

## PENGURANGAN RISIKO INFEKSI PELAYANAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT X YOGYAKARTA

### *REDUCING THE RISK OF HEALTHCARE INFECTION RS X YOGYAKARTA*

Totok Sundoro<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Kesehatan Masyarakat STIKES Surya Global Yogyakarta

\*Email: totoksundoro@gmail.com

#### ABSTRAK

Rumah sakit (RS) merupakan sumber infeksi bagi petugas kesehatan, pasien dan juga pengunjung. Risiko terjadinya infeksi nosokomial dapat diminimalkan dengan melaksanakan PPI. Program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) wajib dilaksanakan sebagai upaya pengurangan risiko infeksi dirumah sakit dan menjadi salah satu elemen penilaian dalam standar akreditasi rumah sakit. Salah satu indikator *patient safety* adalah pengurangan resiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan.

Kejadian infeksi di RSUD Kota Yogyakarta tahun 2024 sebanyak 0,47%, pelaksanaan program sudah berjalan tapi belum optimal. Tujuan penelitian ini adalah mengevaluasi upaya pengurangan risiko infeksi di RS melalui studi kebijakan bersifat deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, telaah observasi dokumen dan FGD. Komponen input yang diteliti adalah (kebijakan, pelaksanaan dan hambatan). Hasil penelitian menunjukkan rumah sakit telah tersedia kebijakan dan pelaksanaan pengurangan risiko infeksi sudah tepenuhi lengkap dengan nilai skor 10 (100%). Kesimpulan dari penelitian ini adalah masih ada masih ditemukan adanya kasus Infeksi Daerah Operasi (IDO) setelah tindakan pasien operasi di RSUD Kota Yogyakarta. Kasus ini dapat disebabkan oleh tidak patuhnya pemakaian Antibiotik (AB) Profilaksis dan temuan sampah infeksius seperti masker di area Poliklinik rawat jalan yang dibuang tidak pada tempatnya. Regulasi dan pelaksanaan pengurangan risiko infeksi sudah sesuai standar akreditasi RS hanya perlu penguatan komitmen oleh seluruh staf RS. Memberikan edukasi kepada petugas RS khususnya petugas di ruang operasi pentingnya *hand hygiene* sebelum kontak ke pasien serta penyediaan anggaran dana, pengelolaan, serta penyediaan tempat sampah disetiap unit/bagian di RS.

**Kata Kunci:** Pelayanan Kesehatan, Risiko Infeksi, Evaluasi Pengurangan.

#### ABSTRACT

*Hospitals are a source of infection for healthcare workers, patients, and visitors. The risk of nosocomial infections can be minimized by implementing IPC. Infection prevention and control (IPC) programs are mandatory to reduce the risk of infection in hospitals and are one of the assessment elements in hospital accreditation standards. One indicator of patient safety is reducing the risk of infection associated with healthcare services. The infection rate at Yogyakarta City Hospital in 2024 was 0.47%. Program implementation was ongoing but not optimal. The objective of this study was to evaluate infection risk reduction efforts in the hospital through a descriptive policy study with a qualitative approach. Data collection was conducted through interviews, document observation reviews, and focus group discussions (FGDs). The input components studied were (policy, implementation, and barriers). The results of the study indicate that the hospital has a policy and the implementation of infection risk reduction has been fully met with a score of 10 (100%). The conclusion of this study is that there are still cases of Surgical Site Infections (SI) after surgical procedures at Yogyakarta City*

*Hospital. These cases can be caused by non-compliance with the use of Prophylactic Antibiotics (AB) and the discovery of infectious waste such as masks in the outpatient polyclinic area that are disposed of inappropriately. Regulations and implementation of infection risk reduction are in accordance with hospital accreditation standards, only requiring strengthening commitment by all hospital staff. Providing education to hospital staff, especially staff in the operating room, on the importance of hand hygiene before contact with patients, as well as providing budget funds, management, and provision of trash bins in each unit/section of the hospital.*

**Keywords:** Health Services, Infection Risk, Reduction Evaluation.

## Pendahuluan

Rumah sakit sebagai tempat pengobatan, juga merupakan sarana pelayanan kesehatan yang dapat menjadi sumber infeksi dimana orang sakit di rawat. Infeksi nosokomial dapat terjadi pada penderita, tenaga kesehatan, dan juga setiap orang yang datang ke Rumah Sakit. Infeksi yang ada di pusat pelayanan kesehatan ini dapat ditularkan atau diperoleh melalui petugas kesehatan, orang sakit, pengunjung yang berstatus karier atau karena kondisi Rumah Sakit. (Sumaryati, 2018)

Infeksi nosokomial merupakan masalah besar yang dihadapi rumah sakit. Infeksi nosokomial/hospital acquired infection (HAI) adalah infeksi yang didapatkan dan berkembang selama pasien di rawat di rumah sakit. (Sundoro, 2020) Infeksi nosokomial adalah infeksi yang didapat di rumah sakit terjadi pada pasien yang dirawat di rumah sakit paling tidak selama 72 jam dan pasien tersebut tidak menunjukkan gejala infeksi saat masuk rumah sakit. Dari uraian diatas dapat disimpulkan infeksi nosokomial adalah infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme dan bakteri yang didapat pada waktu pasien dirawat 3x24 jam di rumah sakit dimana pasien tersebut tidak menunjukkan gejala infeksi saat masuk rumah sakit. Tingginya angka infeksi nosokomial menjadi masalah yang penting di suatu rumah sakit. (Patricia, 2016)

Angka kejadian infeksi nosokomial yang dilaporkan WHO (2002), pada empat region yaitu Eropa, Mediterania Timur, Asia Tenggara, dan Pasifik Barat berturut-turut adalah 7,7%, 11,8%, 10%, dan 9% dengan rata-rata kejadian 8,7%. Berdasarkan surveilans yang dilakukan Depkes RI (2004), proporsi kejadian infeksi nosokomial di rumah sakit pemerintah lebih tinggi dibandingkan dengan rumah sakit swasta.

Penelitian yang dilakukan Marwoto (2007), menunjukkan bahwa kejadian infeksi nosokomial di lima rumah sakit pendidikan yaitu di RSUP Dr. Sardjito sebesar 7,94%, RSUD Dr. Soetomo sebesar 14,6%, RS Bekasi sebesar 5,06%, RS Hasan Sadikin Bandung sebesar 4,60%, RSCM Jakarta sebesar 4,60%. (Sari & Satyabakti, 2015)

Secara umum faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi nosokomial adalah faktor endogen (umur, jenis kelamin, penyakit penyerta, daya tahan tubuh) dan faktor eksogen (lama penderita dirawat, kelompok yang merawat, alat medis serta lingkungan). Sumber penularan dan cara penularan terutama melalui tangan dan dari petugas kesehatan maupun personal kesehatan lainnya, jarum injeksi, kateter IV, kateter urin, kasa pembalut atau perban, dan cara yang keliru dalam menangani luka. Infeksi nosokomial ini pun tidak hanya mengenai pasien saja, tetapi juga dapat mengenai seluruh personal rumah sakit yang berhubungan langsung dengan pasien maupun penunggu dan para pengunjung pasien. (Milya, 2022)

Pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial menjadi tantangan di seluruh dunia karena infeksi nosokomial dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas serta meningkatkan biaya kesehatan disebabkan terjadi penambahan waktu pengobatan dan perawatan di rumah sakit. Prevalensi infeksi nosokomial di negara berkembang dengan sumber daya terbatas lebih dari 40%. (Hamzah, 2017)

Standar mutu pelayanan kesehatan sebuah rumah sakit akan selalu terkait dengan struktur, proses dan outcome sistem pelayanan rumah sakit tersebut. Standar mutu pelayanan kesehatan rumah sakit juga dapat

dikaji dari tingkat efisiensi rumah sakit. (Sachwiver et al., 2019)

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sudah diawali dengan penilaian akreditasi rumah sakit versi 2007 yang mengukur dan memecahkan masalah pada tingkat input dan proses. Pada kegiatan ini rumah sakit harus melakukan berbagai standar dan prosedur yang telah ditetapkan. Rumah sakit dipacu untuk dapat menilai diri (self assesment) dan memberikan pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Sebagai kelanjutan untuk mengukur hasil kerjanya perlu ada alat ukur yang lain, yaitu instrumen mutu pelayanan rumah sakit yang menilai dan memecahkan masalah pada hasil (output). (Sundoro et al., 2019)

RSUD Kota Yogyakarta atau yang lebih di kenal dengan nama Rumah Sakit Jogja merupakan Rumah Sakit milik Pemerintah Kota Yogyakarta yang berada di sisi selatan Kota Yogyakarta. Kejadian infeksi di RSUD Kota Yogyakarta tahun 2024 sebanyak 0,47%, pelaksanaan program sudah berjalan tapi belum optimal. Tujuan penelitian ini adalah mengevaluasi upaya pengurangan risiko infeksi di RS melalui studi kebijakan bersifat deskriptif dengan pendekatan kualitatif.

