun 2008 bahwa standar kejadian infeksi nosokomial/*HAIs* yaitu $\leq 1,5\%$.⁶ Dari laporan hasil audit ditemukan bahwa fasilitas *hand hygiene* seperti sabun *handrub* dan *handwash* serta handuk sekali pakai masih banyak yang kosong. Selain itu, beberapa komponen *standard precautions* belum diadakan audit karena masih kurangnya fasilitas yang berkaitan

dengan pencegahan pengendalian infeksi.

Didasari dari uraian diatas, maka penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penerapan *Standard Precautions* dalam Pencegahan dan Pengendalian *HAIs (Healthcare Associated Infections)* di RSUD RAA Soewondo Pati ditinjau dari aspek proses pada pendekatan sistem yang didalamnya terdapat fungsi-fungsi manajemen dan aspek output terkait penerapan pada komponen utama *standard precautions*.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan secara deskriptif. Pengumpulan data primer dengan menggunakan wawancara mendala dan observasi dokumen menggunakan lembar *check list*. Pengumpulan data sekunder diperoleh melalui data dokumentasi atau data laporan yang telah tersedia. Informan utama yaitu 4 orang IPCN (*Infection Prevention and Control Nurse*). Sedangkan informan triangulasi yaitu 3 orang perwakilan IPCLN (*Infection Prevention and Control Link Nurse*) di beberapa ruangan atau instalasi dan Kabid Keperawatan. Validitas dan reabilitas data menggunakan teknik triangulasi sumber.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Penerapan *Standard Precautions*

Kelima komponen utama *Standard Precautions* tersebut sudah disosialisasikan dan diterapkan di RSUD RAA Soewondo Pati namun hanya pada poin *Hand Hygiene*, penggunaan APD, dan penanganan dari peralatan atau permukaan di lingkungan pasien yang potensial terkontaminasi terkait dengan pengelolaan limbah yang

dapat diukur bagaimana penerapannya dilihat dari laporan hasil audit tentang kepatuhan dalam melakukan *Hand Hygiene*, kepatuhan dalam pengelolaan limbah, dan kepatuhan dalam penggunaan APD yakni sebagai berikut:

1. Tingkat Kepatuhan Kebersihan Tangan/*Hand Hygiene*

WHO (2010) yang menyatakan bahwa kepatuhan *hand hygiene* perawat atau tenaga kesehatan di rumah sakit harus lebih dari 50%.⁷ Kepatuhan petugas dalam kebersihan tangan pada triwulan 3 dan 4 tahun 2015 dalam melakukan kebersihan tangan rata-rata pada momen 1 atau sebelum kontak dengan pasien, momen ke-2 atau sebelum melakukan tindakan aseptik, dan momen ke-5 atau setelah kontak dengan lingkungan area pasien masih di bawah standar rumah sakit dan WHO. Namun, untuk tahun 2016 kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* pada momen ke-2 sudah meningkat di atas standar rumah sakit. Sementara itu, rata-rata pada momen 3 atau setelah kontak dengan cairan tubuh pasien dan momen 4 atau setelah kontak dengan pasien kepatuhan melakukan *hand hygiene* oleh perawat tergolong sedang di atas standar rumah sakit berkisar pada angka 51% - 89%.

Kemudian untuk cakupan hasil audit pada triwulan 3 dan 4 tahun 2015 tentang kepatuhan dalam melakukan *hand hygiene* oleh profesi dokter bahwa rata-rata rendah masih di bawah standar rumah sakit yaitu <50%.

2. Tingkat Kepatuhan dalam Pengelolaan Limbah

Berdasarkan dokumen hasil evaluasi tentang kepatuhan petugas dalam pengelolaan limbah diketahui bahwa kepatuhan terhadap pembuangan limbah belum dilaksanakan sesuai dengan SPO atau masih dibawah standar mutu RS yaitu <100%. Angka kepatuhan petugas dalam pengelolaan / pembuangan sampah infeksius masih rendah dibawah indikator mutur RS berkisar pada 29%-56%. Demikian juga pada angka kepatuhan petugas dalam pengelolaan / pembuangan sampah non infeksius pada tahun 2015 triwulan 3 sebesar 33% dan triwulan 4 sebesar 38%.

