



LAPORAN KOMITE PPI TRIMESTER II TAHUN 2021



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
RSUD MOHAMMAD NATSIR

Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks: (0755) 20003

Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

KOTA SOLOK

BAB I

PENDAHULUAN

A.LATAR BELAKANG

Penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan atau Healthcare Associated Infection (HAIs) merupakan salah satu masalah kesehatan diberbagai negara di dunia, termasuk Indonesia. Dalam forum Asean Pasific Economic Committee (APEC)

Atau Global Health Security Agenda (GHSA) penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan telah menjadi agenda yang dibahas. Hal ini menunjukkan bahwa HAIs yang ditimbulkan berdampak secara langsung sebagai beban ekonomi negara.

Secara prinsip, kejadian HAIs sebenarnya dapat dicegah bila fasilitas pelayanan kesehatan secara konsisten melaksanakan program PPI. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan upaya untuk memastikan perlindungan kepada setiap orang terhadap kemungkinan tertular infeksi dari sumber masyarakat umum dan disaat menerima pelayanan kesehatan pada berbagai fasilitas kesehatan.

Dampak HAIs dapat meningkatkan morbiditas, lama rawat, mortalitas yang sangat merugikan pasien, bahkan dapat menjadi tuntutan bagi Rumah sakit. Untuk itu setiap Rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya wajib berupaya untuk melakukan pencegahan dan pengendalian infeksi.

Program Pencegahan dan Pengendalian infeksi Rumah sakit, merupakan salah satu indicator kinerja Rumah sakit, karena infeksi Rumah sakit merupakan masalah global yang sering kali terjadi. Angka infeksi rumah sakit dapat diketahui dengan melakukan surveilans pada pasien pasien yang beresiko terhadap infeksi. Tinggi rendahnya infeksi rumah sakit, menggambarkan baik buruknya mutu pelayanan di rumah sakit tersebut.

Berdasarkan Permenkes nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman dan Pencegahan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang merupakan perubahan dari Kepmenkes nomor 270/Menkes/SK/III/2007 tentang Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya, diuraikan beberapa hal diantaranya adalah penyakit

terkait pelayanan kesehatan atau Healthcare Associated Infection (HAIs) bahwa merupakan salah satu masalah diberbagai negara didunia termasuk di Indonesia.

Hasil survey point prevalensi dari 11 Rumah sakit di DKI Jakarta yang dilakukan oleh Perdalin Jaya dan Rumah sakit penyakit infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso Jakarta pada tahun 2003 didapatkan angka infeksi HAIs untuk ILO (Infeksi Luka Operasi) 18,9% , ISK (Infeksi Saluran Kemih) 15,1%, IADP (Infeksi Aliran Darah Primer) 26,4%, Pneumonia 24,5% dan Infeksi saluran nafas lain 15,1%, serta infeksi lain 32,1%.

RS Muhammad Natsir pada tahun 2017 didapatkan angka infeksi HAIs untuk flebitis 4,6‰, ILO (Infeksi Luka Operasi 0,3%, dan decubitus 0,2%. Tahun 2018 didapatkan angka infeksi HAIs untuk flebitis 2,2‰ dan ILO (Infeksi Luka Operasi) 2%.

Untuk meminimalkan resiko terjadinya infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya perlu diterapkan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI).

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan upaya untuk memastikan perlindungan kepada setiap orang terhadap kemungkinan tertular infeksi dari sumber masyarakat umum dan saat menerima pelayanan kesehatan pada berbagai fasilitas kesehatan.

Secara prinsip, kejadian HAIs sebenarnya dapat dicegah bila fasilitas pelayanan kesehatan secara konsisten melaksanakan program PPI.

B.Tujuan

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui penerapan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, sehingga dapat melindungi tenaga kesehatan dan masyarakat dari penularan penyakit menular.

2. Tujuan khusus

1. Memperoleh data infeksi

2. Menurunkan angka HAIs
3. Mengidentifikasi kejadian luar biasa (*outbreak*).
4. Menilai keberhasilan program PPI
5. Mendorong setiap petugas yang terkait dengan asuhan pasien untuk melakukan tindakan preventif yang direkomendasikan oleh Komite PPI RSUD M.Natsir Solok

BAB II

CARA PELAKSANAAN KEGIATAN

Dalam pelaksanaan kegiatan dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- a. IPCN melakukan kunjungan ke ruang rawat inap sesuai target surveilans setiap hari kerja, dan mengumpulkan data pasien yang menggunakan alat invasif (*Endotracheal Tube*, *Centra Venous Line*, *Intra Venous Line* dan *Urine Catheter*). Kemudian mengisi formulir surveilans harian infeksi rumah sakit.
- b. Apabila ditemukan tanda-tanda infeksi, maka dicari data sekunder sebagai pendukung, antara lain:
 - formulir survei infeksi rumah sakit,
 - data rekam medis,
 - catatan hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium dan radiologi), dan
 - wawancara dengan pasien/keluarga pasien.
- c. Setelah data pendukung lengkap, selanjutnya dilakukan pengkajian oleh Komite PPI.
- d. Hasil pengkajian kemudian disampaikan ke unit terkait dalam bentuk rekomendasi.
- e. Pemantauan terhadap pelaksanaan hasil rekomendasi
- f. Apabila pelaksanaan hasil rekomendasi belum efektif, maka dilakukan pengkajian ulang.
- g. Data surveilans harian infeksi rumah sakit kemudian dipindahkan kedalam formulir surveilans bulanan infeksi rumah sakit.
- h. Data surveilans bulanan infeksi rumah sakit kemudian diinput ke computer untuk dilakukan rekapitulasi dan dibuat laporan per ruangan.