## Hasil Penelitian

Adapun karakteristik informan pelaksanaan wawancara dilakukan terhadap 4 (empat) petugas/perawat di RSUD Kota Yogyakarta dengan karakteristik sesuai pada tabel 1 berikut:

**Tabel 1.** Karakteristik Informan Penelitian

Informan	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Lama Bekerja	Keterangan
IP 1	37	Perempuan	Sarjana	>5 tahun	Ketua Komite PPI
IP 2	26	Perempuan	Sarjana	>5 tahun	Komite Mutu & Keselamatan Pasien
IP 3	50	Perempuan	Sarjana	>5 tahun	Perawat
IP 4	44	Perempuan	Sarjana	>5 tahun	Perawat

Berdasarkan tabel 1 diinformasikan bahwa karakteristik 4 (empat) informan semua berjenis kelamin perempuan dengan usia bervariasi mulai dari usia 26 tahun sampai dengan 50 tahun. Tingkat pendidikan yang sama yaitu Diploma/Sarjana dengan lama kerja lebih dari 5 (lima) tahun.

## Metodologi Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dan hasil disajikan secara deskriptif dengan rancangan penelitian studi kasus (*case study*). Subjek Penelitian terdiri dari manajemen rumah sakit, staf pelaksana rumah sakit dan pasien. Sedangkan objek penelitian adalah Pelaksanaan dalam Pengurangan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan.

Keabsahan data dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik triangulasi dengan proses pengumpulan data melalui wawancara, observasi dan dokumentasi. Waktu penelitian pada 4 Juli 2025 s/d 04 Oktober 2025 dengan lokasi di RSUD Kota Yogyakarta, Jl. Wirosaban No. 01 Sorosutan Umbulharjo Yogyakarta.

Penelitian dilakukan berdasarkan *Surat Keterangan Layak Etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta Nomor 57/KEPK/RSUD/VI/2025 tertanggal 01 Juni 2025*.

Hasil penelitian yang dilakukan tentang Evaluasi Pengurangan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan melalui telusur Regulasi, Wawancara, Dokumentasi dan Observasi serta Simulasi di RSUD Kota Yogyakarta dihasilkan sebagai berikut:

## 1. Hasil Evaluasi Aspek Regulasi Tentang Pengurangan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta

Berdasarkan hasil telusur regulasi tentang paspek regulasi pengurangan risiko infeksi pelayanan kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta diperoleh hasil sesuai pada tabel 2 sebagai berikut:

**Tabel 2.** Aspek Regulasi Pengurangan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta 2025

Regulasi	Ada	Tidak	Keterangan
Regulasi tentang pedoman kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> ) yang mengacu pada standar WHO	✓		SK Nomor: 445 / 27.a / KPTS/I /2015 Tentang Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien
SPO Cuci Tangan dengan Sabun dan Air mengalir	✓		SPO Nomor: 09.106.0014
SPO Cuci Tangan dengan Antiseptik yang berbasis Alkohol	✓		SPO Nomor: 09.106.0015
SPO Audit Kebersihan Tangan	✓		SPO Nomor: 09.106.0435

Berdasarkan tabel 2 tentang aspek regulasi pengurangan risiko infeksi pelayanan kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta diinformasikan bahwa rumah sakit telah membuat dan menetapkan regulasi yang diatur di dalam Surat Keputusan Direktur RSUD Kota Yogyakarta Nomor: 445/27.a/KPTS/I/2015 Tahun 2015 tentang Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien, Standar Prosedur Operasional (SPO) meliputi SPO Nomor 09.106.0014 tentang Cuci Tangan Dengan Sabun Dan Air, SPO Nomor 09.106.0015 tentang Cuci Tangan dengan Antiseptik Berbasis Alkohol, dan SPO Nomor 09.106.0435 tentang Audit Kebersihan Tangan.

## 2. Hasil Evaluasi Pelaksanaan Pengurangan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta

Dalam penelitian evaluasi pelaksanaan pengurangan risiko infeksi pelayanan kesehatan dilakukan melalui telusur wawancara, observasi, dan dokumentasi serta simulasi petugas dan pasien yang diuraikan sebagai berikut:

### a. Hasil Wawancara Tentang Pelaksanaan Pengurangan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta

Kegiatan wawancara dilakukan terhadap 4 (empat) petugas rumah sakit dengan hasil pada tabel 3 sebagai berikut:

**Tabel 3.** Hasil Wawancara Petugas Tentang Pelaksanaan Pengurangan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan Di RSUD Kota Yogyakarta 2025

No.	Pertanyaan	Jawaban			
		Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4
1.	Bagaimana cara melakukan cuci tangan ?	Dengan 6 langkah. Penjelasan cara <i>handrub</i> tercapai lengkap dengan durasi waktu 20-40 detik dengan hitungan irama 4x (empat kali). Untuk <i>hand wash</i> dengan durasi waktu 40-60 detik dengan hitungan irama 5x (empat kali).	Dilakukan dengan cara enam langkah sesuai aturan WHO. Penjelasan cara <i>handrub</i> atau <i>hand wash</i> tercapai lengkap		
				Penjelasan cara <i>handrub</i> atau	Penjelasan cara <i>handrub</i> atau <i>hand</i>

	<i>hand wash</i> tercapai lengkap	wash tercapai lengkap
2. Kapan melakukan cuci tangan?	<b>Informan 1</b>	<b>Informan 2</b>
	5 (lima) momen, dua sebelum tiga sesudah. Sebelum kontak dengan pasien, sebelum tindakan aseptik, sesudah kontak cairan tubuh pasien, sesudah bersentuhan dengan pasien dan terakhir sesudah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien.	Dikenal dengan 5 (lima) moment, tapi tidak hanya itu sebelum sesudah makan, sehabis dari kamar mandi sebelum dan sesudah masuk ruangan juga harus cuci tangan. Agar mudah mengingat 2 (dua) sebelum 3 (tiga) sesudah yaitu sebelum berkontak dengan pasien dan tindakan aseptik, kemudian dilakukan sesudah kontak cairan tubuh, bersentuhan dengan pasien dan setelah berada disekitar ruangan pasien.
	<b>Informan 3</b>	<b>Informan 4</b>
	sebelum kontak dengan pasien dan sebelum tindakan aseptik. Sesudah kontak cairan tubuh pasien dan sesudah bersentuhan dengan pasien dan terakhir sesudah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien.	momennya ada lima yang disebut 2 sebelum 3 sesudah (dengan praktek).
3. Berapa lama waktu mencuci tangan?	<b>Informan 1</b>	<b>Informan 2</b>
	40 sampai 60 detik.	40 sampai 60 detik.
	<b>Informan 3</b>	<b>Informan 4</b>
	40 sampai 60 detik.	40 sampai 60 detik.
4. Upaya apakah yang dilakukan untuk mengurangi infeksi selain kegiatan cuci tangan ?	<b>Informan 1</b>	<b>Informan 2</b>
	Tertib menggunakan APD kemudian pemisahan sampah medis dan non medis, sampah jarum atau benda tajam juga harus disendirikan, kalau untuk ruangan infeksius maskernya khusus N95 dan caranya juga perlu diperhatikan agar tidak terkontaminasi.	APD harus diperhatikan.
	<b>Informan 3</b>	<b>Informan 4</b>
	Caranya desinfeksi permanen setelah pasien pulang, bed pasien, tiang infus, dinding ruangan dibersihkan dengan <i>surfianos</i> .	Dengan menggunakan APD sudah cukup kalau ingin berkontak langsung dengan pasien. Khusus ruangan pasien infeksius dengan maskes N95