Tingkat kepatuhan pembuangan sampah benda tajam rata-rata petugas sudah banyak yang patuh walaupun belum bisa mencapai angka kepatuhan 100%. Sedangkan pengelolaan limbah darah dan komponen darah baru yang dilakukan audit atau monitoring evaluasi pada tahun 2016 triwulan ke-2 dan hasilnya sebesar 80% masih di bawah standar.

3. Tingkat Ketepatan Penggunaan APD

Audit ketepatan petugas dalam penggunaan APD baru dilakukan pada bulan Juni tahun 2016 dan hanya pada ruang IKB, IGD, dan rawat inap. Dari hasil rekapitulasi hasil audit ketepatan penggunaan APD pada bulan Juni tahun 2016 diketahui bahwa petugas di ruang IKB (Instalasi Kamar Bersalin) dan rawat inap tingkat ketepatan dalam penggunaan APD pada diatas standar rumah sakit yakni

masing-masing sebesar 56,4% dan 54,54%. Sedangkan untuk di ruang IGD tingkat ketepatan petugas dalam penggunaan APD rendah yaitu sebesar 31,25% masih di bawah standar RS.

B. Fungsi-fungsi Manajemen terhadap Standard Precautions

1. Perencanaan

Penetapan tujuan dari penerapan *standard precautions* atau kewaspadaan standar di RSUD RAA Soewondo Pati dilakukan dengan cara rapat koordinasi komite PPI dan berdasarkan peraturan baik dari depkes maupun rumah sakit. Kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi termasuk didalamnya *Standard Precautions* atau Kewaspadaan Standar berlandaskan pada Kepmenkes No. 382 / Menkes / SK / III / 2007 tentang pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya serta Kepmenkes No. 270 / Menkes / SK / III / 2007 tentang pedoman manajerial pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya.

Dalam rangka mengukur tingkat keberhasilan penerapan kegiatan *Standard Precautions*, Komite PPI RSUD RAA Soewondo Pati sudah menetapkan indikator keberhasilan pada beberapa komponen *standard precautions* diantaranya yaitu indikator mutu tingkat kepatuhan kebersihan tangan (*hand hygiene*) sebesar 50%, indikator mutu tingkat kepatuhan penggunaan APD sebesar 50%, dan indikator mutu tingkat kepatuhan pengelolaan limbah sebesar 100%. Sedangkan untuk komponen utama *Standard Precautions* yang lain seperti praktik suntik aman belum terdapat indikator keberhasilan yang

resmi ditetapkan karena belum diadakan audit tentang hal tersebut sehingga indikator belum dapat ditentukan.

Menurut hasil wawancara dengan informan didapatkan bahwa agar penerapan *standard precautions* dapat berjalan dengan baik sesuai hingga dapat mencapai indikator mutu strateginya diantaranya yaitu pertama melakukan pendekatan ke manajer untuk membuat suatu kebijakan, kedua membuat program, ketiga mengusulkan dana serta mencukupi fasilitas, selanjutnya edukasi sosialisasi kepada SDM tentang penerapan kewaspadaan standar, setelah proses pelaksanaan yaitu menganalisa hasil audit, mengevaluasi dan membuat rencana tindak lanjut.

Menurut informan kelemahan dari kegiatan *standard precautions* yaitu ketika perilaku SDM yang masih tidak patuh dalam penerapan kegiatan *standard precautions*. Selain itu, kurangnya fasilitas juga menjadi hambatan dalam penerapan kegiatan *standard precautions*.

Dari hasil wawancara mendalam bahwa perencanaan terhadap penerapan kegiatan *standard precautions* dilakukan pada akhir tahun dan berdasarkan hasil evaluasi kegiatan tahun sebelumnya. Selain itu, tiap tiga bulan IPCN juga membuat rencana tindak lanjut berdasarkan hasil audit beberapa komponen penerapan *standard precautions*. Dari hal tersebut di akhir tahun IPCN membuat ICRA (*Infections Control Risk Assesment*). ICRA merupakan bagian proses perencanaan pencegahan dan kontrol infeksi, sarana untuk mengembangkan, pola bersama menyusun perencanaan, menjaga fokus surveilans dan aktivitas program

lainnya, serta melaksanakan program pertemuan reguler dan upaya pendanaan.^{8,9}

Pihak yang terlibat dalam perencanaan adalah semua anggota komite PPI meliputi ketua komite PPI, sekretaris komite, IPCN, dan anggota komite PPI. Perencanaan yang sudah dibahas dalam rapat komite PPI baru kemudian disampaikan ke dalam perencanaan dengan pejabat struktural rumah sakit seperti wadir pelayanan, wadir umum karena menyangkut anggaran, kbid perencanaan dan sim juga termasuk kasie sim dan rs.

