

# PROGRAM

---

## **Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit Tahun 2023**



**Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan**

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611

Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756- 21398

**PROGRAM KERJA**  
**PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI**  
**DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**  
**TAHUN 2023**

**I. PENDAHULUAN**

Penyakit infeksi masih merupakan salah satu masalah kesehatan di dunia, termasuk Indonesia. Ditinjau dari didapatnya infeksi berasal dari komunitas (*Community Acquired Infection*) atau berasal dari rumah sakit (*Healthcare Associated Infections*) yang sebelumnya dikenal dengan istilah infeksi nosokomial. Seiring dengan berkembangnya sistem pelayanan kesehatan khususnya dalam bidang perawatan pasien, saat ini perawatan tidak hanya di rumah sakit saja melainkan di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, bahkan perawatan di rumah (*home care*). Tindakan medis yang dilakukan oleh petugas kesehatan bila dilakukan tidak sesuai prosedur berpotensi untuk menularkan penyakit infeksi baik bagi pasien, pengunjung bahkan bagi petugas kesehatan sendiri. Saat ini istilah infeksi nosokomial diganti dengan istilah baru yaitu *Health Care Associated Infections* (HAIs) dengan pengertian yang lebih luas tidak hanya di rumah sakit tetapi juga di fasilitas pelayanan kesehatan.

Sesuai dengan hal tersebut berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Kesehatan maka Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi menyusun Program Kerja Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2023. Program kerja pencegahan pengendalian infeksi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2023 berfokus pada Kewaspadaan Isolasi (kewaspadaan standar dan kewaspadaan transmisi), Surveilans, pencegahan infeksi melalui *Bundles*, ICRA (*Infection Control Risk Assesment*) , Pendidikan dan Pelatihan.

**II. LATAR BELAKANG**

Angka infeksi yang terjadi di Rumah Sakit bisa semakin tinggi dan jumlah hari rawat yang semakin panjang bisa di sebabkan oleh karena infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan, dimana angka infeksi yang terdata pada tahun 2022 data HAIs yaitu; PLEBITIS: 0,3 ‰, ISK 0,2 ‰, IDO 0,03%, VAP,IADP, dan HAP (0‰)

Angka kepatuhan cuci tangan 86,7%, Angka kepatuhan pemakaian Alat Pelindung Diri (APD); 87,1%. Angka tertusuk jarum dan benda tajam sebanyak 2 kejadian.

Berdasarkan data tersebut, maka program kerja PPI tahun 2023 dibuat berdasarkan ICRA tahun 2022.

### **III. TUJUAN UMUM DAN TUJUAN KHUSUS**

#### **3.1 TUJUAN UMUM**

Meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit melalui pencegahan dan pengendalian infeksi yang dilakukan oleh semua unit Rumah Sakit serta menurunkan angka kejadian HAIs (*Healthcare Associated Infections*) tahun 2023.

#### **3.2 TUJUAN KHUSUS**

1. Terlaksananya audit dan monitoring kepatuhan pelaksanaan kebersihan tangan dengan five moment
2. Terlaksananya audit dan monitoring kepatuhan penggunaan APD yang tepat
3. Terlaksananya audit dan monitoring kepatuhan pembuangan limbah
4. Terlaksananya audit dan monitoring pengendalian lingkungan
5. Terlaksananya audit dan monitoring kepatuhan pengelolaan alat kesehatan
6. Terlaksananya audit dan monitoring kepatuhan pelaksanaan penatalaksanaan linen
7. Terlaksananya audit dan monitoring kesehatan petugas
8. Terlaksananya audit dan monitoring penempatan pasien
9. Terlaksananya audit dan monitoring pelaksanaan penyuntikan yang aman
10. Terlaksananya audit dan monitoring kepatuhan pelaksanaan etika batuk
11. Terlaksananya kepatuhan kewaspadaan transmisi; kontak, droplet dan *airborne*
12. Terlaksananya *surveilans HAIs*
13. Terlaksananya *bundles HAIs* melalui audit
14. Terlaksananya Pengkajian Risiko; ICRA (*Infection Control Risk Assessment*)
15. Terlaksananya pendidikan dan pelatihan PPI

#### IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

##### 4.1 SUMBER DAYA MANUSIA

Tabel 4.1 Kebutuhan Jumlah SDM

| Jabatan    | Jumlah SDM |                  |           |
|------------|------------|------------------|-----------|
|            | Standar    | Kondisi saat ini | Kebutuhan |
| Ketua      | 1          | 1                | -         |
| Sekretaris | 1          | 1                | -         |
| IPCD       | 1          | 0                | -         |
| IPCN       | 2          | 2                | -         |
| IPCLN      | 14         | 14               | -         |

Tabel 4.2 Kebutuhan Pemenuhan Kualitas SDM

| Jabatan    | Pendidikan |          |           | Sertifikasi |            |                    |
|------------|------------|----------|-----------|-------------|------------|--------------------|
|            | Standar    | Saat ini | Kebutuhan | Standar     | Saat ini   | Kebutuhan          |
| Ketua      | Dokter     | Dokter   | -         | PPI Dasar   | PPI Dasar  | IPCD, TOT          |
| Sekretaris | Ners       | Ners     | -         | PPI Dasar   | PPI Dasar  | Re-Sertifikasi     |
| IPCD       | Dokter     | Dokter   | -         | IPCD Dasar  | IPCD Dasar | IPCD Lanjutan, TOT |
| IPCN       | Ners       | Ners     | -         | IPCN Dasar  | IPCN Dasar | IPCN Lanjut, TOT   |

##### 4.2 FASILITAS

Tabel 4.3 Fasilitas

| No | Kegiatan Pokok              | Rincian Kegiatan  |
|----|-----------------------------|---|
| 1  | Kebutuhan Alat Tulis Kantor | alat tulis kantor meliputi kertas, alat tulis, map, tinta printer, dll  |
| 2  | Kebutuhan Seragam           | Kebutuhan seragam pegawai PPI   |
| 3  | Kebutuhan Elektronik        | Kebutuhan Laptop, Printer, Pointer  |
| 4  | Kebutuhan Alat Rumah Tangga | Kebutuhan Meja, Lemari, Kursi   |
| 5  | Kebutuhan Hand Hygiene      | Tissue toilet, Hand soap, Handrub sesuai kebutuhan ruangan  |
| 6  | Kebutuhan APD               | Masker N95, Masker bedah, Gown, Apron, Sepatu boot, Sandal plastik tertutup, Google, Face sheild, Hair Cap sesuai |