Rangkuman hasil analisis wawancara pada tabel 3 di informasikan bahwa “**Rumah Sakit telah melaksanakan program kebersihan tangan (*hand hygiene*)**” yang dilakukan petugas kesehatan dengan memulai kebersihan tangan (*hand hygiene*) melalui 5 (lima) momen dan 6 (enam) langkah cuci tangan sesuai aturan WHO. Cuci tangan dapat dilakukan dengan cuci tangan dengan air mengalir atau dapat dilakukan dengan cairan alkohol (*handrub*). Lima momen terdiri dari 2 (dua) sebelum dan 3 (tiga) sesudah artinya

petugas melakukan kebersihan tangan sebelum kontak dengan pasien, kedua sebelum melakukan tindakan aseptik, ketiga sesudah kontak cairan tubuh, keempat setelah kontak dengan pasien dan terakhir setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien. Namun, untuk kegiatan cuci tangan dilakukan tidak hanya pada kegiatan 5 (lima) momen saja, namun dapat dilakukan saat sebelum sesudah makan, sehabis dari kamar mandi sebelum dan sesudah masuk ruangan pasien juga harus cuci tangan. Kegiatan sebelum cuci

tangan, dipastikan petugas tidak menggunakan aksesoris seperti cincin dan gelang. Hal tersebut sesuai dengan apa yang disampaikan oleh triangulasi sumber kapan melakukan cuci tangan yang benar.

“Dengan 6 langkah. 5 (lima) momen cuci tangan yaitu dua sebelum tiga sesudah. Sebelum kontak dengan pasien, sebelum tindakan aseptik, sesudah kontak cairan tubuh pasien, sesudah bersentuhan dengan pasien dan terakhir sesudah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien dengan durasi waktu 20-40 detik dengan hitungan irama 4x (empat kali). Untuk hand wash dengan durasi waktu 40-60 detik dengan hitungan irama 5x (empat kali)”. (Informan 1)

Kemudian, 6 (enam) langkah cuci tangan diawali dengan menuangkan cairan *handrub* pada telapak tangan atau langsung pada air mengalir. Langkah pertama usap dan gosok kedua telapak tangan secara merata dengan arah memutar. Langkah kedua usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian. Langkah ketiga gosok sela-sela jari tangan dengan bersih. Langkah keempat bersihkan punggung jari secara bergantian dengan posisi saling mengunci. Langkah kelima gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian. Dan yang terakhir letakkan ujung jari ke telapak tangan dengan posisi memutar. Waktu durasi cuci tangan antara *handrub* dengan *handwash* berbeda. *Handwash* dilakukan selama 40-60 detik, sedangkan *handrub* dilakukan selama 20-30 detik.

Hal tersebut sesuai dengan apa yang disampaikan oleh triangulasi sumber berapa lama waktu untuk mencuci tangan.

“*hand wash* dilakukan dengan durasi 40 sampai 60 detik”. (Informan 2)

Kegiatan atau upaya lain yang dilakukan rumah sakit dalam mengurangi risiko infeksi pelayanan kesehatan juga dapat dilakukan dengan cara memperhatikan

penggunaan APD (Alat Pelindung Diri) yang digunakan untuk berkontak langsung dengan pasien. Kemudian menyediakan tempat sampah yang berbeda baik warna dan peruntukannya guna memisahkan sampah non medis, sampah medis dan sampah jarum/benda tajam. Rumah sakit memisahkan ruangan infeksius (*airbone disease*). Pada ruangan ini petugas wajib menggunakan masker yang berbeda pada umumnya yaitu menggunakan maskes type N95, yang pemakaiannya harus diperhatikan agar tidak terkontaminasi.

Kegiatan desinfeksi yaitu dengan membersihkan permukaan ruangan pasien setelah pasien pulang mulai permukaan bed/tempat tidur pasien, membersihkan tiang infus dan permukaan dinding ruang rawat inap pasien dengan menggunakan cairan *surfianos* dilakukan di rumah sakit dalam upaya mengurangi infeksi di ruang perawatan pasien.

Hal tersebut sesuai dengan apa yang disampaikan oleh triangulasi sumber upaya yang dilakukan untuk mengurangi infeksi selain kegiatan cuci tangan.

“*Caranya desinfeksi permanen setelah pasien pulang, bed pasien, tiang infus, dinding ruangan dibersihkan dengan cairan surfianos*”. (Informan 3)

#### **b. Hasil Analisis Telusur Dokumentasi Tentang Pelaksanaan Pengurangan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta Tahun 2025.**

Hasil penelitian yang membahas elemen penilaian berbunyi: “**Bukti Pelaksanaan Program Kebersihan Tangan (Hand Hygiene) dan Bukti Pelaksanaan tentang Evaluasi Upaya Menurunkan Infeksi**”, dari telusur dokumentasi diperoleh hasil sesuai pada tabel 4 sebagai berikut:

**Tabel 4.** Hasil Telusur Dokumentasi Tentang Pelaksanaan Pengurangan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta Tahun 2025

No.	Elemen Penilaian	Hasil Dokumentasi
1.	Bukti pelaksanaan program kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> ) di seluruh rumah sakit	Tersedia Laporan Komite PPI tentang audit <i>hand hygiene</i> Desember 2024, meliputi : a. Kepatuhan <i>hand hygiene</i> b. Kepatuhan terhadap moment <i>hand hygiene</i> petugas

2. Bukti pelaksanaan tentang evaluasi upaya menurunkan infeksi

- c. Proposi kepatuhan petugas terhadap 5 momen *hand hygiene*  
 d. Proposi kepatuhan masing-masing profesi Tersedia Laporan Komite PPI tentang (*Healthcare Associated Infections*) HAI's Desember 2024 terkait kasus: Dekubitus, Plebitis, ISK, IDO, VAP, HAP, IADP, Diare.

Rangkuman hasil telusur dokumentasi tentang Pelaksanaan Pengurangan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan pada tabel 5 terkait "**Bukti Pelaksanaan Program Kebersihan Tangan (*hand hygiene*) dan Bukti Pelaksanaan tentang Evaluasi Upaya Menurunkan Infeksi**". Rumah Sakit telah memiliki bukti pelaksanaan program kebersihan tangan (*hand hygiene*) yang dikelola oleh Komite PPI Rumah Sakit tentang laporan audit *hand hygiene* di bulan Desember 24. Laporan audit *hand hygiene* Desember 2024 tersebut meliputi Kepatuhan *hand hygiene*, Kepatuhan terhadap moment *hand hygiene* petugas, Proposi kepatuhan petugas terhadap 5 momen *hand hygiene*, Proposi kepatuhan masing-masing profesi. Sedangkan untuk bukti pelaksanaan tentang evaluasi upaya menurunkan infeksi dapat diperoleh dari laporan HAI's yang meliputi kasus: Dekubitus, Plebitis, IDO, ISK, IADP, VAP, HAP, dan Diare.

pada dinding ruangan pasien dengan menggunakan cairan *surfanios*.