Mengenai perencanaan kebutuhan dana, fasilitas terkait penerapan *standard precautions* komite PPI membuat usulan anggaran untuk diajukan ke rumah sakit melalui PPTK (penanggung jawab anggaran). Usulan tersebut merupakan hasil dari evaluasi dari monitoring fasilitas. Dari hasil tersebut kebutuhan untuk satu tahun direkap, disusun, dan diprioritaskan. Selanjutnya usulan tersebut masuk ke dalam RBA (Rencana Bisnis Anggaran). Anggaran yang masuk dalam RBA termasuk anggaran untuk edukasi, sosialisasi, *In House Training*, pemenuhan fasilitas-fasilitas ruangan seperti APD, fasilitas *hand hygiene* rutin dan sebagainya.

Rencana-rencana yang telah disusun terkait dengan penerapan *standard precautions* meliputi manajerial program PPI; rapat koordinasi khusus dengan komite PPI maupun dengan pihak lain; pembuatan, revisi, dan sosialisasi SPO; evaluasi dan penyusunan revisi SPO, revisi, sosialisasi tentang SPO; edukasi dan pelatihan staf tentang kewaspadaan standar baik melalui pertemuan-pertemuan maupun *in house training*; membuat ICRA (*Infection Control Risk*

Assesment); serta monitoring dan evaluasi penerapan *standard precautions* yang meliputi monitoring evaluasi kebersihan tangan, monitoring evaluasi pemakaian APD, dan monitoring evaluasi ketepatan pembuangan sampah infeksius non infeksius benda tajam.

Hambatan perencanaan yaitu dana yang disediakan oleh rumah sakit untuk dirasa kurang karena memang *cost* untuk kegiatan PPI yang tinggi dan programnya yang banyak. Selain itu, salah satu informan juga menyebutkan bahwa koordinasi juga menjadi hambatan dalam penerapan *standard precautions*.

2. Pengorganisasian

Mengenai hal pembagian tugas, tanggung jawab, dan wewenang didapatkan hasil bahwa pembagian tugas, tanggung jawab, dan wewenang terkait dengan kegiatan *Standard Precautions* sudah tercantum pada pedoman pengorganisasian baik dari Departamen Kesehatan maupun dari rumah sakit. RSUD RAA Soewondo telah mengeluarkan Peraturan Direktur Nomor: KPPI / 02 / 18 / Tahun 2015 tentang Pedoman Pengorganisasian Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUD RAA Soewondo Pati.

Mengenai pembagian tugas audit, IPCN sudah mendapatkan pembagian area-area yang ada di rumah sakit. Dalam melaksanakan tugasnya IPCN dibantu oleh IPCLN di tiap-tiap ruangan atau instalasi-instalasi. Pada pembagian tugas di komite PPI salah satu informan mengungkapkan bahwa *pe 5* giannya masih lemah. Artinya bahwa sudah ada pembagian tugas per jabatan pada Komite PPI yaitu sudah ada uraian tugas untuk Ketua, Sekretaris, Anggota, IPCO dan IPCN

namun belum ada pembagian tugas per individu untuk semua anggota Komite PPI. Hal tersebut menjadikan anggota Komite PPI belum bisa melaksanakan tanggung jawabnya secara optimal.

Mengenai tanggung jawab tim PPI dan unit-unit terkait apabila mendapat masalah dalam penerapan *standard precautions* yaitu dengan melakukan koordinasi dengan unit ataupun ruangan yang terkait dengan permasalahan tersebut. Koordinasi telah rutin dilakukan dengan rapat koordinasi satu bulan sekali untuk komite PPI. Selain itu koordinasi sewaktu-waktu apabila terdapat permasalahan di unit lain maupun di ruangan. Namun dalam hal koordinasi dengan unit lain masih terdapat adanya kendala yaitu tidak bisa melakukan rapat koordinasi dengan unit lain sehingga jalan keluarnya dengan membuat nota dinas atau komunikasi secara non formal.