|    |   |  |
|----|---|--|
|    |   | indikasi dan kebutuhan ruangan   |
| 7  | Kebutuhan Pengelolaan Limbah            | Safety box, Kotak sampah infeksius, kotak sampah non infeksius, plastik sampah infeksius, plastik sampah non infeksius, tempat sampah sitostatika  |
| 8  | Kebutuhan Kebersihan                    | APD petugas kebersihan termasuk sarung tangan rumah tangga, perlengkapan kebersihan  |
| 9  | Kebutuhan Pengelolaan Alat Kesehatan    | Kebutuhan sesuai Instalasi CSSD  |
| 10 | Kebutuhan Linen                         | Kebutuhan Linen Ruangan minimal 3Par, tong plastik tertutup dan ada injakan untuk linen infeksius dan non infeksius  |
| 11 | Kebutuhan Pemeriksaan Kesehatan Petugas | pemeriksaan kesehatan petugas kesehatan, terutama petugas yang bekerja di ruang pelayanan berisiko tinggi infeksi  |
| 12 | Kebutuhan ruang Isolasi <i>Airborne</i> | kebutuhan ruang perawatan isolasi <i>airborne</i> bertekanan negatif   |
| 13 | Kebutuhan Edukasi dan Pelatihan         | pemberian edukasi kepada; pasien, keluarga pasien, dan pengunjung RS, Sosialisasi pada orientasi pegawai baru, pelatihan diberikan kepada petugas klinis, re-sosialisasi diberikan kepada pegawai non klinis |
| 14 | Pemeliharaan Alat                       | Melakukan pemeliharaan AC, komputer, printer, dan alat elektronik lainnya  |
| 15 | Kebutuhan Ruang Pertemuan               | Pengajuan ruang pertemuan  |

#### 4.3 PENGEMBANGAN PELAYANAN

Tabel 4.4 Pelayanan PPI

| No | Kegiatan Pokok      |                      | Rincian Kegiatan  |
|----|---------------------|----------------------|---|
| 1  | Kewaspadaan Isolasi |                      |   |
|    | a.                  | Kewaspadaan Standar  |   |
|    |                     | 1) Kebersihan Tangan | <ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan audit kepatuhan cuci tangan dengan <i>five moment</i> untuk petugas dengan indikator capaian 85%</li> <li>Edukasi dan re-edukasi cuci tangan pada pasien, keluarga dan pengunjung</li> </ul> |

|    |                                      |  |   |
|----|--------------------------------------|--|---|
|    |                                      |  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Melakukan sosialisasi dan re-sosialisasi pada petugas, serta mahasiswa praktik</li><li>• Pengadaan poster, leaflet, banner kebersihan tangan, <i>five moment</i> dan anjuran pasien untuk menegur petugas jika tidak mencuci tangan</li><li>• Lomba cuci tangan pada hari <i>Hand Hygiene</i> sedunia 15 Oktober 2023</li><li>• Melakukan audit ketersediaan fasilitas <i>hand hygiene</i> di ruangan</li><li>• Membuat usulan kelengkapan fasilitas <i>hand hygiene</i> di ruangan</li></ul> |
| 2) | Penggunaan APD (Alat Pelindung Diri) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Edukasi dan Re-Edukasi penggunaan APD sesuai indikasi</li><li>• Monitoring dan evaluasi ketersediaan APD</li><li>• Membuat Usulan APD sesuai kebutuhan ruangan</li><li>• Pemasangan poster penggunaan APD, alur dan peta penggunaan dan pelepasan APD</li><li>• Audit penggunaan APD sesuai indikasi dan pelepasannya pada petugas dengan target capaian 100%</li><li>• Usulan kebutuhan APD sesuai dengan kebutuhan ruangan</li></ul> |   |
| 3) | Pengelolaan alat Kesehatan           |  |   |
|    | a) Kritisal                          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Proses sterilisasi pada alat</li><li>• Pertemuan untuk program sentralisasi proses dekontaminasi dan sterilisasi</li><li>• Laporan kegiatan sentralisasi dan audit CSSD</li><li>• Melakukan analisis dan rencana tindak lanjut hasil audit</li></ul>   |   |
|    | b) Semi Kritisal                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Proses dekontaminasi tingkat tinggi pada alat yang terkena lapisan mukosa tubuh</li><li>• Melakukan audit pelaksanaan kegiatan dekontaminasi di CSSD</li></ul>   |   |

|  |    |  |  |
|--|----|--|--|
|  |    |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Menyusun laporan, analisis dan rencana tindak lanjut hasil audit</li> </ul>   |
|  |    | c) Non Kritikal                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Proses dekontaminasi menggunakan detergen atau cairan antiseptik pada alat yang terkena permukaan kulit yang utuh</li> <li>dilakukan pemantauan/audit pelaksanaan dekontaminasi non kritikal setelah pemakaian</li> <li>Menyusun laporan, analisa dan rencana tindak lanjut hasil audit</li> </ul>  |
|  |    | d) <i>Single Use</i> yang di <i>Re-use</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoring terhadap kebijakan <i>single-use</i> yang di <i>re-use</i></li> <li>Monitoring dengan audit observasi praktek <i>single use</i> yang di <i>re-use</i></li> <li>Menyusun laporan, analisis dan rencana tindak lanjut hasil audit</li> </ul>   |
|  | 4) | Pengendalian Lingkungan                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoring pembersihan area pelayanan, penunjang pelayan dan lingkungan rumah sakit</li> <li>Monitoring terhadap kegiatan pemeliharaan, renovasi dan kontruksi di rumah sakit</li> <li>Monitoring dan evaluasi pembersihan area permukaan rumah sakit</li> </ul>  |
|  | 5) | Pengelolaan Limbah dan benda tajam         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoring pembuangan limbah infeksius, darah, produk darah dan cairan tubuh.</li> <li>Monitoring pembuangan limbah benda tajam dan jarum suntik bekas</li> <li>Evaluasi ketersediaan speol hoek di rumah sakit</li> <li>audit dan laporan pajanan limbah benda tajam dan cairan infeksius</li> <li>Evaluasi ketersediaan kotak sampah injakan</li> </ul> |
|  | 6) | Penatalaksanaan Linen                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Linen Infeksius dan non infeksius dipisahkan dan diletakkan dalam wadah injakan yang tertutup</li> <li>Pelaksanaan audit transportasi linen, pencucian, pengeringan dan proses distribusi</li> </ul>  |