Pengamatan kedua dilakukan berkaitan dengan elemen penilaian yang mensyaratkan bahwa "**Program kebersihan tangan (*hand hygiene*) di seluruh rumah sakit**" diperoleh hasil observasi bahwa RSUD Kota Yogyakarta telah menjalankan program kebersihan tangan (*hand hygiene*) melalui kegiatan pendidikan cuci tangan kepada pasien atau keluarga, karyawan rumah sakit dan mahasiswa praktek sebagai bukti pelaksanaan program kebersihan tangan di area seluruh rumah sakit. Terlaksana kegiatan edukasi cuci tangan dengan pasien atau keluarga pasien Terlaksana kegiatan edukasi cuci tangan kepada karyawan Terlaksana kegiatan edukasi cuci tangan dengan mahasiswa praktek.

### c. Hasil Analisis Observasi Tentang Pelaksanaan Pengurangan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta Tahun 2025

Hasil penelitian yang dilakukan berkaitan dengan elemen penilaian yang mensyaratkan bahwa "**Mengurangi dan Pencegahan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan**", diperoleh hasil dokumentasi sesuai pada tabel 6 sebagai berikut:

RSUD Kota Yogyakarta telah melaksanakan standar sasaran keselamatan pasien dalam mengurangi risiko infeksi pelayanan kesehatan terbukti bahwa petugas yang diuji telah mampu memperagakan cuci tangan dengan baik, masing-masing *bed/tempat tidur* pasien telah tersedia 1 (satu) *handrub*, untuk setiap ruangan juga tersedia 1 (satu) *handwash*, dan tersedia fasilitas cuci tangan *handwash* dan atau *handrub* yang dilengkapi dengan 5 (lima) *moment* cuci tangan. Terkait dalam upaya desinfeksi ruangan, rumah sakit telah melakukan desinfeksi permukaan termasuk

### 3. Hasil Analisis Simulasi Pelaksanaan Pengurangan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta Tahun 2025.

Kegiatan simulasi ini dilakukan untuk memastikan petugas apakah mampu memperagakan cuci tangan dan melakukan desinfeksi ruangan perawatan serta tumpahan cairan tubuh pasien dilakukan dengan baik. Peragaan cuci tangan dilakukan oleh 4 (empat) petugas/perawat dan kegiatan desinfeksi 1 (satu) petugas dari *cleaning service*. Adapun hasilnya sebagai berikut:

### a. Peragaan Cuci Tangan

**Tabel 5.** Hasil Simulasi Peragaan Cuci Tangan Di RSUD Kota Yogyakarta 2025

Telusur	Keterangan
Peragaan Cuci Tangan berdasarkan SPO Nomor 09.106.0014 & SPO Nomor 09.106.0015	Terlaksana peragaan atau simulasi cuci tangan oleh 4 (empat) petugas menggunakan <i>handwash</i> dan <i>handrub</i> dilaksanakan dengan baik (Terpenuhi Lengkap).
Berdasarkan hasil simulasi petugas dalam peragaan cuci tangan yang bertujuan untuk mengurangi risiko infeksi pelayanan kesehatan di rumah sakit pada tabel 8 diinformasikan bahwa 4 (empat) petugas telah berhasil menjalankan simulasi peragaan cuci tangan sesuai dengan SPO Nomor 09.106.0014 tentang Cuci Tangan dengan	Sabun dan Air mengalir & SPO Nomor 09.106.0015 tentang Cuci Tangan dengan Antiseptik yang berbasis Alkohol. Peragaan cuci tangan dapat dilakukan dengan 2 (dua) cara yaitu <i>handwash</i> dan <i>handrub</i> dapat dilakukan dengan baik dengan perolehan nilai skor 10 (sepuluh) artinya terpenuhi lengkap.

### b. Peragaan Disinfeksi

**Tabel 6.** Hasil Simulasi Peragaan Desinfeksi Di RSUD Kota Yogyakarta

Telusur	Keterangan
Peragaan Disinfeksi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terlaksana kegiatan disinfeksi pada permukaan dinding ruang perawatan dengan baik dan benar.</li> <li>2. Terlaksana kegiatan disinfeksi tumpahan cairan tubuh menggunakan spillkit dengan baik dan benar.</li> </ol>

Berdasarkan hasil simulasi peragaan disinfeksi pada tabel 6 diinformasikan bahwa petugas (*cleaning service*) telah melakukan kegiatan disinfeksi sesuai dengan. Kegiatan dilakukan dengan melakukan disinfeksi permukaan area ruang perawatan pasien mulai tempat tidur pasien, tiang infus dan permukaan dinding ruangan sesaat setelah

pasien meninggalkan ruangan. Kemudian, petugas juga telah melaksanakan dengan baik dan benar membersihkan tumpahan cairan tubuh pasien menggunakan spillkit.

#### 4. Hasil Analisis Pencapaian Nilai Skor Pelaksanaan Pengurangan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta Tahun 2025

**Tabel 7.** Hasil Pencapaian Nilai Skor Pelaksanaan Pengurangan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta 2025

No.	Elemen Penilaian	Telusur	Skor	Keterangan
1.	Ada regulasi tentang pedoman kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> ) yang mengacu pada standar WHO. (R)	R	Regulasi tentang kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> )	10 TL Ada Kebijakan dengan SK Nomor: 445/27.a/KPTS/I/2015 dan 3 SPO Cuci Tangan
2.	Rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> ) di seluruh rumah sakit sesuai regulasi. (D, W)	D	Bukti pelaksanaan program kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> ) di seluruh rumah sakit Staf Rumah Sakit	10 TL Bukti pelaksanaan program dari komite PPI.
		W		Petugas mengetahui & mampu menjelaskan program kebersihan tangan dengan baik sesuai dengan regulasi yang ada.

3.	Staf rumah sakit dapat melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur. (W, O, S)	O	Lihat pelaksanaan program kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> ) di seluruh rumah sakit	10	TL	Terlaksana program kebersihan cuci tangan pada laporan Komite PPI-RS
		W	Staf Rumah Sakit			4 (empat) petugas mampu menjelaskan cara cuci tangan dengan baik melalui 5 (lima) moment.
		S	Peragaan cuci tangan			4 (empat) petugas dapat memperagakan 6 (enam) langkah cuci tangan
4.	Ada bukti staf melaksanakan lima saat cuci tangan. (W,O,S)	W	Staf Rumah Sakit	10	TL	Terbukti semua informan yaitu 4 (empat) petugas melakukan lima saat cuci tangan.
		O	Lihat fasilitas cuci tangan (1 tempat tidur satu <i>handrub</i> ), lihat kepatuhan staf pada lima saat cuci tangan.			Tersedia fasilitas cuci tangan dan tersedia 1 (satu) tempat tidur 1 (satu) <i>handrub</i> ,
5.	Prosedur desinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai dengan regulasi. (W,O,S)	W	Staf RS	10	TL	Petugas menjelaskan prosedur desinfeksi.
		O	Lihat fasilitas untuk desinfeksi dan pelaksanaan desinfeksi			Telah terbukti 1 (satu) petugas melakukan desinfeksi ruangan setelah pasien pulang.
		S	Peragaan desinfeksi berdasarkan PPI			1 (satu) petugas melakukan peragaan desinfeksi permukaan ruangan dengan menggunakan cairan <i>surfanios</i> membersihkan tumpahan cairan tubuh dengan <i>spillkit</i> .
6.	Ada bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan. (D, W)	D	Bukti Pelaksanaan evaluasi upaya menurunkan infeksi	10	TL	Bukti pelaksanaan evaluasi dari laporan komite PPI
		W	a. Komite/Tim PMKP b. Komite/Tim PPI			Tim PPI menjelaskan hasil evaluasi menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan.