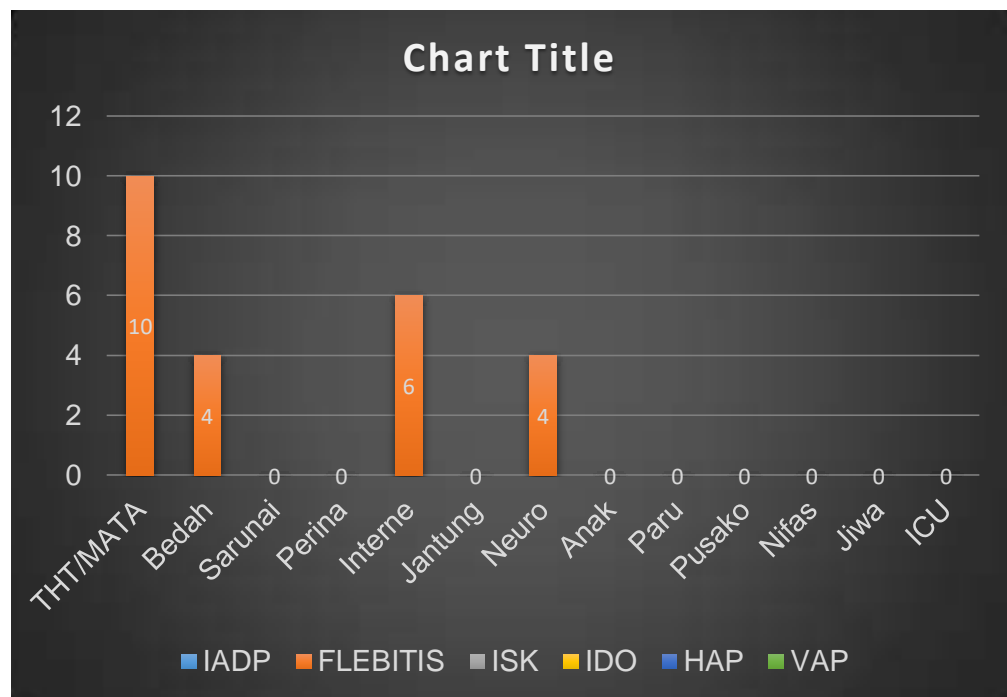
- i. Laporan bulanan per ruangan yang telah dievaluasi kemudian dilakukan umpan balik ke setiap ruangan rawat inap dan dilaporkan ke komite PPI RSUD M.Natsir Solok.

BAB III

HASIL PELAKSANAAN KEGIATAN

- A. Angka surveilans HAIs trimester II (Bulan April - Juni) Tahun 2021

**INSIDEN RATE HAIs PER 1000 HARI PEMAKAIAN ALAT
BULAN APRIL TH 2021 DI RSUD M.NATSIR SOLOK**



Angka kejadian phlebitis pada bulan April tahun 2021 terjadi peningkatan infeksi flebitis diruangan , THT/ mata, bedah dan interne,neurologi yaitu diatas 1%.

Kemungkinan penyebab flebitis ini antara lain pasien yang dirawat rata-rata dengan immunitas rendah yaitu pada pasien dengan usia lanjut dan juga bisa disebabkan karena factor penyakit dan obat obatan yang diberikan melalui intravena.

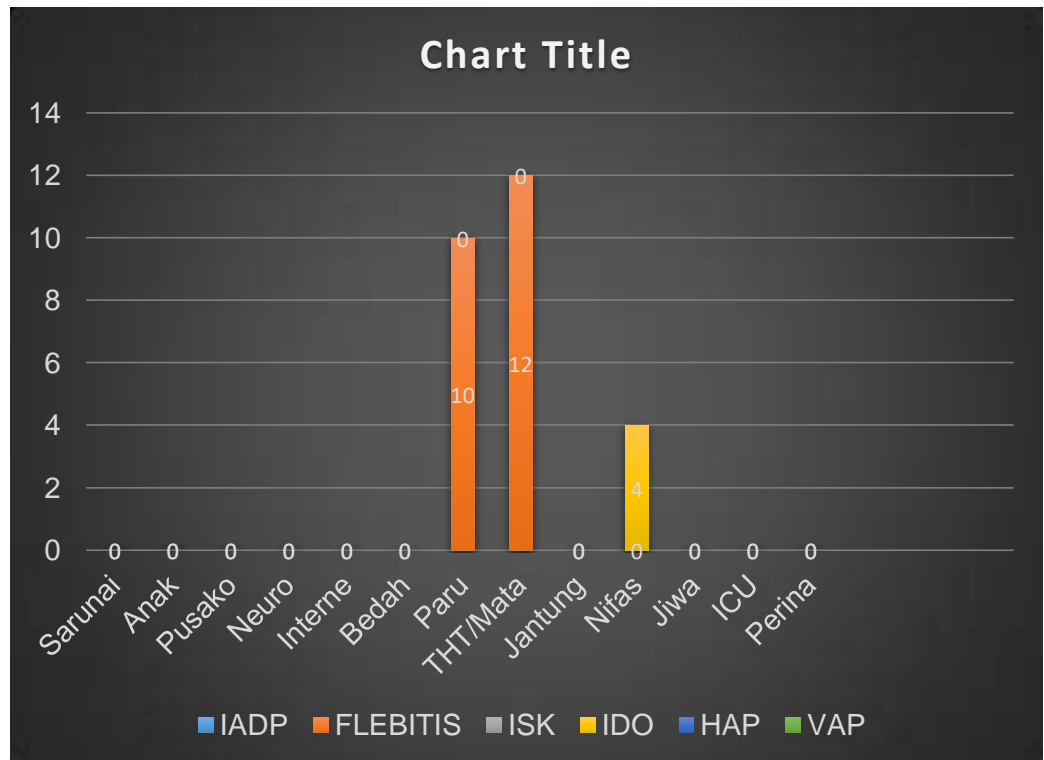
Adapun factor kemungkinan penyebab phlebitis yang lain adalah kepatuhan kebersihan cuci tangan yang masih kurang yaitu < 80% , belum patuhnya penerapan melalukan antiseptic pada saat pemasangan infus dan pemberian obat dan kebersihan lingkungan yang belum optimal

Rekomendasi:

Reedukasi kebersihan tangan, reedukasi penyuntikan yang aman, dan lakukan pengawasan secara intensif terhadap kebersihan lingkungan dan reedukasi pemasangan infus sesuai SOP.