|  |     |                                     |  |
|--|-----|-------------------------------------|--|
|  |     |                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan monitoring dan audit tentang kepatuhan petugas dalam pengelolaan I</li> <li>• Menyusun laporan, analisa dan rencana tindak lanjut hasil audit</li> </ul>  |
|  | 7)  | Penempatan Pasien                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempatkan pasien infeksius/menular di ruang terpisah/isolasi</li> <li>• tempat tidur berjarak &gt;1 m, bila tidak memungkinkan lakukan kohorting</li> <li>• Berikan edukasi untuk penerapan kewaspadaan isolasi sesuai cara transmisi penyebab infeksi</li> <li>• Pisahkan pasien yang tidak dapat menjaga kebersihan lingkungannya (pasien sakit jiwa/tidak terkendali)</li> </ul> |
|  | 8)  | Kebersihan pernafasan (etika batuk) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan edukasi pada pasien, keluarga dan pengunjung rumah sakit tentang etika batuk</li> <li>• Mengusulkan leaflet dan brosur tentang etika batuk</li> <li>• Melakukan audit pelaksanaan edukasi tentang etika batuk di ruang perawatan</li> </ul>   |
|  | 9)  | Penyuntikan yang aman               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan audit penyuntikan yang aman</li> </ul>  |
|  | 10) | Perlindungan Kesehatan Petugas      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adanya pemeriksaan kesehatan secara reguler untuk yang berisiko infeksi</li> <li>• Pemberian imunisasi Hepatitis pada tempat yang berisiko</li> <li>• Ada alur pada petugas kesehatan jika terjadi luka tusuk jarum atau benda yang tajam lainnya</li> <li>• Ada APD Masker N95 di ruang isolasi airborne</li> </ul>  |
|  | 11) | Praktik Lumbal Fungsi               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audit Penggunaan APD saat tindakan Lumbal Fungsi jika ada tindakan lumbal fungsi</li> </ul>   |
|  | b.  | Kewaspadaan Transmisi               |  |
|  | 1)  | Kontak                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penempatan pasien kamar tersendiri atau kohorting</li> <li>• Alur pasien tidak perlu khusus</li> <li>• Penangan udara khusus tidak ada</li> <li>• Ketersediaan APD; gaun dan sarung tangan</li> </ul>   |



|   |            |    |  |
|---|------------|----|--|
|   |            |    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audit Kepatuhan cuci tangan dan penggunaan APD sesuai indikasi</li> </ul>   |
|   |            | 2) | <i>Droplet</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audit penempatan pasien dan transfer pasien</li> <li>• Penempatan pasien kamar tersendiri atau kohorting</li> <li>• Pastikan Jarak pasien &gt;1.5 m</li> <li>• Ketersediaan APD masker bedah, face shield</li> <li>• lakukan audit penempatan pasien dan transfer pasien</li> <li>• lakukan audit kebersihan tangan dan penggunaan APD sesuai indikasi</li> </ul>  |
|   |            | 3) | <i>Udara/Airborne</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penempatan pasien kamar tersendiri jika tidak memungkinkan kohorting</li> <li>• Penempatan pasien di ruang isolasi dengan tekanan negatif atau dengan pertukaran udara &gt;12 x/jam (12 <i>Air Changes per Hour/ACH</i>)</li> <li>• Pastikan pintu kamar pasien selalu tertutup</li> <li>• Alur pasien tersendiri</li> <li>• Edukasi pasien dan keluarga tentang cuci tangan, penggunaan masker bedah untuk pasien dan keluarga, pintu kamar harus tertutup, etika batuk</li> <li>• Ketersediaan APD lengkap dan masker N95 untuk petugas</li> <li>• lakukan audit penempatan pasien dan transfer pasien</li> <li>• lakukan audit kebersihan tangan dan penggunaan APD sesuai indikasi</li> </ul> |
| 2 | Surveilans |    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melaksanakan Surveilans : IADP (Infeksi Aliran Daerah Primer), ISK (Infeksi Saluran Kemih), VAP (<i>Ventilator Associated Pneumonia</i>), HAP (<i>Hospital Acquired Pneumonia</i>), IDO (Infeksi Daerah Operasi), PLEBITIS</li> <li>• Pengolahan data surveilans</li> <li>• Analisa data surveilans</li> <li>• Penyusunan laporan surveilans hasil audit</li> <li>• Perencanaan rencana tindak lanjut terkait hasil audit</li> </ul>  |

|   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
|   |                          | menggunakan PDSA   |
|   |                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paparan pelaksanaan hasil laporan infeksi rumah sakit dengan unit kerja</li> <li>• Monitoring dan evaluasi kembali setelah paparan laporan kegiatan dan perencanaan tindak lanjut terkait hasil audit menggunakan PDSA.</li> </ul>  |
| 3 | Pencegahan Infeksi       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelaksanaan audit <i>bundles</i> HAIs (IAD, PLABSI/PLEBITIS, ISK, IDO)</li> <li>• Melakukan audit kepatuhan cuci tangan dan kepatuhan penggunaan APD sesuai indikasi</li> <li>• Penyusunan ICRA</li> <li>• Monitoring dan peningkatan fasilitas ruang Isolasi</li> <li>• Laporan Audit ruang Isolasi</li> </ul>   |
| 4 | Pendidikan dan pelatihan | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyusun Kerangka Acuan Kegiatan (KAK) pelatihan dan edukasi</li> <li>• Melakukan edukasi pada pasien, keluarga dan pengunjung rumah sakit</li> <li>• Melakukan sosialisasi dan re-sosialisasi pada petugas, serta mahasiswa praktik</li> <li>• Melakukan sosialisasi pada orientasi pegawai baru</li> <li>• Melakukan In House Training atau mengusulkan pelatihan bagi petugas</li> <li>• Usulan pelatihan IPCN lanjutan dan TOT Petugas Kesehatan</li> </ul> |

#### 4.4 MUTU

Tabel 4.5 Mutu

| No | Kegiatan Pokok                | Standar |
|----|-------------------------------|---------|
| 1  | Kepatuhan APD                 | 100%    |
| 2  | Kepatuhan <i>Hand Hygiene</i> | 85%     |
| 3  | Angka Kejadian VAP            | < 5.8 ‰ |
| 4  | Angka Kejadian ISK            | < 4.7 ‰ |
| 5  | Angka Kejadian IADP           | < 3.5 ‰ |

|    |   |       |
|----|---|-------|
| 6  | Angka Kejadian IDO  | < 2 ‰ |
| 7  | Angka Kejadian HAP  | < 1 ‰ |
| 8  | Angka Kejadian PLEBITIS   | < 1 ‰ |
| 9  | Angka kejadian tertusuk jarum   | 0%    |
| 10 | Pendidikan dan Pelatihan Orientasi pegawai baru, mahasiswa, pasien, keluarga dan pengunjung | 100%  |