**CAPAIAN NILAI SKOR = 100%**

Keterangan : R (Regulasi), D (Dokumen), W (Wawancara), O (Observasi), S (Simulasi)

Tabel 7 merupakan hasil pencapaian nilai skor elemen penilaian tentang Pelaksanaan Pengurangan Infeksi Pelayanan Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta diinformasikan bahwa rumah sakit telah memiliki regulasi tentang pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) yang mengacu pada standar WHO. Tersedia Kebijakan Penerapan Sasaran Keselamatan dengan SK. Direktur Nomor: 445/27.a/KPTS/I/2015 dan 3 Standar Prosedur Operasional (SPO) tentang Cuci Tangan, sehingga pada aspek regulasi diperoleh nilai **skor 10 (sepuluh) artinya Terpenuhi Lengkap.**

Rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan (*hand hygiene*) di seluruh area rumah sakit. Bukti pelaksanaan program kebersihan tangan (*hand hygiene*) di seluruh rumah sakit diperoleh dari laporan Komite PPI rumah sakit dengan laporan rutin setiap 1 (satu) bulan sekali minimal 1 (satu) tahun sekali. Petugas mengetahui & mampu menjelaskan program kebersihan tangan dengan baik. Program kebersihan tangan di RSUD Kota Yogyakarta terdiri dari kepatuhan *hand hygiene*, kepatuhan terhadap momen *hand hygiene* petugas, proposi kepatuhan petugas terhadap 5 (lima) momen *hand hygiene*, dan proposi kepatuhan masing-masing profesi. Sehingga dari hasil telusur dokumen dan wawancara petugas pencapaian nilai **skor 10 (sepuluh) artinya Terpenuhi5. Lengkap.**

Staf rumah sakit dapat melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur. Terlaksana program kebersihan cuci tangan melalui kegiatan pendidikan cuci tangan kepada pegawai, pasien dan mahasiswa praktik. Kemudian petugas telah mampu melaksanakan 6 (enam) langkah cara cuci tangan dengan baik pada 5 (lima) momen cuci tangan. Sehingga hasil capaian skor penilaian 10 (sepuluh) artinya **Terpenuhi Lengkap.**

Telah terbukti petugas melakukan cuci tangan saat melakukan 5 (lima) momen dengan bukti peragaan (simulasi) untuk 6 (enam) langkah tercapai penuh. Dan terbukti rumah sakit telah tersedia fasilitas cuci tangan disetiap ruang perawatan. Satu tempat tidur sudah terpasang 1 (satu) *handrub*, sehingga dapat diperoleh capaian skor dengan nilai 10 (sepuluh) artinya **Terpenuhi Lengkap.**

Prosedur desinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai dengan regulasi. Petugas menjelaskan bahwa prosedur desinfeksi di rumah sakit dilakukan pada saat setelah pasien pulang dari rumah sakit (khususnya pasien dengan infeksius). Desinfeksi permukaan *bed* atau tempat tidur dan desinfeksi pada tiang infus serta desinfeksi pada dinding ruang perawatan. Hasil observasi terbukti 1 (satu) petugas melakukan desinfeksi ruangan setelah pasien pulang dengan menggunakan cairan *surfianos*. Kegiatan desinfeksi kedua adalah membersihkan tumpahan cairan tubuh pasien menggunakan spillkit yang dilakukan dengan baik dan benar. Sehingga capaian nilai skor penilaian 10 (sepuluh) artinya **Terpenuhi Lengkap.**

Tersedia bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan. Bukti diperoleh dari Komite PPI atau bisa diperoleh dari Komite Mutu & Keselamatan Pasien. Hasil evaluasi yang sudah dilakukan meliputi capaian kepatuhan petugas terhadap moment *hand hygiene* (sebelum kontak pasien, sebelum tindakan aseptik, sesudah kontak cairan tubuh, sesudah kontak pasien, sesudah kontak lingkungan sekitar pasien) dan laporan *Healthcare Associated Infections* (HAI's) meliputi kasus Decubitus, Phlebitis, ISK, IDO, VAP, HAP, IADP, Diare.

#### **Hasil Focus Group Discussion (FGD) Pelaksanaan Pengurangan Infeksi Pelayanan Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta Tahun 2025**

Pelaksanaan *Focus Group Discussion* (FGD) dilakukan pada hari Kamis, 04 September 2025 diikuti 6 (enam) peserta perwakilan dari Manajemen/Direksi Rumah Sakit, Komite Mutu Keselamatan Pasien, Komite PPI, Bidang Pelayanan Medis, Bidang Keperawatan dan Bidang Penunjang Pelayanan. Dalam hasil diskusi yang dilakukan diperoleh informasi bahwa Pimpinan rumah sakit sudah berkomitmen menuju rumah sakit yang terakreditasi paripurna khususnya berkomitmen untuk dapat memenuhi standar keselamatan pasien dengan memberikan dukungan berupa fasilitas dalam pelaksanaan dimulai dengan membuat Kebijakan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) tentang Sasaran Keselamatan Pasien, kemudian pemberian pelatihan kepada

pegawai rumah sakit dengan mengundang narasumber *Surveyor* Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).



Gambar 2. Kegiatan *Focus Group Discussion* (FGD)

Komitmen rumah sakit dalam program edukasi pasien dan pengunjung rumah sakit terbukti dengan terpasangnya poster tentang Poster Etika Batuk, Poster Pedoman Kebersihan Tangan Menurut WHO (2009), Poster Pembuangan Sampah.

Poster tersebut dipasang dalam rangka upaya rumah sakit memberikan informasi dan edukasi kepada pengunjung dan karyawan menuju pelaksanaan standar keselamatan pasien melalui pencegahan infeksi di area rumah sakit.



Gambar 3. Poster Etika Batuk, Poster Pedoman Kebersihan Tangan Menurut WHO (2009), Poster Pembuangan Sampah Di RSUD Kota Yogyakarta

Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien melalui Pengurangan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta saat ini sudah efektif dijalankan. Meskipun demikian dari hasil laporan Komite PPI masih ditemukan laporan kasus Infeksi Daerah Operasi (IDO) setelah tindakan pasien operasi. Kasus ini dapat disebabkan oleh tidak patuhnya pemakaian Antibiotik (AB) Profilaksis. Sehingga saran petugas adalah perlunya meningkatkan implementasi *bundle* pencegahan IDO yaitu berkoordinasi dengan KPRA untuk

mengevaluasi pemakaian Antibiotik (AB) Profilaksis. Masalah ke 2 (dua) yang masih ada adalah temuan sampah infeksius seperti masker diarea Poliklinik rawat jalan yang dibuang tidak pada tempatnya.

Dengan masalah tersebut rumah sakit berkomitmen untuk meningkatkan kegiatan sosialisasi rutin kepada pasien, pengunjung rumah sakit dan seluruh karyawan rumah sakit guna mewujudkan kepatuhan dalam upaya mengurangi risiko infeksi di rumah sakit.

## Pembahasan

Rumah sakit adalah suatu organisasi kompleks yang menggunakan Perpaduan peralatan ilmiah yang rumit dan khusus, yang difungsikan oleh kelompok tenaga terlatih dan terdidik dalam menghadapi masalah-masalah yang berkaitan dengan pengetahuan medic modern untuk tujuan pemulihan dan pemeliharaan kesehatan yang baik. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 340/MENKES/PER/III/2010 adalah “Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat”.

Kewajiban rumah sakit dalam Undang-Undang Pasal 40 ayat 1 berbunyi “*Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali*”. Mutu adalah kesesuaian terhadap kebutuhan, bila mutu rendah merupakan hasil dari ketidaksesuaian. (DirJen YanMed DepKes RI,2001).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 1691/MENKES/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit perlu disesuaikan dengan perkembangan dan kebutuhan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan. Sasaran keselamatan pasien adalah mendorong perbaikan spesifik untuk menunjang keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan rumah sakit dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus para ahli atas permasalahan ini. Sistem yang baik akan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan pasien (KARS, 2017).