Tingkatkan pengawasan terhadap pasien yang terpasang infus

**INSIDEN RATE HAIs PER 1000 HARI PEMAKAIAN ALAT
BULAN MEI TH 2021 DI RSUD M.NATSIR SOLOK**



kejadian phlebitis pada bulan Mei 2021 terjadi peningkatan infeksi flebitis diruangan THT/mata, paru, yaitu lebih dari 1‰ , dan angka ILO 4% diruangan

nifas . Kemungkinan penyebab flebitis di disebabkan karena factor penyakit dan obat obatan yang diberikan melalui intravena.

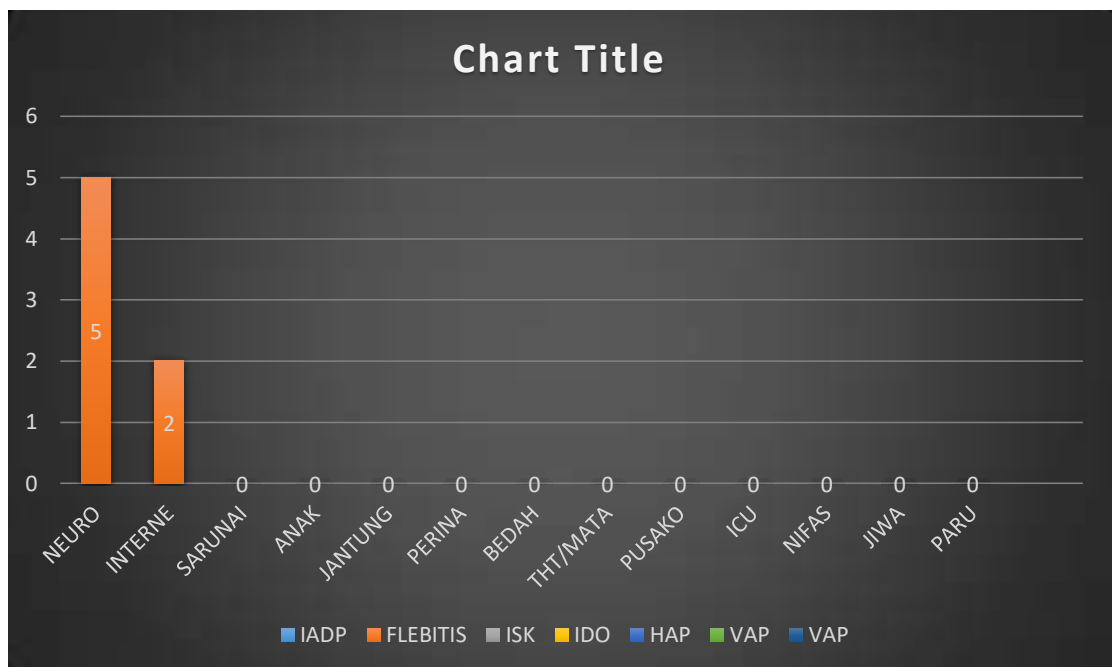
Adapun factor kemungkinan penyebab phlebitis yang lain adalah kepatuhan kebersihan cuci tangan yang masih kurang yaitu < 80% , belum patuhnya penerapan melakukan antiseptic pada saat pemasangan infus dan pemberian obat dan kebersihan lingkungan yang belum optimal.

Rekomendasi:

Reedukasi kebersihan tangan, reedukasi penyuntikan yang aman, dan lakukan pengawasan secara intensif terhadap kebersihan lingkungan dan reedukasi pemasangan infus sesuai SOP.

Tingkatkan pengawasan terhadap pasien yang terpasang infus

***INSIDEN RATE HAI's PER 1000 HARI PEMAKAIAN ALAT
BULAN JUNI TH 2021 DI RSUD M.NATSIR SOLOK***



Angka kejadian phlebitis pada bulan Juni tahun 2021 terjadi peningkatan di ruangan neurologi dan interne yaitu diatas 1 ‰.

Adapun factor kemungkinan penyebab phlebitis adalah kepatuhan kebersihan cuci tangan yang masih kurang yaitu < 80% , belum patuhnya penerapan melakukan antiseptic pada saat pemasangan infus dan pemberian obat dan kebersihan lingkungan yang belum optimal.

Rekomendasi:

Reedukasi kebersihan tangan, reedukasi penyuntikan yang aman, dan lakukan pengawasan secara intensif terhadap kebersihan lingkungan dan reedukasi pemasangan infus sesuai SOP.

Tingkatkan pengawasan terhadap pasien yang terpasang infus

B. PENGGUNAAN ANTIMIKROBA RASIONAL

Pelaksanaan Penggunaan Antimikroba Rasional belum bisa dilakukan karena masih terkendala dengan alat kultur kuman yang masih belum lengkap , sedangkan masalah SDM sudah ada dan Komite PPRA sudah dibentuk.