#### 4.5 KESELAMATAN KERJA

Tabel 4.7 Keselamatan Kerja

| No | Risiko Keselamatan                      | Upaya Pencegahan Risiko   |
|----|---|---|
| 1  | Risiko Tertusuk jarum                   | • Lakukan re-sosialisasi menyuntik yang aman dan pengelolaan limbah benda tajam |
|    |   | • Lakukan Audit menyuntik yang aman   |
|    |   | • Lakukan audit pengelolaan limbah benda tajam                                  |
|    |   | • Lengkapi fasilitas safety box tahan terhadap air dan tusukan                  |
| 2  | Risiko terkena paparan cairan infeksius | • Lakukan re-sosialisasi pengelolaan limbah cair infeksius                      |
|    |   | • Lakukan audit pengelolaan limbah benda tajam                                  |
|    |   | • Lakukan audit kepatuhan penggunaan APD  |
|    |   | • Lengkapi fasilitas APD dan fasilitas pembuangan limbah cair infeksius         |

#### 4.6 PENCEGAHAN INFEKSI

Tabel 4.7 Pencegahan Infeksi

| No | Risiko Infeksi | Upaya Pencegahan Risiko                                    |
|----|----------------|--|
| 1  | Risiko HAIs    | • Penerapan <i>Bundles HAIs</i>                            |
|    |                | • Lakukan Surveilans HAIs                                  |
|    |                | • Penerapan Kewaspadaan Standar                            |
|    |                | • Penerapan Kewaspadaan Transmisi                          |
|    |                | • Lakukan Edukasi PPI pada pasien, keluarga dan pengunjung |

### V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

#### 5.1 SUMBER DAYA MANUASI (SDM)

- Kebutuhan IPCN dan IPCD sudah sesuai dengan jumlah tempat tidur, dimana setiap 1 IPCN bertanggung jawab 100 TT, saat ini jumlah TT di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan
- Kebutuhan akan pelatihan SDM yang dibutuhkan di Komite PPI di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan 100% IPCN dan IPCD sdh

pelatihan minimal IPCN dasar dan IPCD dasar, namun perlu dilanjutkan dengan pelatihan IPCD lanjutan 1 orang, dan IPCN lanjutan 2 orang

- Untuk kebutuhan akan re-sertifikasi PPI dasar yang dibutuhkan setiap 4 tahun sekali, maka diperlukan Trainer Petugas Kesehatan sebanyak 3 orang (1 orang IPCD dan 2 orang IPCN) baik dilakukan secara luring ataupun daring, sehingga RSUD dr. M. Yunus dapat melaksanakan In House Training dengan menggunakan trainer lokal yang sudah tersertifikasi TOT.

## 5.2 FASILITAS

- Fasilitas yang dibutuhkan di ruangan Komite PPI adalah kebutuhan akan jaringan internet yang memadai agar memudahkan dalam proses update ilmu SDM
- Kebutuhan perawatan elektronik seperti: AC, Printer, Komputer perlu dilakukan secara rutin dan berkala
- Saat ini tidak ada ruang pertemuan untuk diskusi dan koordinasi di ruang komite PPI, dimana sering dilakukan koordinasi dan pertemuan dengan link PPI..
- Pengajuan fasilitas kewaspadaan standar dan kewaspadaan isolasi sesuai kebutuhan ruangan.

## 5.3 PELAYANAN

Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi pada tahun 2023 akan dijabarkan dalam kegiatan sebagai berikut:

### 5.3.1 KEWASPADAAN ISOLASI

#### A. Kewaspadaan Standar

##### 1) Kebersihan Tangan

Untuk meningkatkan kepatuhan cuci tangan dengan menerapkan *five moment* sesuai WHO, maka perlu dilakukan beberapa pelaksanaan kegiatan sebagai berikut:

- a) Melakukan analisa hasil audit kepatuhan cuci tangan tahun 2022 yang hanya mencapai 86,7%
- b) Melakukan analisa audit kelengkapan cuci tangan tahun 2022
- c) Melakukan audit rutin *five moment* dan 6 langkah cuci tangan baik menggunakan sabun atau hand rub
- d) Melakukan audit fasilitas cuci tangan
- e) Melakukan re-sosialisasi *five moment* dan 6 langkah cuci tangan pada petugas PPA maupun non PPA

##### 2) Penggunaan APD (Alat Pelindung Diri)

Sesuai standar, kepatuhan penggunaan APD harus 100%, sedangkan data tahun 2022 kepatuhan penggunaan APD petugas hanya 87.1%, sehingga ini sangat beresiko terjadi transmisi penularan baik kontak, droplet maupun *airborne*. Oleh sebab itu perlu strategi yang tepat untuk meningkatkan kepatuhan penggunaan APD dengan cara sebagai berikut:

- a) Melakukan evaluasi ketersediaan APD dan kebutuhan APD
- b) Melakukan koordinasi dengan IPCLN masing – masing ruangan dan bagian pengadaan BMHP terkait ketersediaan APD.
- c) Melakukan audit penggunaan APD sesuai indikasi (tidak berlebihan dan tidak kurang)
- d) Melakukan audit kepatuhan pelepasan APD dan proses dekontaminasi APD terutama pada ruangan dengan risiko infeksi tinggi
- e) Melakukan re-sosialisasi penggunaan APD sesuai indikasi kepada orientasi pegawai baru, Mahasiswa, petugas, terutama pada ruangan berisiko tinggi dan risiko.
- f) Membuat ICRA jika angka kepatuhan penggunaan APD masih rendah.

### 3) Pengelolaan Alat Kesehatan

- a) Kritisal
  - Pelaksanaan dekontaminasi, *pre cleaning*, Cleaning, sterilisasi dan pengemasan sudah tersentralisasi di CSSD
  - Melakukan audit pelaksanaan sterilisasi
- b) Semi Kritisal
  - Pelaksanaan dekontaminasi dan pengemasan dilakukan di CSSD
- c) Non Kritisal
  - Pelaksanaan dekontaminasi pada alat yang terkena lapisan kulit luar yang utuh, seperti manset tensimeter, termometer, stetoscope, dibersihkan segera setelah digunakan
  - Dilakukan audit pelaksanaan dekontaminasi peralatan non kritisal
- d) Kebijakan alur *single-use* yang di *re-use*  
Untuk penggunaan alat yang seharusnya *single-use* namun dengan alasan tertentu dengan diberlakukan kebijakan dari direktur untuk dapat di *re-use*, ini hanya

berlaku pada alat yang susah untuk mendapatkannya dan dengan harga yang mahal dan alat yang kemasan sudah terlepas tetapi belum digunakan dan kadaluarsanya masih lama dapat dilakukan *re-use*.