3. Pelaksanaan

Kegiatan *Standard Precautions* dalam pencegahan dan pengendalian Infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan atau *HAIs* sudah disosialisasikan dan diterapkan di RSUD RAA Soewondo Pati. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan menyatakan bahwa semua petugas rumah sakit harus dapat menerapkan kegiatan *standard precautions*.

Mengenai program atau kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan penerapan *standard precautions* meliputi edukasi / sosialisasi, *in house training* ke semua karyawan, monitoring evaluasi melalui audit, mencukupi fasilitas, pembuatan SPO, dan pada tahun lalu juga terdapat lomba *hand hygiene dance* serta lomba kebersihan ruangan. Pelatihan atau

In house training (IHT) mengenai PPI termasuk didalamnya *Standard Precautions* pada tahun 2016 ini seluruh karyawan RSUD RAA Soewondo Pati telah mengikuti IHT tentang PPI.

Pelaksanaan *Hand Hygiene* di RSUD RAA Soewondo Pati berdasarkan hasil wawancara mendalam informan mengatakan bahwa kepatuhannya masih belum maksimal. Pada beberapa momen kepatuhan dalam melakukan *Hand Hygiene* masih di bawah standar mutu RS $\leq 50\%$.

Pelaksanaan *standard precautions* pada poin penggunaan APD informan mengatakan bahwa pelaksanaannya juga belum maksimal. Hal tersebut dikarenakan terdapat beberapa sarana APD yang belum tercukupi. Contohnya yaitu sepatu boots yang belum semuanya terpenuhi untuk di instalasi linen dan *googles* atau kacamata juga hanya tersedia di ruang IBS (Instalasi Bedah Sentral), Ponex, dan ruang IKB.

Pelaksanaan *Standard Precautions* pada poin penanganan dari peralatan atau permukaan di lingkungan pasien yang potensial terkontaminasi (Kebersihan Lingkungan) termasuk didalamnya yaitu pengelolaan limbah. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan me 6 akan bahwa kepatuhan petugas dalam pengelolaan limbah masih di bawah standar yaitu $<100\%$. Artinya, kepatuhan petugas dalam pembuangan limbah sampah infeksius, non infeksius, benda tajam, serta limbah darah dan komponen darah masih belum sesuai dengan SPO yang ada. Pada kebersihan lingkungan juga terkait dengan *cleaning service* rumah sakit jumlahnya dirasa masih kurang

artinya tidak signifikan dengan luas gedung yang ada.

Berdasarkan pernyataan informan utama tentang *standard precautions* pada poin praktik menyuntik aman bahwa pelaksanaannya masih perlu adanya peningkatan dan audit juga belum dilakukan. Pada praktik suntik aman direkomendasikan untuk tidak melakukan *recapping*. Namun pada pelaksanaannya masih ada petugas yang melakukan hal tersebut. Berdasarkan pedoman dari CDC dan Depkes direkomendasi untuk tidak melakukan *recapping* atau tidak dianjurkan menutup kembali jarum suntik yang telah digunakan.^{10,11}

Penerapan *standard precautions* pada poin *respiratory hygiene* atau etika batuk menurut informan bahwa sudah mulai diterapkan oleh petugas rumah sakit. Hal ini dikarenakan etika batuk sudah disosialisasikan ke semua petugas RSUD RAA Soewondo Pati sehingga dianggap mereka sudah paham. Selain itu juga di beberapa ruangan terdapat *X-banner* yang menginformasikan tentang etika batuk.

Pada penerapan *standard precautions* terdapat hambatan atau kendala yang membuat pelaksanaannya belum maksimal diantaranya yaitu perilaku SDM yang kurang patuh dan sarana prasarana yang kurang.

4. Pengawasan

Metode yang dilakukan dalam pengawasan terhadap kegiatan *standard precautions* dari hasil wawancara mendalam dengan informan yaitu metode observasi dan audit. Pihak yang bertanggung jawab dalam pengawasan yaitu IPCN dan dibantu IPCLN di masing-masing ruangan.