C. PEMANTAUAN KEWASPADAAN STANDAR

1. Pemantauan terhadap kebersihan tangan

Pemantauan terhadap kebersihan tangan dilakukan terus menerus, disamping upaya penambahan sarana / prasarana antara lain : penambahan pemasangan breaket, pemasangan poster, penambahan pemasangan wastafel.

Untuk pemantauan peningkatan kepatuhan dilihat dengan melakukan audit kebersihan tangan setiap hari dan dievaluasi setiap bulan.

2. Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Pemantauan terhadap penggunaan APD, dilakukan setiap hari pada saat melakukan surveilans. Selama pemantauan masih banyak penggunaan APD yang tidak sesuai dengan fungsinya pada saat itu pula diberikan teguran untuk perbaikan.

3. Pemantauan pembuangan limbah

- a. Pemantauan pembuangan limbah dilakukan setiap hari terutama di ruang penghasil limbah terbanyak, seperti ruang rawat Intensif. Yang dipantau adalah pemilahan limbah infeksius dan non infeksius. Untuk meningkatkan kepatuhan, dibuat stiker yang ditempel di tempat sampah yang tersedia dan dilakukan monitoring pemisahan limbah sesuai formulir observasi di ruangan.
- b. Penanganan limbah cair yang tercecer dilakukan oleh petugas *cleaning service* yang sebelumnya diberi pelatihan oleh Komite PPI, dan disediakan *spill kit*.
- c. Pemantauan limbah benda tajam dilakukan terus menerus, termasuk bagaimana cara menutup kotak dari tempat limbah benda tajam tersebut. Pemantauan dilakukan dengan menggunakan ceklist observasi ruangan.

4. Penanganan lingkungan

Dilakukan setiap hari, baik di dalam lingkungan ruang perawatan maupun di luar ruang perawatan.

Temuan audit ini, antara lain :

- a. belum tersedia gudang untuk penempatan alat yang tidak terpakai lagi,
- b. tidak tersedia tempat penyimpanan alat kebersihan (janitor) di setiap ruangan atau area
- c. belum adanya alat control temperatur dan kelembaban di setiap unit terutama unit pelayanan medik.
- d. Masih ditemukan tercampurnya sampah infeksi dan non infeksi

5. Dekontaminasi peralatan.

Pemantauan terhadap pencucian alat-alat medis bekas pakai dilakukan setiap hari, dengan menggunakan ceklist monitoring pemrosesan alat.

6. Etika Batuk

Untuk meningkatkan pengetahuan tentang etika batuk, dilakukan sosialisasi dan dibuat poster tentang etika batuk.

7. Penanganan linen

Penanganan linen di ruangan dilakukan dengan menggunakan ceklist monitoring, yang dilakukan setiap bulan.

Temuan audit pada penanganan linen yaitu :

- a. *trolley* sudah terpisah antara linen bersih dan linen kotor
- b. alur penerimaan linen bersih sudah sesuai standar
- c. penyimpanan linen bersih di laundry sudah tertata rapi
- d. belum ada alat kontrol temperatur dan kelembaban
- e. Mesin cuci sudah terpisah antara linen infeksius dengan non infeksius
- f. Linen di ruangan rawat inap masih ditemukan bercampur antara linen infeksi dan non infeksius dan ditemukan linen bekas pakai menggunung/ melimpah diatas ember.
- g. Kadang-kadang di laundry masih ditemukan alat-alat medis bekas pakai dalam linen, seperti: pinset, gunting, klem, spuit dan pecahan ampul.

8. Penempatan pasien yang infeksius

Sudah tersedia ruangan pasien infeksius yang menular melalui airborne dan ruangan pasien immunokompromise namun kadang-kadang masih ditemukan pasien yang mempunyai penyakit menular bercampur dengan pasien yang tidak menular, seperti pasien TB paru dll.

9. Pencegahan Infeksi Berdasarkan *Bundles*

Kegiatan pencegahan infeksi berdasarkan *bundles* belum sepenuhnya dilaksanakan, karena belum semua petugas memahami tentang *bundles*.

Namun IPCN selalu mensosialisasikan Bundles HAIs kepada perawat secara langsung yaitu tentang bundles Flebitis, IADP, VAP, dan ILO.

Kepatuhan petugas terhadap teknik aseptik belum optimal.

D. PENDIDIKAN DAN PELATIHAN PPI

1. Pelatihan dasar maupun pelatihan umum PPI untuk karyawan lama terealisasi sesuai jadwal / program yang direncanakan. Namun yang telah dilatih sudah mencapai 75%
2. Sosialisasi PPI untuk karyawan baru, PPDS dan Co-As, serta peserta didik lainnya, dapat terealisasi.
3. Penyuluhan terhadap keluarga pasien dan pengunjung di Klinik Rawat Jalan yang dilaksanakan oleh IPCN dan IPCLN dan semua petugas yang ada di ruangan.
4. Mengikuti seminar di dalam negeri yaitu seminar sehari dan workshop yang diadakan oleh Perdalim, temu ilmiah.
5. Sosialisasi Program PPI bagi perawat Ketua Tim s/d Kepala Sub Instalasi bekerja sama dengan Bidang Keperawatan.

E. KESEHATAN KARYAWAN

1. Pelaksanaan vaksinasi untuk petugas sudah terlaksana, yang sudah diprogramkan pada tahun 2018 dan tahun 2021.
2. Investigasi luka tusuk jarum/ benda tajam pada petugas sudah terlaksana.

Petugas yang terkena tusuk jarum/ benda tajam bekas pakai selama periode April - Juni tahun 2021 tidak ada.