- Mengusulkan pengadaan *eye wash* di ruang CSSD

4) Pengendalian Lingkungan

- Melakukan audit keseluruhan permukaan lingkungan baik bebas dari debu, sampah, dan jamur
- Melakukan audit pelaksanaan dekontaminasi ruangan resiko tinggi.
- Melakukan audit adanya vektor: serangga dan binatang pengganggu seperti kucing dan anjing dilakukan rumah sakit
- Membuat jadwal kebersihan ruangan (gotong royong) berkoordinasi dengan kesling dan koordinator kebersihan.
- Monitoring terhadap kegiatan pemeliharaan, renovasi dan kontruksi di rumah sakit
- Membuat ICRA pengendalian lingkungan

5) Pengelolaan Limbah dan benda tajam

- Monitoring pembuangan limbah infeksius, darah, produk darah dan cairan tubuh.
- Monitoring pembuangan limbah benda tajam dan jarum suntik bekas
- Melakukan evaluasi kejadian tertusuk jarum dan pajanan cairan infeksius
- Membuat ICRA penanganan limbah dan benda tajam
- Melakukan edukasi dan re-sosialisasi penanganan limbah dan benda tajam
- Berkoordinasi dengan kesling untuk usulan kebutuhan kotak sampah yang ada injakan

6) Penatalaksanaan Linen

- Melakukan audit pelaksanaan penanganan linen diruangan
- Melakukan audit transportasi linen bersih dan kotor
- Melakukan audit penerapan PPI di unit laundry
- Berkoordinasi dengan unit laundry untuk pengusulan alat transportasi linen bersih dan kotor yang sesuai standar

- Mengusulkan pengadaan *eye wash*
  - Pengusulan sentralisasi pengelolaan linen (Instalasi Laundry dengan rincian kebutuhan SDM, pelebaran lokasi, rak penyimpanan linen bersih sebelum di distribusikan.
  - Pengusulan tempat linen yang menggunakan injakan
- 7) Perlindungan Kesehatan Petugas
- Berkoordinasi dengan anggota PPI lainnya (Kesling, K3) untuk pemeriksaan kesehatan maupun vaksinasi pada petugas kesehatan terutama di area risiko tinggi dan sangat tinggi.
  - Melakukan analisa, ketersediaan APD untuk petugas, terutama masker N95/KN95 di ruang penanganan pasien dengan transmisi *airborne*
- 8) Penempatan Pasien
- Melakukan pengkajian risiko penempatan pasien
  - Melakukan koordinasi untuk penempatan pasien isolasi ataupun kohorting saat terjadi *outbreak airborne*
  - Membuat analisa dan rekomendasi untuk penempatan pasien *immunocompromise*
  - Melakukan audit penempatan pasien
- 9) Kebersihan Pernapasan (Etika Batuk)
- Melakukan edukasi, re-edukasi pada pasien, pengunjung rumah sakit
  - Melakukan analisa fasilitas edukasi baik melalui media elektronik (video, tiktok, dan media sosial lainnya), maupun melalui media non elektronik (spanduk, banner, lifleat)
  - Melakukan audit pelaksanaan edukasi etika batuk di ruangan
- 10) Praktek menyuntik yang aman
- Melakukan re-sosialisasi praktek menyuntik yang aman pada petugas, mahasiswa
  - Melakukan audit menyuntik yang aman
- 11) Praktik Lumbal pungsi
- Ketersediaan ruangan lumbal fungsi yang standar

- Ketersediaan APD

#### B. Kewaspadaan Transmisi

##### 1) Kontak

- Melakukan sistem kohorting untuk penempatan pasien
- Melakukan pengkajian ketersediaan APD khusus transmisi kontak
- Melakukan audit kepatuhan cuci tangan dan penggunaan APD sesuai indikasi

##### 2) Percikan/*Droplet*

- Melakukan sistem isolasi jika memungkinkan atau kohorting untuk penempatan pasien jika terjadi *outbreak*
- Melakukan pengkajian ketersediaan APD khusus transmisi kontak
- Melakukan audit kepatuhan cuci tangan dan penggunaan APD sesuai indikasi

##### 3) Udara/*airborne*

- Melakukan sistem isolasi jika memungkinkan atau kohorting untuk penempatan pasien jika terjadi *outbreak*
- Melakukan pengkajian ketersediaan APD khusus transmisi *airborne*
- Melakukan audit kepatuhan cuci tangan dan penggunaan APD sesuai indikasi
- Melakukan audit penempatan pasien serta transfer pasien

#### 5.3.2 SURVEILANS

- 1) Melaksanakan Surveilans : IADP (Infeksi Aliran Daerah Primer), ISK (Infeksi Saluran Kemih), VAP (*Ventilator Associatted Pneumonia*), HAP (*Hospital Associated Pneumoni*) IDO (Infeksi Daerah Operasi), PLEBITIS, dan infeksi lainnya. Timbulnya Infeksi Baru/timbulnya infeksi di masyarakat Emerging dan Re-Emerging : MERS, dan *outbreak airborne* (Covid-19).
- 2) Pengolahan data surveilans
- 3) Analisa data surveilans
- 4) Penyusunan laporan surveilans
- 5) Evaluasi dengan pembuatan ICRA program prioritas tahun 2023

#### 5.3.3 PENDIDIKAN DAN PELATIHAN



Pelatihan dan Pendidikan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dilakukan pada:

- a) Orientasi pegawai baru dan mahasiswa.
- b) Staf klinis (Dokter, Perawat dan bidan , petugas Gizi,petugas Farmasi)
- c) Staf Penunjang klinis/ pelayanan (petugas lab, Petugas Radiologi, , kesling, laundry, kamar jenazah, CSSD, Tenaga kesehatan lainnya)
- d) Pasien dan keluarga
- e) Pengunjung
- f) dan Masyarakat sekitar Rumah Sakit

Adapun Peningkatan kemampuan petugas dalam penerapan PPI di ruangan maka IPCN, IPCD melakukan sosialisasi, pelatihan pada petugas baru ataupun petugas lama secara berkesinambungan , materi yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan. Untuk petugas yang baru sosialisasi diberikan saat petugas tersebut melakukan orientasi di rumah sakit selama 3 hari di ruang PPI .