Pengawasan terhadap penerapan kegiatan *standard precautions* untuk jadwal tetap hanya dilakukan pada saat audit yaitu tiga bulan sekali dalam setahun yaitu pada bulan maret, juni, september, dan november sesuai dengan jadwal program kerja monitoring evaluasi. Namun, audit yang baru rutin dilakukan yaitu kepatuhan kebersihan tangan dan pembuangan sampah infeksius, non infeksius, dan benda tajam. Sementara itu untuk monitoring evaluasi tentang kepatuhan pemakaian APD baru terlaksana pada triwulan ke- 2 pada tahun 2016.

Disamping jadwal audit informan menyatakan bahwa pengawasan juga dilakukan sewaktu-waktu tiap saat jika terdapat permasalahan di ruangan. Hal tersebut dirasa kurang untuk frekuensi pengawasan karena pengawasan dari atasan dan/atau dari teman sejawat turut mempengaruhi kepatuhan terhadap kewaspadaan standar atau *Standard Precautions*.¹²

Berdasarkan hasil wawancara m ; lam didapat bahwa kendala ya 7 dihadapi dalam melakukan pengawasan terhadap kegiatan *standard precautions* yaitu waktu. Selain itu juga kendalanya yaitu pada saat tidak ada kegiatan sehingga tidak ada yang diawasi.

5. Evaluasi

Mengenai evaluasi terhadap penerapan kegiatan *standard precautions* dilakukan oleh IPCN. Dasar evaluasi kegiatan *standard precautions* berasal dari hasil audit. Sementara itu untuk audit yang sudah rutin dilakukan yaitu kepatuhan *hand hygiene* dan kepatuhan pengelolaan limbah. Sedangkan untuk kepatuhan

penggunaan APD baru dilakukan audit pada bulan Juni kemarin. IPCN mengevaluasi hasil audit sesuai dengan area atau rayonnya masing-masing. Kemudian untuk laporan hasil evaluasi disampaikan ke Ketua Komite PPI, baru kemudian dari Ketua Komite PPI disampaikan ke direktur.

Evaluasi dilakukan oleh Tim PPIRS dengan frekuensi minimal setiap bulan dan oleh Komite PPI minimal setiap 3 bulan.¹³ Jadwal evaluasi terkait penerapan kegiatan *standard precautions* dari hasil keterangan informan menyebutkan bahwa evaluasi dilakukan tiap tiga bulan dalam setahun sama sesuai dengan jadwal audit. Selain itu evaluasi juga pernah dilakukan sewaktu-waktu atau insidental pada saat melihat pelaksanaan yang tidak sesuai langsung dilakukan evaluasi dengan pemberian motivasi dan melapor ke atasan langsung.

Jenis evaluasi yang dilakukan terhadap penerapan kegiatan *standard precautions* diantaranya yaitu evaluasi terhadap input, proses, dan output. Kegiatan yang dilakukan pada saat evaluasi diantaranya yaitu melakukan penilaian terhadap hasil audit/monitoring, membuat laporan, dan memberikan *feedback* atau pencarian solusi. Proses evaluasi terkait penerapan *standard precautions* informan menyebutkan bahwa prosesnya dimulai dari membuat kesimpulan dan menganalisa dari hasil audit, lalu mencari solusi terhadap permasalahan yang terjadi serta membuat rencana tindak lanjut, dan kemudian baru dilaporkan ke pimpinan.

Hasil penelitian tentang pencapaian perencanaan pada evaluasi terhadap penerapan kegiatan *standard precautions*

bahwa perencanaan belum bisa tercapai keseluruhan karena masih terdapat kendala atau hambatan yang terjadi.

Penerapan sistem reward atau punishment dapat membawa pengaruh positif antara lain adanya tolok ukur kinerja yang jelas, kinerja individu semakin meningkat.¹⁴ Dari hasil penelitian didapatkan bahwa dalam melakukan evaluasi terhadap penerapan kegiatan *standard precautions* belum ada sistem *reward* dan *punishment*.