Tabel . Data Petugas tertusuk jarum/ benda tajam bekas pakai bulan

April-Juni tahun 2021

PROFESI PETUGAS	TAHUN 2021		
	April	Mei	Juni
Dokter			
Perawat			
Petugas kebersihan			
Pekarya			
Lain lain (petugas labor)			
TOTAL			

3. Pemeriksaan kesehatan seluruh karyawan dilakukan rutin setiap tahun dan sudah dilaksanakan pada tahun 2017,2018 dan 2021 yang diutamakan pada petugas yang kontak dengan pasien.

F. AUDIT KEWASPADAAN STANDAR

1. Audit Kepatuhan Kebersihan Tangan

Audit kebersihan tangan dilakukan setiap hari dan dievaluasi setiap bulan dengan menggunakan format audit berdasarkan *five moment*. Hasil audit Kepatuhan dokter dan perawat terlihat seperti table dibawah ini:

Tabel I. Hasil Audit Kepatuhan Kebersihan Tangan Petugas RSUD M.Natsir Solok (Perawat Dokter dan mahasiswa) triwulan II Tahun 2021

<i>Five moment</i>	April			Mei			Juni		
	Dr	Prwt	Mhsw	Dr	Prwt	Mhsw	Dr	Prwt	Mhsw
<i>Before touching a patient</i>	50%	55%	30%	50%	60%	35%	50%	60%	35%
<i>Before clean/aseptic procedure</i>	50%	60%	35%	50%	65%	35%	55%	65%	40%
<i>After body fluid exposure risk</i>	65%	75%	40%	65%	75%	40%	65%	75%	45%
<i>After touching a patient</i>	60%	70%	35%	60%	75%	40%	65%	75%	40%
<i>After touching patient surroundings</i>	45%	65%	35%	45%	65%	35%	50%	70%	40%

2. Audit Penggunaan APD

Dilakukan pemantauan dengan menggunakan ceklist observasi diruangan Dalam penggunaan APD masih ditemukan belum sesuai dengan area yang digunakan dan tidak sesuai dengan indikasi dan masih ditemukan masker bergantungan dileher, handscoen setelah dipakai tidak langsung dibuang dan yang seharusnya pakai APD dalam melakukan tindakan tapi tidak dipakai oleh petugas. Tingkat kepatuhan dalam pemakaian APD 70%.

3. Audit pengendalian lingkungan

Dalam pengendalian lingkungan dalam hal pembuangan sampah infeksius dan non infeksius masih ditemukan bercampur. Dibeberapa ruangan masih ditemukan regulator oksigen yang tidak dipakai pasien masih berisi air. Dan masih ditemukan binatang di Rumah sakit. Seperti: kucing,tikus,nyamuk, dan kecoa.

Tingkat kepatuhan dalam pengendalian lingkungan mencapai 75%

4. Audit pengelolaan linen

Dalam pengelolaan linen sudah dipisahkan antara linen infeksius dan non infeksius walaupun masih ditemukan di beberapa ruangan masih tercampur antara linen infeksius dan non infeksius dan kadang-kadang masih ditemukan linen bekas pakai menumpuk diatas ember. Dan di laundry,masih ditemukan pampers,masker,hanscoen,alat alat dari kamar operasi, seperti pinset,gunting, klem dalam tumpukan linen dari ruangan rawat inap. Tingkat kepatuhan dalam pengelolaan linen 60%.

5. Audit pengelolaan makanan di instalasi gizi

Instalasi gizi dalam hal cara penyimpanan makanan sudah sesuai dengan standar PPI, seperti: tinggi rak dari permukaan lantai min 30 cm, barang yang disimpan mudah diambil dan mudah penyimpanan dan bebas dari serangga. Pencucian peralatan makanan dan minuman sudah menggunakan air hangat dan sudah menggunakan automatic washer. Tempat ruangan pengolahan, kadang-kadang lantai masih ditemukan basah dan petugas belum semuanya mematuhi dalam pemakaian tutup kepala, masker dan celemek. Dalam hal pengangkutan makanan sudah

dalam keadaan tertutup dan dalam penyimpanan dingin sudah ada format pemantauan suhu. Tingkat kepatuhan dalam pengelolaan makanan di instalasi gizi sudah mencapai 80%

6. Audit sterilisasi di instalasi CSSD

Instalasi CSSD sudah digunakan untuk sterilisasi alat-alat diseluruh ruangan.

Alur instalasi CSSD sudah berbeda antara alur alat-alat kotor dengan alur alat-alat yang sudah steril. Petugas dalam melakukan pencucian alat sudah memakai APD lengkap, walaupun kadang-kadang masih ditemukan tidak memakai APD lengkap. Tingkat kepatuhan dalam melaksanakan sterilisasi di CSSD saat ini mencapai 75%

7. Audit ruangan laundry.

Unit laundry dalam hal alur masuk linen kotor dan alur keluar linen bersih sudah dibedakan. Petugas laundry dalam hal pencucian masih ada yang belum patuh dalam pemakaian APD (sepatu boot, skor, handscoen dan masker), trolley linen bersih dan kotor sudah dibedakan. Dan dalam pencucian linen di laundry saat ini bercampur antara linen infeksi dan non infeksi karena mesin cuci rusak. Tempat penyimpanan linen sudah tersimpan rapi dan bersih. Tingkat kepatuhan dalam pengelolaan linen di laundry mencapai 75%

8. Audit kepatuhan penanganan benda tajam/ jarum habis pakai

Dalam pembuangan limbah benda tajam dan jarum kepatuhannya mencapai 75% . Dan jarum habis pakai masih dilakukan recapping oleh petugas, padahal sangat beresiko terjadi tertusuk jarum pada petugas. Diruangan juga masih ditemukan jarum dalam safety box yang terlalu penuh atau melimpah dan yang seharusnya $\frac{3}{4}$ harus diganti dengan safety box yang baru.