Angka kejadian infeksi nosokomial yang dilaporkan WHO (2002), pada empat region yaitu Eropa, Mediterania Timur, Asia Tenggara, dan Pasifik Barat berturut-turut adalah 7,7%, 11,8%, 10%, dan 9% dengan rata-rata kejadian 8,7%. Berdasarkan surveilans yang dilakukan Depkes RI (2004), proporsi kejadian infeksi nosokomial di rumah sakit pemerintah lebih tinggi dibandingkan dengan rumah sakit swasta. Penelitian yang dilakukan Marwoto (2007), menunjukkan bahwa kejadian infeksi

nosokomial di lima rumah sakit pendidikan yaitu di RSUP Dr. Sardjito sebesar 7,94%, RSUD Dr. Soetomo sebesar 14,6%, RS Bekasi sebesar 5,06%, RS Hasan Sadikin Bandung sebesar 4,60%, RSCM Jakarta sebesar 4,60% Menurut Penelitian (Sari, 2015).

Pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial menjadi tantangan di seluruh dunia karena infeksi nosokomial dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas serta meningkatkan biaya kesehatan disebabkan terjadi penambahan waktu pengobatan dan perawatan di rumah sakit. Prevalensi infeksi nosokomial di negara berkembang dengan sumber daya terbatas lebih dari 40% (Raka, 2008 dalam Masloman dkk, 2015).

Hasil penelitian ini bertujuan untuk melakukan evaluasi tentang upaya rumah sakit dalam pengurangan risiko infeksi berpedoman pada Standar Akreditasi Rumah Sakit yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan. Pada setiap elemen penilaian dilengkapi dengan Regulasi (R), Dokumentasi (D), Wawancara (W), Observasi (O), dan Simulasi (S) atau kombinasi dengan pelaksanaan di RSUD Kota Yogyakarta diuraikan sebagai berikut:

### 1. Regulasi Pelaksanaan Upaya Pengurangan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta Tahun 2025

Anderson (dalam Hill & Hupe, 2002) memahami kebijakan sebagai serangkaian tindakan yang dilakukan oleh aktor atau sejumlah aktor berkaitan dengan permasalahan yang dihadapi. Kebijakan berkaitan dengan tindakan. Istilah kebijaksanaan memiliki makna yang tidak jauh berbeda dengan kata kebijakan. Kebijaksanaan dipahami sebagai suatu kumpulan keputusan yang diambil oleh seorang pelaku atau oleh kelompok politik dalam usaha memilih tujuan-tujuan dan cara-cara untuk mencapai tujuan-tujuan itu. (Carl Friedrich, 2017)

Dalam mendukung upaya peningkatan pengurangan risiko infeksi di rumah sakit, Direktur RSUD Kota Yogyakarta telah membuat dan menetapkan sebuah kebijakan sebagai pedoman kebersihan tangan (*hand*

*hygiene*). Isi kebijakan mengacu pada standar WHO (*World Health Organization*). Kebijakan tersebut tertuang dalam Surat Keputusan Direktur Nomor: 445/27.a/KPTS/I/2015 tanggal 26 Januari 2015 tentang Kebijakan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien yang didalamnya mengatur tentang upaya pengurangan risiko infeksi di rumah sakit. Kemudian rumah sakit juga membuat dan menetapkan 3 (tiga) Standar Prosedur Operasional (SPO) tentang Pelaksanaan Pengurangan Risiko Infeksi antara lain SPO Cuci Tangan dengan Sabun dan Air mengalir, SPO Cuci Tangan dengan Antiseptik yang berbasis Alkohol, SPO Audit Kebersihan Tangan.

## 2. Pelaksanaan Pengurangan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta Tahun 2025

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan sebuah tantangan dilingkungan fasilitas kesehatan. Kenaikan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan menjadi keprihatinan bagi pasien dan petugas kesehatan. Secara umum, infeksi terkait pelayanan kesehatan terjadi di semua unit layanan kesehatan, termasuk infeksi saluran kencing disebabkan oleh kateter, infeksi pembuluh/aliran darah terkait pemasangan infus baik perifer maupun sentral, dan infeksi paru-paru terkait penggunaan ventilator. (KARS, 2017)

Upaya terpenting menghilangkan masalah infeksi ini dan infeksi lainnya adalah dengan menjaga kebersihan tangan melalui cuci tangan melalui elemen akreditasi berbunyi “Rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan (*hand hygiene*) di seluruh rumah sakit” (KARS, 2017).

RSUD Kota Yogyakarta telah menerbitkan suatu pedoman dalam Surat Keputusan Direktur Nomor: 445/27.a/KPTS/I/2015 tertanggal 26 Januari 2015 tentang Kebijakan Penerapan Sasaran Keselamatan. Isi kebijakan pada poin (e) yang berbunyi “Kebersihan tangan wajib diimplementasikan di rumah sakit oleh setiap anggota masyarakat rumah sakit berdasarkan pedoman Internasional (WHO) maupun pedoman Nasional (Kemenkes) dengan cara 6 (enam) langkah cuci tangan dan 5 (lima) saat penting wajib menjalankan kebersihan tangan”.

Dalam pelaksanaan program

kebersihan tangan (*hand hygiene*) petugas mampu memahami dan melaksanakan program kebersihan tangan (*hand hygiene*) rumah sakit, salah satu diantaranya adalah program pendidikan cuci tangan yang meliputi program pendidikan cuci tangan pada pasien/atau keluarga pasien, program pendidikan cuci tangan pada karyawan, program pendidikan cuci tangan dengan praktikan (Mahasiswa Praktik).

Rumah sakit telah melaksanakan program kebersihan tangan (*hand hygiene*), artinya rumah sakit telah melaksanakan aturan Standar Akreditasi Rumah Sakit dengan bukti program pendidikan kebersihan tangan di area seluruh rumah sakit mulai dari petugas, pasien/keluarga pasien dan mahasiswa praktik.

Pada elemen akreditasi selanjutnya berbunyi:

“Staf rumah sakit dapat melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur. (KARS, 2017).

Pelaksanaan program kebersihan tangan (*hand hygiene*) di seluruh rumah sakit dapat dilihat di laporan Komite PPI rumah sakit.

RSUD Kota Yogyakarta telah menerbitkan kebijakan dalam Surat Keputusan Direktur Nomor: 445/27.a/KPTS/I/2015 tertanggal 26 Januari 2015 tentang Kebijakan Penerapan Sasaran Keselamatan pada 1 (satu) kebijakan yakni poin (e) yang berbunyi:

“Kebersihan tangan wajib diimplementasikan di rumah sakit oleh setiap anggota masyarakat rumah sakit berdasarkan pedoman Internasional (WHO) maupun pedoman Nasional (Kemenkes) dengan cara 6 (enam) langkah cuci tangan dan 5 (lima) saat penting wajib menjalankan kebersihan tangan”.

Dalam pelaksanaan cara cuci tangan, Semua informan yaitu 4 (empat) petugas terbukti mampu menjelaskan sekaligus memperagakan cara mencuci tangan dengan 6 (enam) langkah. Bukti pelaksanaan staf rumah dapat melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur. Hasil simulasi/peragaan cuci tangan dengan baik oleh petugas rumah sakit berdasarkan aturan pedoman cuci tangan WHO. Kemudian dalam telusur di ruang perawatan rumah sakit dibuktikan tersedianya fasilitas cuci tangan dan

tersedianya 1 (satu) handrub untuk 1 (satu) tempat tidur.

Pada elemen akreditasi selanjut berbunyi:

*“Ada bukti staf melaksanakan lima saat cuci tangan”* (KARS, 2017).

RSUD Kota Yogyakarta telah menerbitkan kebijakan dalam Surat Keputusan Direktur Nomor: 445/27.a/KPTS/I/2015 tertanggal 26 Januari 2015 tentang Kebijakan Penerapan Sasaran Keselamatan pada 1 (satu) kebijakan yakni poin (e) yang berbunyi:

*“Kebersihan tangan wajib diimplementasikan di rumah sakit oleh setiap anggota masyarakat rumah sakit berdasarkan pedoman Internasional (WHO) maupun pedoman Nasional (Kemenkes) dengan cara 6 (enam) langkah cuci tangan dan 5 (lima) saat penting wajib menjalankan kebersihan tangan”,* poin (f) berbunyi *“Lima saat penting yang dimaksud meliputi : sebelum kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah kontak cairan tubuh, setelah kontak pasien, setelah kontak lingkungan pasien”*.