- Sedangkan koordinasi pelaksanaan pendidikan dan pelatihan: untuk pelatihan *Inhouse Training internal/ eksternal* rumah sakit, Komite PPIRS bekerjasama dalam pelaksanaannya dengan bagian Diklat rumah sakit.
- Pengajuan TOR dan kerangka acuan kegiatan pelatihan PPI ke bagian Diklat RSUD Dr. Muhammad Zein Painan untuk petugas berdasarkan area kerja.
- Kegiatan orientasi PPI kepada mahasiswa praktek di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dilakukan setiap kali penerimaan mahasiswa yang akan praktek di rumah sakit yang bekerjasama dengan bagian Komkordik Rumah Sakit IPCN atau IPCD memberikan sosialisasi tentang PPI.
- Kegiatan edukasi PPI juga diberikan kepada petugas kontrak (cleaning service, petugas taman, petugas parkir, satpam, petugas service AC, , petugas pengelola limbah cair, dan petugas yang mengerjakan proyek pemeliharaan, renovasi bila memungkinkan)

#### 5.3.4 PENCEGAHAN INFEKSI

- 1) Peningkatan dan monitoring pencegahan infeksi Pelaksanaan audit bundle HAIs; IADP, VAP, ISK .IDO,PLEBITIS, dipantau secara terus menerus untuk mengurangi dampak infeksi dikarenakan pemasangan alat invasive pada pasien di unit kerja masing-masing. IPCN dalam hal ini melakukan peningkatan

edukasi bundle HAIs dan pembuatan leaflet bundle IADP, ISK,VAP,IDO yang dibagikan ke setiap ruangan yang melayani pasien dengan pemasangan alat invasive dan Operasi..

- a. Penyusunan laporan hasil audit, dilakukan setiap bulan di awal bulan berikutnya setelah semua laporan dari setiap ruangan terkait sudah terkumpul semua.
  - b. Perencanaan rencana tindak lanjut terkait hasil audit menggunakan PDSA; hasil dari temuan pada ruangan tertentu yang menunjukkan angka infeksi lebih tinggi dari lainnya akan dilakukan tindak lanjut sesuai dengan perbandingan hasil survey sebelumnya yaitu dengan melakukan re- edukasi pelaksanaan bundle HAIs (sosialisasi atau praktek teknik pemasangan alat invasive sesuai dengan temuan)
  - c. Paparan dengan unit kerja laporan dan rencana tindak lanjut/PDSA; Temuan dari laporan infeksi HAIs akan dilakukan pemaparan dengan mengundang karu, link PPI dan bagian terkait lainnya guna mencari pemecahan untuk meningkatkan pelayanan pasien yang lebih baik lagi sehingga dampak infeksi pada pasien bisa di kurangi untuk yang akan datang.
  - d. Pelaksanaan pencegahan IRS oleh unit kerja didampingi Komite PPI, pengawasan dalam pelaksanaan kegiatan yang terkait dengan pencegahan infeksi dilakukan secara terus menerus terutama pada area kerja yang bersangkutan bila terjadi temuan yang menunjukkan presentase tertinggi.
  - e. Monitoring evaluasi dan laporan kegiatan. Dari hasil monitoring akan di evaluasi kembali sampai area kerja tersebut sudah menunjukkan penurunan presentasi infeksi HAIsnya dan di buat laporan sebagai dokumentasinya.
- 2) Monitoring pelayanan hygiene sanitasi makanan di Instalasi Gizi.
- a. pelaksanaan audit pelayanan hygiene sanitasi makanan di Instalasi gizi yaitu dengan tetap melakukan audit kepatuhan petugas menjalankan PPI gizi setiap saat sehingga menjadi budaya kerja .
  - b. Adapun yang diaudit antara lain peralatan masak yang digunakan, perlengkapan makanan, pemakaian APD petugas, kepatuhan cuci tangan, alur pelaksanaan kerja petugas serta kebersihan area kerja di instalasi gizi.

- c. laporan audit di buat dengan tetap melibatkan petugas gizi yang bertanggung jawab sebagai anggota komite PPI di instalasi gizi.
- 3) Monitoring Kamar Jenazah
- a. Monitoring dan evaluasi kamar Jenazah berupa kebersihan, kepatuhan pemakaian APD pada petugas dan kebersihan tangan serta alur penerimaan jenazah dan pengiriman jenazah dari kamar jenazah sesuai dengan SOP yang telah ditetapkan
  - b. Dilakukan pemantauan kebutuhan ruang kamar jenazah ketersediaan fasilitas yang ada kaitanya dengan pencegahan transmisi saat pelaksanaan pemulasaran jenazah.
  - c. Melakukan re-sosialisasi terkait pelaksanaan pemulasaran jenazah infeksi.
- 4) Monitoring dan peningkatan fasilitas prosedur isolasi dan adanya kejadian disaster infeksi dilakukan oleh IPCN dengan koordinasi dengan IPCLN di ruangan..
- a. Koordinasi dengan IPSRS untuk renovasi atau peningkatan fasilitas ruang isolasi di ICU, kamar bersalin, Instalasi gawat darurat, kamar operasi dan ruangan khusus transmisi airborne yang bertekanan negatif.
  - b. Monitoring pelaksanaan kegiatan ,dilaksanakan setiap saat supervisi ke ruangan isolasi dan ruangan-ruangan yang menerapkan kohorting di setiap ruangan terutama pasien-pasien yang penularanya melalui transmisi *airboren* atau droplet.
  - c. Monitoring ruang isolasi dilakukan mengguakan check list yang telah dibuat oleh PPI
  - d. Laporan audit ruang isolasi dibuat dalam 1 bulan sekali dimana hasil dari laporan dilakukan analisa dan rencana tindak lanjut setiap 3 bulan.

#### **5.4 MUTU**

- Laporan surveilans HAIs, ICRA program dan hasil evaluasi program dilakukan koordinasi dengan komite mutu, dan dilakukan pertemuan rutin setiap 3 bulan untuk membahas analisa data.

#### **5.5 KESELAMATAN KERJA**

- Untuk mengurangi infeksi akibat kerja, seperti paparan limbah cair infeksius ataupun paparan limbah benda tajam, maka dilakukan audit penanganan limbah dan benda tajam

- Melakukan koordinasi dengan tim pengadaan (PPK) untuk ketersediaan akan APD di untuk petugas
- Koordinasi dengan K3, Kesling untuk pelaksanaan pemeriksaan berkala petugas di ruang yang beresiko tinggi infeksi dan anal swab untuk petugas penyediaan makanan.

## 5.6 PENCEGAHAN INFEKSI

- Pencegahan infeksi dilakukan dengan kewaspadaan isolasi, surveilans, dan penerapan bundles.
- Peningkatan fasilitas kebutuhan dalam pererapan kewaspadaan isolasi terutama untuk persiapan kejadian *outbreak*.