G. KEGIATAN MANAJERIAL KOMITE PPI

1. Kegiatan rapat rutin

a. .Kegiatan rapat rutin Ketua Komite PPI dengan Ketua Komite Mutu dan Manajemen Risiko berlangsung setiap 3 bulan.

b. Kegiatan rapat rutin komite PPI (ketua & anggota) beserta IPCLN terlaksana setiap bulan.

2. Kegiatan Pelaporan

Laporan kegiatan Komite PPI dibuat bulanan, triwulan, semester dan tahunan. Laporan triwulan, semester dan tahunan dikirim ke Komite Mutu dan Manajemen Risiko, serta didiseminasikan ke unit-unit pelayanan dalam bentuk screen saver.

3. Pembuatan dan Revisi Kebijakan, Pedoman/ Panduan dan Standar Prosedur Operasional (SPO)

Untuk persiapan akreditasi KARS 2012 dan SNARS edisi 1 perlu dibuat Kebijakan, Pedoman/ Panduan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) baru atau revisi yang sudah ada. Kegiatan ini cukup banyak menyita waktu, Adapun dokumen yang sudah selesai adalah

- a. Kebijakan PPI
- b. Pedoman Manajerial
- c. Pedoman PPI
- d. Standar-standar Prosedur Operasional / Instruksi Kerja

BAB IV

REKOMENDASI

1. Dokumen baru dan revisi dokumen sangat banyak, dan perlu disosialisasikan kepada petugas terkait.
2. Perlu ditingkatkan kepatuhan terhadap kewaspadaan standar, seperti kepatuhan hand hygiene, pemakaian APD, pembuangan limbah, penyuntikan aman, penanganan linen dll.
3. Perlu tersedia cukup dana untuk pelatihan-pelatihan PPI yang perlu diselenggarakan tahun 2018 bersama bagian Diklat.
4. Untuk menghindari infeksi silang pada pasien penyakit menular dengan penyakit tidak menular perlu adanya kohorting atau pembagian ruangan pasien dengan penyakit yang sama.
5. Sarana dan prasarana yang belum tersedia atau belum lengkap perlu dilengkapi.
6. Menerapkan *bundles HAIs* pada pasien-pasien dengan pemasangan infus, kateter, ventilator dan pasien operasi untuk mencegah terjadinya infeksi HAIs.
7. Kebersihan di berbagai unit kerja perlu ditingkatkan
8. Monitoring dan Evaluasi perlu lebih diaktifkan dalam bentuk Audit berkala terhadap berbagai SPO.
9. Kerjasama lintas sektoral harus lebih erat, dalam upaya menjadikan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi sebagai bagian dari pekerjaan harian masing-masing.
10. Tersedianya sarana untuk culture kuman untuk penggunaan antibiotika yang rasional