Dalam pelaksanaan lima saat cuci tangan petugas telah melaksanakan sesuai Kebijakan dan SPO yaitu *“Cuci tangan dilakukan sebelum kontak pasien, sebelum tindakan aseptik, setelah kontak cairan tubuh, setelah kontak pasien, setelah kontak lingkungan sekitar pasien”*. Dokumentasi yang telah dilakukan pada Laporan *hand hygiene* bahwa kepatuhan terhadap 5 moment sudah terlaksana.

Adapun bukti pelaksanaan staf rumah dapat melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur. Petugas telah sesuai prosedur melakukan cuci tangan setelah melakukan tindakan aseptik pada pasien, artinya rumah sakit telah melaksanakan aturan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 dengan bukti 1 (satu) petugas yang melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien.

Pada elemen akreditasi selanjutnya berbunyi:

*“Prosedur disinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai dengan regulasi”* (KARS, 2017).

Kebijakan rumah sakit dalam Surat Keputusan Direktur Nomor: 445/27.a/KPTS/I/2015 tertanggal 26 Januari 2015 tentang Kebijakan Penerapan Sasaran Keselamatan pada poin (a) yang berbunyi:

*“Pencegahan dan Pengendalian Infeksi rumah sakit (PPIRS) adalah kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan serta pembinaan dalam upaya menurunkan angka kejadian infeksi rumah sakit (IRS) pada pasien atau petugas RS dan mengamankan lingkungan rumah sakit dari risiko transmisi infeksi yang dilaksanakan melalui manajemen resiko, tata laksana klinik yang baik dan pelaksanaan kesehatan dan keselamatan kerja RS”* dan poin (j) yang berbunyi *“Pembuangan limbah padat medis dipisahkan dan dikelola khusus yaitu ditempatkan dalam kantong plastik warna kuning berlogo infeksius, limbah padat tajam ditempatkan dalam wadah tahan tusuk, tidak tembus dan tertutup, limbah padat non medis ditempatkan dalam kantong plastik berwarna hitam”*.

Upaya RSUD Kota Yogyakarta dalam Pencegahan & Pengendalian Infeksi melalui pelaksanaan disinfeksi sudah dilaksanakan dengan tujuan menurunkan angka kejadian infeksi di rumah sakit bagi pasien dan petugas rumah sakit serta mengamankan risiko transmisi infeksi. Kegiatan disinfeksi dilakukan dengan membersihkan bed tempat tidur pasien, tiang infus dan dinding permukaan (Lihat Tabel 4.7).

Kegiatan lain sebagai upaya menurunkan infeksi di rumah sakit adalah dengan mengatur dan mengelola sampah padat medis dan sampah padat non medis di rumah sakit. Limbah padat medis dipisahkan dan dikelola khusus yaitu ditempatkan dalam kantong plastik warna kuning berlogo infeksius, limbah padat tajam ditempatkan dalam wadah tahan tusuk, tidak tembus dan tertutup, limbah padat non medis ditempatkan dalam kantong plastik berwarna hitam.

Adapun bukti pengelolaan sampah/limbah padat medis dan non medis pada gambar 2 sebagai berikut:



Gambar 2. Tempat Sampah/Limbah Padat Medis, Non Medis & Benda Tajam Di RSUD Kota Yogyakarta

Pada Gambar 2 merupakan jenis penggolongan tempat sampah/limbah padat untuk medis, non medis, benda tajam dan penggunaan masker N95. Tempat sampah medis (infeksius) pada kantong plastik atau dengan tempat sampah warna kuning dengan jenis sampah meliputi sarung tangan/handscon, masker, kapas, kateter, kantong ureter, kantong darah, pampers, pembalut wanita, sisa tindakan, makanan terkontaminasi, infus set dan transfusi set. Sedangkan untuk tempat sampah medis dengan kantong plastik hitam dengan isi sampah berupa kertas, kardus obat, kardus spuit, kardus infus set, bungkus makanan/minuman dan material yang tidak terkontaminasi. Sedangkan untuk benda tajam seperti jarum, pinset dimasukkan dalam tempat khusus disposable kotak warna kuning. Untuk penggunaan masker N95 digunakan diruang infeksius untuk mencegah penularan melalui udara.

Pada elemen akreditasi selanjutnya berbunyi “Ada bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan” (KARS, 2017). RSUD Kota Yogyakarta telah menerbitkan kebijakan dalam Surat Keputusan Direktur Nomor: 445/27.a/KPTS/I/2015 tertanggal 26 Januari 2015 tentang Kebijakan Penerapan Sasaran Keselamatan pada 1 (satu) kebijakan yakni poin (g) yang berbunyi “Komite PPI RS melakukan observasi, monitoring, evaluasi dan memberikan rekomendasi untuk meningkatkan perilaku kebersihan tangan di rumah sakit secara efektif dan efisien”.

Adapun bukti evaluasi upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta telah dilakukan oleh Komite PPI-RS tentang hasil capaian kepatuhan petugas terhadap moment *hand hygiene* dan laporan *Healthcare Associated Infections* (HAI's).

Simpulan dari pelaksanaan RSUD Kota Yogyakarta dalam upaya mengurangi risiko akibat infeksi sudah dilaksanakan dengan baik (terpenuhi lengkap elemen penilaian standar akreditasi rumah sakit).

### 3. Hambatan Pelaksanaan Pengurangan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta Tahun 2025

Pengelolaan manajemen risiko infeksi pelayanan yang tidak optimal akan berdampak meningkatnya kasus infeksi nosokomial. Menurut Siregar (2004) dalam Septiari (2012) batasan infeksi nosokomial adalah infeksi yang di dapat oleh penderita, ketika penderita dalam proses asuhan keperawatan di Rumah Sakit. (Hartina Yuli, 2016) Terjadinya infeksi daerah operasi (IDO) merupakan masalah yang serius. Hal tersebut dapat berpengaruh pada kepentingan klinis dan gejala yang lebih serius. Salah satu sumber infeksi daerah operasi berasal dari kepatuhan tim bedah dalam melakukan tindakan operasi. (Rosidiana & Rinawati, 2021)

Hasil kegiatan FGD disampaikan bahwa dari laporan Komite PPI masih ditemukan adanya kasus Infeksi Daerah Operasi (IDO) setelah tindakan pasien operasi di RSUD Kota Yogyakarta. Kasus ini dapat disebabkan oleh tidak patuhnya pemakaian Antibiotik (AB) Profilaksis. Sehingga saran

petugas adalah perlunya meningkatkan implementasi bundle pencegahan IDO yaitu berkoordinasi dengan KPRA untuk mengevaluasi pemakaian Antibiotik (AB) Profilaksis. Masalah ke 2 (dua) yang masih ada adalah temuan sampah infeksius seperti masker di area Poliklinik rawat jalan yang dibuang tidak pada tempatnya.

Sebuah rumah sakit berpotensi untuk bisa mencemarkan lingkungan sangat besar serta memungkinkan terjadi kecelakaan dan menularkan penyakit bagi manusia. Disamping itu, kegiatan di rumah sakit dapat mengganggu masyarakat yang berada di sekitarnya sehingga perlu diadakan pengelolaan sampah rumah sakit dengan baik dan benar. Perlu adanya proses pengolahan sampah sebelum dibuang ke TPA agar lingkungan tidak tercemar, hal ini diperlukan tenaga kebersihan (*cleaning service*) yang terlatih didalam rumah sakit dan kegiatan pengelolaan sampah yang dibagi menjadi proses penampungan sampah, pengangkutan sampah, dan pembuangan ke akhir. (Pyopyash et al., 2019)

Dengan masalah tersebut rumah sakit berkomitmen untuk meningkatkan kegiatan sosialisasi rutin kepada pasien dan pengunjung rumah sakit tentang pentingnya cuci tangan dan membuat sampah sesuai jenis dan tempat sampahnya. Kemudian rumah sakit juga akan lebih meningkatkan kembali kepatuhan petugas rumah sakit dalam menjalankan prosedur untuk upaya mengurangi risiko infeksi di rumah sakit. Anggaran untuk memfasilitasi penyediaan tempat sampah di rumah sakit juga disediakan guna memfasilitasi sarana pendukung tempat membuang sampah demi mewujudkan kepatuhan dalam upaya mengurangi risiko infeksi di rumah sakit. Sosialisasi dapat diartikan sebagai sebuah proses seumur hidup yang berkenaan dengan bagaimana individu mempelajari cara-cara hidup, norma dan nilai sosial yang terdapat dalam kelompoknya agar dapat berkembang menjadi pribadi yang dapat diterima oleh kelompoknya.