## VI. SASARAN

Tabel 6.1 Sasaran

| No | Kegiatan Pokok      |  | Indikator  | Target |
|----|---------------------|--|--|--------|
| 1  | Kewaspadaan Isolasi |  |  |        |
|    | a.                  | Kewaspadaan Standar                        |  |        |
|    | 1)                  | Kebersihan Tangan                          | seluruh petugas, mahasiswa, pasien, keluarga dan pengunjung bisa melakukan 6 langkah cuci tangan dan menerapkan <i>five moment</i> | >85%   |
|    | 2)                  | Penggunaan APD (Alat Pelindung Diri)       | Penerapan APD pada petugas sesuai indikasi   | 100%   |
|    | 3)                  | Pengelolaan alat Kesehatan                 |  |        |
|    |                     | a) Kritisal                                | Pelaksanaan Sterilisasi dilaksanakan sesuai standar  | 100%   |
|    |                     | b) Semi Kritisal                           | pelaksanaan dekontaminasi dilakukan di CSSD dan dilakukan sesuai standar   | 100%   |
|    |                     | c) Non Kritisal                            | dekontaminasi peralatan non kritisal seluruh ruangan dilakukan langsung setelah digunakan  | 100%   |
|    |                     | d) <i>Single Use</i> yang di <i>Re-use</i> | Tidak ada peralatan <i>single-use</i> yang di <i>reuse</i>   | 100%   |

|  |  |                          |                                     |  |      |
|--|--|--------------------------|-------------------------------------|--|------|
|  |  | 4)                       | Pengendalian Lingkungan             | seluruh permukaan area rumah sakit tidak ada debu ataupun jamur                              | 100% |
|  |  |                          |                                     | tidak ada vektor di area rumah sakit, jika memungkinkan libatkan pihak ke-3                  | 100% |
|  |  | 5)                       | Pengelolaan Limbah dan benda tajam  | tidak ada angka kejadian tertusuk jarum dan pajanan limbah infeksius                         | 0%   |
|  |  | 6)                       | Penatalaksanaan Linen               | pengelolaan linen di unit laundry terlaksana sesuai standar                                  | 100% |
|  |  | 7)                       | Penempatan Pasien                   | pasien ditempatkan berdasarkan kewaspadaan transmisi ataupun sistem kohorting                | 100% |
|  |  | 8)                       | Kebersihan pernafasan (etika batuk) | pelaksanaan edukasi etika batuk terlaksana di ruangan  | 100% |
|  |  | 9)                       | Penyuntikan yang aman               | tidak terjadi kejadian tertusuk jarum, ataupun infeksi karena penyuntikan                    | 0%   |
|  |  | 10)                      | Perlindungan Kesehatan Petugas      | pemeriksaan kesehatan dilakukan setiap tahun terutama area berisiko tinggi dan sangat tinggi | 100% |
|  |  | 11)                      | Praktik Lumbal Fungsi               | tidak terjadi infeksi pada praktik lumbal pungsi jika ada tindakan                           | 100% |
|  |  | b. Kewaspadaan Transmisi |                                     |  |      |
|  |  | 1)                       | Kontak                              | tersedia fasilitas cuci tangan dan APD yang baik   | 100% |
|  |  | 2)                       | <i>Droplet</i>                      | tersedia fasilitas cuci tangan dan APD yang baik   | 100% |
|  |  | 3)                       | Udara/ <i>Airborne</i>              | tersedianya ruangan isolasi dengan tekanan negatif   | 100% |

|   |                          |  |   |
|---|--------------------------|--|---|
| 2 | Surveilans               | tidak ada angka HAIs :<br>VAP, ISK, AIDP,<br>IDO,HAP, PLEBITIS   | <5.8‰,<br><4.7‰,<br><3.5‰,<br><2%,<br><1‰,<br><1‰ |
| 3 | Pencegahan Infeksi       | Pelaksanaan Bundles<br>dalam pada tindakan<br>invasif  | 100%  |
| 4 | Pendidikan dan pelatihan | seluruh petugas,<br>mahasiswa, pasien,<br>keluarga dan pengunjung<br>bisa diberikan edukasi,<br>sosialisasi, maupun<br>pelatihan | 100%  |



## VII. SCHEDULE (JADWAL) PELAKSANAAN KEGIATAN

Tabel 7.1 *Schedule* (jadwal) Pelaksanaan Kegiatan

| No        | KEGIATAN   | TAHUN 2022  |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
|-----------|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|
|           |  | JAN   | FEB | MAR | APR | MEI | JUN | JUL | AGS | SEPT | OKT | NOV | DES |
| SDM       |  |   |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
|           | Orientasi pegawai baru   |   |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
| FASILITAS |  |   |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
| 1         | Usulan kebutuhan logistik berhubungan dengan fasilitas kewaspadaan standar dan transmisi |   |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
|           | Usulan kebutuhan logistik berhubungan dengan fasilitas kewaspadaan standar dan transmisi |   |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
|           | KEWASPADAAN ISOLASI  |   |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
|           | a.   | Kewaspadaan Standar                                     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
|           | 1)   | Kebersihan Tangan                                       |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
|           |  | Audit Hand Hygien dan kelengkapan fasilitas cuci tangan |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
|           | 2)   | Penggunaan APD (Alat Pelindung Diri)                    |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
|           |  | Audit kepatuhan penggunaan APD                          |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
|           | 3)   | Pengelolaan alat Kesehatan                              |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |



|  |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|-----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |     | Audit pelaksanaan sterilisasi                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |     | Pengendalian Lingkungan   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 4)  | Supervisi penerapan PPI di semua ruangan termasuk sarana kebersihan |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 5)  | Pengelolaan Limbah dan benda tajam                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |     | Audit pengolahan limbah dan benda tajam                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 6)  | Penatalaksanaan Linen   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |     | Audit pengolahan limbah dan benda tajam                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 7)  | Penempatan Pasien   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |     | Audit penempatan pasien di ruangan                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 8)  | Kebersihan pernafasan (etika batuk)                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |     | Audit kelengkapan sarana edukasi etika batuk                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 9)  | Penyuntikan yang aman   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |     | Audit pelaksanaan menyuntik yang aman                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 10) | Perlindungan Kesehatan Petugas                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |     | Usulan Pemeriksaan kesehatan petugas                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 11) | Praktik Lumbal Fungsi   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |     | Audit pelaksanaan lumbal pungsi                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|      |  |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|---|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|      | b.   | Kewaspadaan Transmisi                               |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  | Audit ruang isolasi airborne dengan tekanan negatif |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2    | Surveilans   |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | Pelaksanaan surveilans HAIs                                |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | Melakukan analisa surveilans HAIs, dan rekomendasi laporan |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3    | Pencegahan Infeksi   |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | Audit penerapan Bundles                                    |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | Membuat ICRA   |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | Pelaksanaan ICRA revovasi dan Bangunan                     |   | setiap dilakukan renovasi bangunan |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4    | Pendidikan dan pelatihan                                   |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | Pelatihan TOT untuk IPCN dan IPCD                          |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | Sosialisasi Mahasiswan praktik                             |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | Re-sosialisasi pada petugas non klinis                     |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | Pelaksanaan <i>In House Training</i> untuk petugas         |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MUTU |  |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | Pelaporan surveilans ke komite mutu                        |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | Koordinasi dengan komite Mutu                              |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## VIII. RENCANA ANGGARAN BIAYA