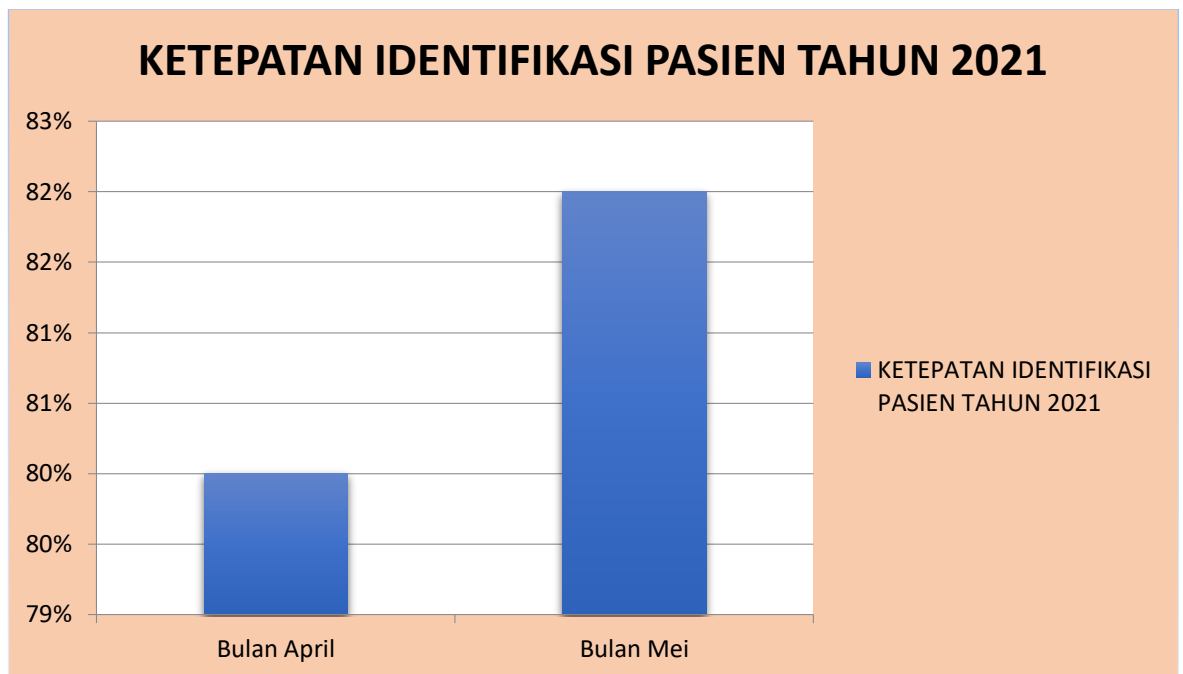
BAB VI

PENUTUP

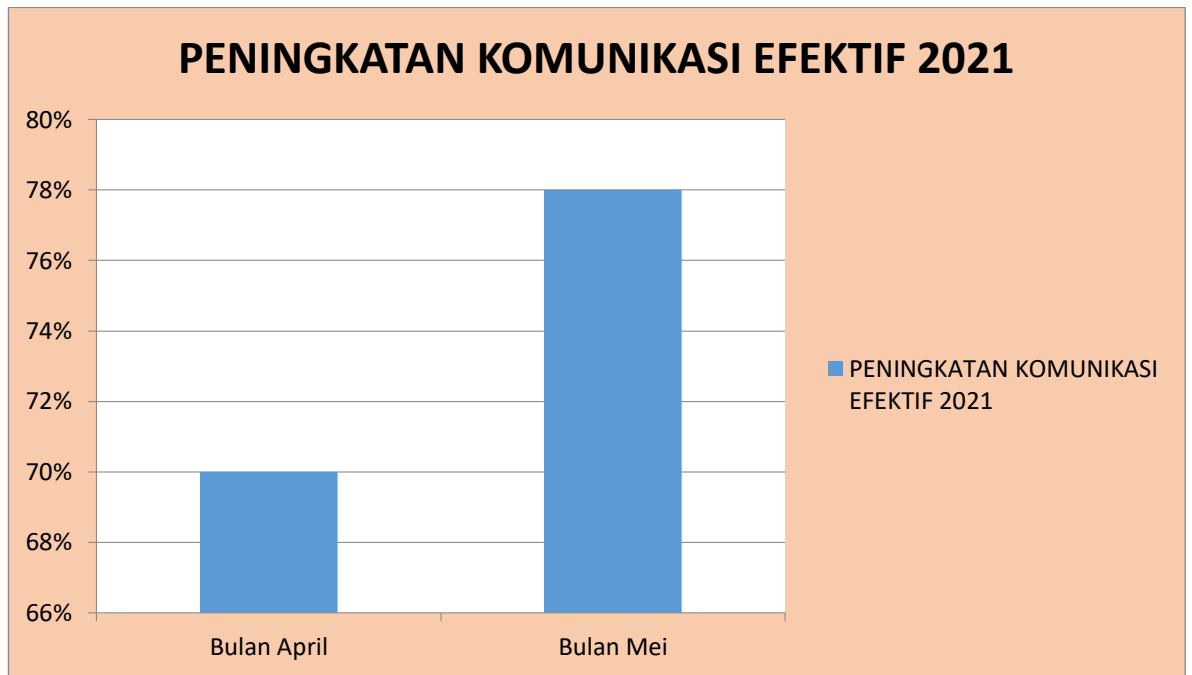
Program PPI di RSUD M.Natsir Solok merupakan program yang perlu mendapat prioritas dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di RSUD M.Natsir Solok, terutama dalam menurunkan infeksi HAIs di Rumah Sakit. Dari beberapa program yang ada di Komite PPI masih banyak yang belum tercapai sesuai standar yang telah ditetapkan.

Untuk mencapai hasil yang optimal dalam rangka meningkatkan pelayanan dan menurunkan infeksi HAIs di RSUD M.Natsir Solok diperlukan komitmen bersama dalam peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit.

**ANGKA KEPATUHAN PENERAPAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN
PADA PESERTA DIDIK
BULAN APRIL DAN JUNI TAHUN 2021**

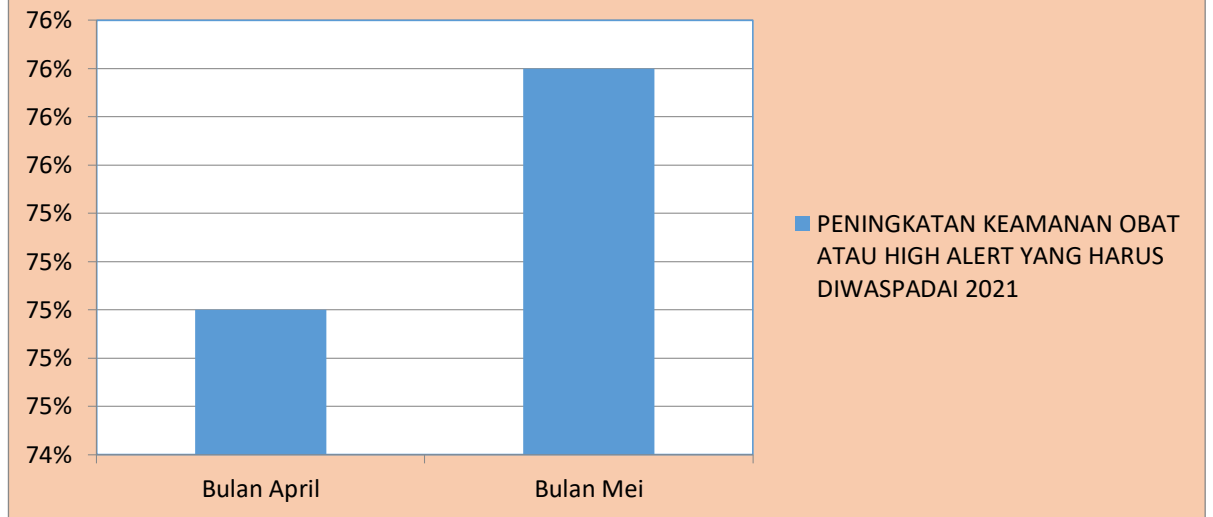


Dari data Capaian indikator Ketepatan identifikasi Pasien bagi Peserta Didik Tahun 2021 didapatkan dari bulan April 2021 s/d Juni 2021 adalah 81 %