Sosialisasi adalah proses dimana seorang anak belajar menjadi seorang anggota yang berpartisipasi dalam masyarakat. Sosialisasi adalah proses-proses manusia mempelajari tata cara kehidupan dalam masyarakat, untuk memperoleh kepribadian dan membangun kapasitasnya agar berfungsi

dengan baik sebagai individu maupun sebagai anggota suatu kelompok. (Collins et al., 2021) Keberhasilan sistem pengelolaan sampah mengacu pada prosedur tetap yang dimiliki oleh rumah sakit, pengelolaan sampah dikatakan berhasil apabila pengelolaan sampah mencapai sesuai prosedur yang ada. Adapun faktor lain yang berperan penting antara lain dana, pengelola, serta peralatan yang ada. (Pyopyash et al., 2019)

## Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, diperoleh beberapa kesimpulan dari penelitian mengenai Analisis Pengurangan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta Tahun 2025 sebagai berikut:

1. Regulasi tentang Upaya Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta sudah tersedia dan sudah ditetapkan secara tertulis oleh Direktur rumah sakit melalui Surat Keputusan Direktur Nomor 445/27.a/KPTS/I/2015 tertanggal 26 Januari 2015 tentang Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien dan 3 (tiga) Standar Prosedur Operasional (SPO) terkait Pengurangan Risiko Infeksi Pelayanan Kesehatan.
2. Implementasi upaya pengurangan risiko infeksi di pelayanan kesehatan sudah baik, melalui telusur wawancara, telusur observasi, telusur dokumen, dan simulasi diperoleh nilai skor 100% (seratus persen) artinya Terpenuhi Lengkap.
3. Hambatan yang masih ditemukan melalui laporan dari Komite PPI adalah masih ditemukan laporan kasus Infeksi Daerah Operasi (IDO) setelah tindakan pasien operasi dan temuan sampah infeksius seperti masker di area Poliklinik rawat jalan yang dibuang tidak pada tempatnya.

## Saran

Berdasarkan hasil kesimpulan penelitian, saran atau rekomendasi yang dapat peneliti sampaikan adalah :

1. Diharapkan kepada pimpinan rumah sakit untuk lebih aktif lagi dalam membangun

- budaya keselamatan pasien di rumah sakit melalui:
- a) Survey budaya keselamatan pasien di rumah sakit dengan kegiatan keliling (*rounding*).
  - b) Melakukan sosialisasi rutin dan berkelanjutan tentang langkah-langkah yang harus dilaksanakan oleh petugas dalam upaya pengurangan risiko infeksi di rumah sakit.
  - c) Sosialisasi kepada seluruh karyawan, pasien dan pengunjung tentang jenis sampah di rumah sakit dan himbuan membuang sampah pada tempatnya.
2. Diharapkan segera menindaklanjuti hasil evaluasi komite PPI dari kasus IDO melalui meningkatkan implementasi *bundle* pencegahan IDO yaitu dengan berkoordinasi dengan KPRA untuk mengevaluasi pemakaian Antibiotik (AB) Profilaksis.
  3. Memberikan edukasi kepada petugas rumah sakit khususnya petugas di ruang operasi pentingnya *hand hygiene* sebelum kontak ke pasien.
  4. Pendampingan *hand hygiene* terutama untuk ruang perawatan yang kepatuhan cuci tangannya (*hand hygiene*) < 80%.
  5. Penyediaan anggaran dana, pengelolaan, serta penyediaan tempat sampah di setiap unit/bagian di rumah sakit
- Daftar Pustaka**
- Carl Friedrich. (2017). Analisis Kebijakan Publik. *Analisis Kebijakan Publik, April*, 7.
- Collins, S. P., Storrow, A., Liu, D., Jenkins, C. A., Miller, K. F., Kampe, C., & Butler, J. (2021). *Pendidikan Sebagai Transformasi Kebudayaan*. 167–186.
- HAMZAH, Z. R. (2017). *FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KINERJAPERAWAT PELAKSANA DALAM MELAKSANAKAN PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT PEMERINTAH DAN RUMAH SAKIT SWASTA KOTA MAKASSAR TAHUN 2017*.
- Hartina Yuli. (2016). Gambaran Sikap dan Tindakan Bidan Dalam Mencegah Infeksi Nosokomial Dalam Lingkup Antenatal Care, Intranatal Care dan Post Natal Care di RSKD Ibu dan Anak Pertiwi Kota Makassar Tahun 2016. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- KARS. (2017). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1*.
- Milya, T. (2022). *PENGARUH PENGETAHUAN, SIKAP DAN TINDAKAN KELUARGA PASIEN TERHADAP PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUANGAN INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA DAERAH PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2022*. 4.
- Patricia, I. (2016). *Hubungan Faktor Perilaku dengan Pelaksanaan Langkah-langkah Hand Hygiene Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD dr. Rasidin Padang Tahun 2016*. 88, 1–23.
- Pyopyash, E. L., Nurjazuli, N., & Dewanti, N. A. Y. (2019). Kajian Pengelolaan Sampah Medis Di Rumah Sakit X Cilegon. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(3), 150–155. <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/27371>
- Rosidiana, A., & Rinawati, S. A. W. (2021). Anaesthesia Nursing Journal The Relationship Between The Operating Room Nurses' Compliance with The Area of Infection Risk (IDO) at RSUD Wonosari. *Sutejo Anaesthesia Nursing Journal*, 1(January 2021), 49–57. <https://doi.org/10.29238/anj.v1i1.1162>
- Sachwiver, B., Surya, L. S., & Elianora, D. (2019). Identifikasi Bakteri Pada 3 Permukaan Dental Unit (Bowl Rinse, Dental Chair, Instrument Table) Di Rsgm Universitas Baiturrahmah Tahun 2018. *B-Dent: Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Baiturrahmah*, 5(1), 65–71. <https://doi.org/10.33854/jbdjbd.140>
- Sari, E. W. P., & Satyabakti, P. (2015). The Difference of Nosocomial Urinary Tract Infection Risk Based on Characterization Urine, Age, and Diabetes Mellitus. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 3(2), 205. <https://doi.org/10.20473/jbe.v3i22015.205-216>
- Sumaryati, M. (2018). Pengaruh Tingkat Pengetahuan Perawat Dengan Perilaku Pencegahan Infeksi Nosokomial Pada Diruang Perawatan Rs Tajuddin Chalik

- Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 5(2), 33–46. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v5i2.31>
- Sundoro, T. (2020). Program Pencegahan dan Pengendalian Healthcare Associated Infections (Hais) di Rumah Sakit X. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Berkala*, 2(2), 25. <https://doi.org/10.32585/jikemb.v2i2.986>
- Sundoro, T., Rahaded, A. B., Zitri, I., Agustina, M., Fatihah, Z., & Karimah, N. M. (2019). Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 di RSUD Kota Yogyakarta. *Assosiasi Dosen Muhammadiyah Magister Administrasi Rumah Sakit*.
- WHO, 2007. WHO Interim Guideline Infection Prevention and control of epidemic and pandemic prone acute respiratory diseases in health care.
- WHO, 2002. Prevention of Hospital Acquired Infections. 2nd edition.