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Penerapan *standard precautions* dalam pencegahan dan pengendalian *HAIs* sudah disosialisasikan dan diterapkan di RSUD RAA Soewondo Pati. Beberapa tingkat kepatuhan masih dibawah standar.
2. Pada perencanaan bahwa masih ada komponen *standard precautions* yang belum ditentukan indikator keberhasilannya.
3. Pada pengorganisasian belum ada pembagian tugas per individu secara rinci untuk semua anggota Komite PPI. Dalam koordinasi antara tim PPI dengan unit atau instalasi lain masih terdapat kendala.
4. Pada pelaksanaan terdapat atau kendala yaitu perilaku SDM yang kurang patuh dan sarana prasarana yang kurang.
5. Pada pengawasan bahwa untuk jadwal tetap pengawasan hanya dilakukan pada saat audit yaitu tiap triwulan dalam setahun dan masih ada beberapa komponen *standard*

precautions belum dilakukan audit.

6. Evaluasi hanya dilakukan tiap tiga bulan sekali berdasarkan hasil audit dan yang baru dilakukan audit yaitu kepatuhan *hand hygiene*, pengelolaan limbah, dan penggunaan APD.

pencegahan dan pengendalian infeksi.

B. Saran

1. Bagi RSUD RAA Soewondo Pati

- a. Membuat aturan yang lebih detail sesuai dengan situasi rumah sakit.
- b. Menentukan pembagian tugas per individu secara rinci untuk semua anggota Komite PPI.
- c. Meningkatkan pengawasan atau audit serta evaluasi secara intensif, rutin, dan berkelanjutan.
- d. Mengadakan sistem pemberian *reward* kepada Tim PPI, Komite PPI, dan juga petugas untuk meningkatkan motivasi.
- e. Mencukupi fasilitas yang kurang terkait program pencegahan dan pengendalian infeksi.

2. Bagi Peneliti

- a. Bagi peneliti lain disarankan untuk melakukan penelitian kuantitatif untuk mengukur secara pasti tingkat kepatuhan petugas dalam penerapan *standard precautions*.
- b. Bagi peneliti lain yang ingin meneliti terkait program pencegahan dan pengendalian infeksi pada aspek manajemen perlu dilakukan wawancara dengan Direktur dan Komite PPI untuk menggali lebih dalam bagaimana visi, misi, dan nilai serta komitmen rumah sakit terkait program

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan fasilitas lainnya. Jakarta. 2011.
2. World Health Organization. Word Alliance for Patient Safety. *Global patient safety challenge 2005-2006: Clean Care is safer care*. World Health Organization, Geneva. 2005.
3. Darmadi. Infeksi Nosokomial: Problematika dan Pengendaliannya. Jakarta: Salemba Medika, 2008.
4. CDC. Fundamental Principles of Infection Prevention. 2011, (Online), (<http://www.cdc.gov/HAI/settings/outpatient/basic-infection-controlprevention-plan-2011/fundamental-of-infection-prevention.html>), diakses 25 Mei 2016)
5. Komite PPI RSUD RAA Soewondo Pati. Laporan Pelaksanaan Kegiatan PPI Tahun 2015 RSUD RAA Soewondo Pati. Pati. 2016.
6. Kepmenkes No 129 Tahun 2008. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Jakarta : Kementrian Kesehatan.
7. WHO 2010. *Using WHO Hand Hygiene Improvement Tools to Support The Implementation of National Sub-national Hand Hygiene Campaigns Patient Safety Save Lives Clean Your Hand*.
8. Anderson K, Richmond AM, Russel BS, RN Kit Reed. Infection Control Risk Assessment. Annual Educational Conference & International Meeting. APIS Baltimore, 2011.
9. Lardo Soroy, Prasetyo Bebet, & Purwaamidjaja Dis Bima.
10. CDC. *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Setting*, 2007, (Online), (<http://cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/isolation2007.pdf>), diakses 25 Mei 2016)
11. Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan. Pedoman Pelaksanaan Kewaspadaan Universal di Pelayanan Kesehatan. Departemen Kesehatan RI, Jakarta. 2010.
12. Saroha, Pinem. Penerapan Kewaspadaan Universal oleh Bidan dan Faktor-Faktor yang Berhubungan di Puskesmas Kecamatan Wilayah Timur Tahun 2003. Skripsi. Universitas Indonesia, Depok. 2011.
13. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan fasilitas lainnya. Jakarta. 2011.
14. Ernawati Elies, Asih Tri R, & Wiyanto Satra. Penerapan Hand Hygiene Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Vol. 28 (No. 1), 89-94, 2014.