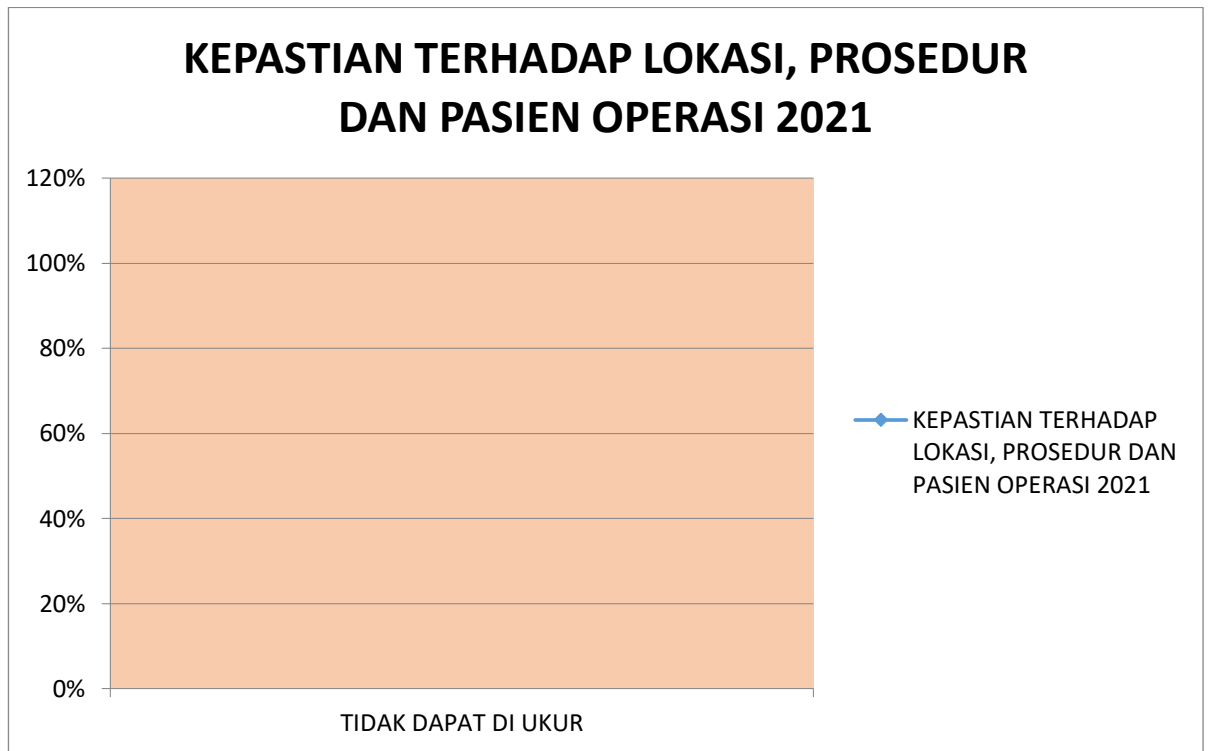
Dari data Capaian indikator Peningkatan Komunikasi Efektif bagi Peserta Didik Tahun 2021 didapatkan dari bulan April s/d Mei 2021 adalah 74 %

PENINGKATAN KEAMANAN OBAT ATAU HIGH ALERT YANG HARUS DIWASPADAI 2021



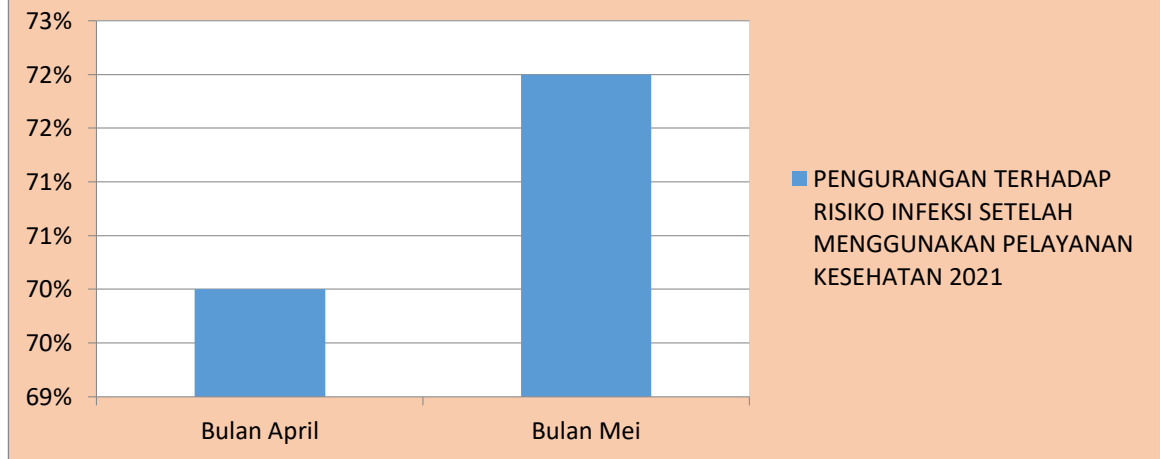
Dari data Capaian indikator Peningkatan Keamanan obat atau High Alert yang harus diwaspadai bagi Peserta Didik Tahun 2021 didapatkan dari bulan April s/d Juni 2021 adalah 75 %

KEPASTIAN TERHADAP LOKASI, PROSEDUR DAN PASIEN OPERASI 2021



Dari data Kepastian Terhadap Lokasi, Prosedur Dan Pasien Operasi bagi Peserta Didik Tahun 2021 tidak Dapat dinilai

PENGURANGAN TERHADAP RISIKO INFEKSI SETELAH MENGGUNAKAN PELAYANAN KESEHATAN 2021



Dari data Pengurangan terhadap Resiko Infeksi setelah menggunakan Pelayanan kesehatan bagi Peserta Didik Tahun 2021 adalah 71 %



Dari data Pengurangan Resiko Jatuh bagi Peserta Didik Tahun 2021 adalah 76 %