Tabel 8.1 Rencana Anggaran Biaya

| No                      | Uraian                   | Jumlah | Satuan | Harga Satuan     | Jumlah            | Ket    |
|-------------------------|--------------------------|--------|--------|------------------|-------------------|--------|
| <b>PENGEMBANGAN SDM</b> |                          | 3      | Orang  | Rp 12,000,000.00 | Rp 36,000,000.00  | Luring |
| 1                       | Pelatihan TOT            | 3      | Orang  | Rp 12,000,000.00 | Rp 36,000,000.00  | Luring |
|                         |                          | 3      | Orang  | Rp 3,500,000.00  | Rp 10,500,000.00  | Daring |
| 2                       | Pelatihan IPCD           | 1      | Orang  | Rp 12,000,000.00 | Rp 12,000,000.00  | Luring |
|                         |                          | 1      | Orang  | Rp 3,000,000.00  | Rp 3,000,000.00   | Daring |
| 3                       | Pelatihan IPCN Lanjutan  | 3      | Orang  | Rp 12,000,000.00 | Rp 36,000,000.00  |        |
| 4                       | In House Training PPI    | 2      | Paket  | Rp 50,000,000.00 | Rp 100,000,000.00 | 50org  |
| 5                       | Snack rapat 3 bulanan    | 4      | sesi   | Rp 500,000.00    | Rp 2,000,000.00   |        |
| <b>BMHP</b>             |                          |        |        |                  |                   |        |
| 6                       | Handrub berbasis alkohol | 2400   | Botol  | Rp 42,000.00     | Rp 100,800,000.00 |        |
| 7                       | Hand soap                | 1200   | Botol  | Rp 50,517.00     | Rp 60,620,400.00  |        |
| 8                       | Cairan desinfektan       | 1300   | Botol  | Rp 35,000.00     | Rp 45,500,000.00  |        |
| 9                       | Safety box               | 2000   | Pcs    | Rp 45,000.00     | Rp 90,000,000.00  |        |
| 10                      | Masker N95               | 500    | Box    | Rp 200,000.00    | Rp 100,000,000.00 |        |
| 11                      | Masker KN95              | 2500   | Box    | Rp 30,000.00     | Rp 75,000,000.00  |        |
| 12                      | Masker bedah             | 2500   | Box    | Rp 30,000.00     | Rp 75,000,000.00  |        |
| 13                      | Handsscoon steril        | 200    | Box    | Rp 27,000.00     | Rp 5,400,000.00   |        |
| 14                      | Handscoon bersih         | 7000   | Box    | Rp 25,000.00     | Rp 175,000,000.00 |        |
| 15                      | Handscoon panjang        | 400    | Box    | Rp 58,000.00     | Rp 23,200,000.00  |        |
| 16                      | Handscoon rumah tangga   | 2000   | Pasang | Rp 4,000.00      | Rp 8,000,000.00   |        |

|              |                     |      |       |    |            |           |                         |  |
|--------------|---------------------|------|-------|----|------------|-----------|-------------------------|--|
| 17           | Apron Panjang       | 200  | Pack  | Rp | 60,000.00  | Rp        | 12,000,000.00           |  |
| 18           | Apron Pendek        | 500  | Pack  | Rp | 30,000.00  | Rp        | 15,000,000.00           |  |
| 19           | Kaca Mata/Visior    | 350  | Pcs   | Rp | 20,000.00  | Rp        | 7,000,000.00            |  |
| 20           | Topi dispossible    | 2000 | Box   | Rp | 39,250.00  | Rp        | 78,500,000.00           |  |
| <b>ATK</b>   |                     |      |       |    |            | Rp        | -                       |  |
| 21           | Formulir Audit      | 25   | Rim   | Rp | 250,000.00 | Rp        | 6,250,000.00            |  |
| 22           | Kertas F4           | 6    | Rim   | Rp | 50,000.00  | Rp        | 300,000.00              |  |
| 23           | Kertas A4           | 6    | Rim   | Rp | 50,000.00  | Rp        | 300,000.00              |  |
| 24           | Tinta Printer hitam | 8    | Botol | Rp | 150,000.00 | Rp        | 1,200,000.00            |  |
| 25           | Tinta Printer warna | 2    | Set   | Rp | 400,000.00 | Rp        | 800,000.00              |  |
| 26           | Isi necis Kecil     | 6    | Kotak | Rp | 5,000.00   | Rp        | 30,000.00               |  |
| 27           | Isi necis besar     | 6    | Kotak | Rp | 8,000.00   | Rp        | 48,000.00               |  |
| <b>TOTAL</b> |                     |      |       |    |            | <b>Rp</b> | <b>1,115,448,400.00</b> |  |

## **IX. EVALUASI JADWAL KEGIATAN DAM PELAPORAN KEGIATAN**

### **9.1 Evaluasi Jadwal Kegiatan**

Monitoring dilakukan terhadap semua kegiatan yang direncanakan baik dalam bidang pendidikan dan pelatihan ataupun sosialisasi PPI maupun surveilans dan kepatuhan dari petugas kesehatan di rumah sakit sehingga angka kesakitan dan kematian akibat infeksi dapat diturunkan. Dan evaluasi harus dilakukan untuk mengetahui tingkat capaian yang telah dilakukan selama ini apakah ada hambatan dan rintangan yang harus dihadapi sehingga program-program Kerja Komite PPI dapat terealisasi dengan baik dan tujuan yang diinginkan dapat terwujud sesuai dengan standar yang diharapkan

### **9.2 Pelaporan Evaluasi**

Pelaporan evaluasi kegiatan disampaikan langsung ke direktur per triwulan laporan, dilengkapi dengan PDSA. Kemudian dilakukan koordinasi dengan bagian mutu rumah sakit.

## **X. PENCATATAN, PELAPORAN, DAN EVALUASI KEGIATAN**

Adapun laporan yang akan dibuat PPI tahun 2023 berupa laporan harian, bulanan, triwulan, semester dan laporan tahunan yang pada akhirnya dirangkum ke dalam satu laporan hasil program kerja PPIRS pada tahun 2023 dan juga ada pelaporan bulanan disampaikan langsung ke komite mutu rumah sakit.

Mengetahui  
DIREKTUR  
RSUD Dr. Muhammad Zein Painan



dr. Harefa, Sp.PD(K)  
NIP. 197301032002121005

Painan, 26 Desember 2022  
Ketua  
Komite PPIRS



dr.Evi Sovianti, Sp.PK  
NIP. 197601292006042005



