

Revisi III Kebijakan

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit Tahun 2022



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611

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



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
Jalan Dr. A. Rivai Painan (Kode Pos 25611)
Telp. (0756) 21428 – 21518. Fax. (0756) 21398, Email. rsudpainan @ ymail.com



KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR : SK/001/PPI/RSUD/2022

TENTANG

REVISI III KEBIJAKAN KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. M. ZEIN PAINAN
TAHUN 2022

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

- MENIMBANG** : a. Bahwa dalam rangka peningkatan mutu layanan rumah sakit, maka Rumah Sakit Umum Daerah Dr. M. Zein Painan harus mampu memberikan pelayanan yang bermutu tinggi;
- b. Bahwa pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan salah satu gugus tugas/unit pelayanan di RSUD Dr. M. Zein Painan yang harus mendukung pelayanan rumah sakit secara keseluruhan maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi yang bermutu tinggi;
- MENINGGAT** : 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 122, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996

Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);

5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1045/MENKES/PER/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan;
6. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 270/MENKES/2007 tentang Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan lainnya;
7. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 382/MENKES/2007 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan lainnya;
8. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 417/MENKES/PER/II/2011 tentang Komisi Akreditasi Rumah Sakit;
10. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 012/2012 Tentang Akreditasi Rumah sakit
11. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 56/2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah sakit
12. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI no. 428/2012 tentang Penetapan Lembaga Independent Pelaksana Akreditasi di Indonesia
13. Keputusan Dirjen Bina Upaya Kesehatan Kementerian Republik Indonesia No.HK.02.04/II/2790/11 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit Nasional
14. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
15. Peraturan Bupati Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 1 Tahun 2015 tentang Pedoman Teknis Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah pada RSUD Dr. M. Zein Painan;
16. Surat Keputusan Bupati Pesisir Selatan Nomor 445/503/Kpts/BPTS-PS/2014 tentang Penetapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah pada RSUD Dr. M. Zein Painan;

MEMUTUSKAN :

- MENETAPKAN :** **KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD Dr. M. ZEIN PAINAN TENTANG REVISI KEBIJAKAN KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. M. ZEIN PAINAN**
- PERTAMA :** Keputusan Direktur RSUD Dr. M. Zein Painan tentang Kebijakan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUD Dr. M. Zein Painan.
- KEDUA :** Kebijakan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUD Dr. M. Zein Painan sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- KETIGA :** Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi RSUD Dr. M. Zein Painan dilaksanakan oleh Direktur RSUD Dr. M. Zein Painan.
- KEEMPAT :** Ketua Komite pencegahan dan pengendalian infeksi wajib mensosialisasikan keputusan ini ke seluruh karyawan di Pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi.
- KELIMA :** Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai tiga tahun berikutnya, dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Painan
Pada tanggal 3 Oktober 2022
DIREKTUR



HAREFA

LAMPIRAN : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR : SK/001 /PPI/RSUD/2022
TANGGAL : 3 OKTOBER 2022
TENTANG : REVISI III KEBIJAKAN KOMITE PENCEGAHAN DAN
PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) RSUD Dr. M. ZEIN PAINAN

BAB 1

PENYELENGGARAAN PPI DI RUMAH SAKIT

Pasal 1

Dalam Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan ini yang di masuk dengan :

1. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya di singkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Infeksi terkait pelayanan kesehatan (Health Care Associated Infection Infections) yang selanjutnya di singkat HAIs adalah infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dimana ketika masuk tidak ada infeksi dan tidak dalam masa inkubasi, termasuk infeksi dalam rumah sakit tapi muncul setelah pasien pulang, juga infeksi karena pekerjaan pada petugas rumah sakit dan tenaga kesehatan terkait proses pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Pasal 2

- 1) Seluruh karyawan rumah sakit, pasien dan keluarga serta pengunjung rumah sakit harus melaksanakan PPI
- 2) PPI sebagaimana di maksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui penerapan
 - a. Prinsip Kewaspadaan Standar
 - Kebersihan tangan
 - Alat pelindung diri (APD)
 - Dekontaminasi Peralatan Perawatan Pasien
 - Pengendalian Lingkungan
 - Pengelolaan Limbah
 - Penatalaksanaan Linen
 - Perlindungan Kesehatan Petugas
 - Penempatan Pasien
 - Kebersihan Pernafasan/ Etika Batuk dan Bersin
 - Praktik Menyuntik yang aman

- b. Kewasdaan Berdasarkan Transmisi
 - Kewaspadaan Transmisi melalui kontak
 - Kewaspadaan Transmisi melalui droplet
 - Kewaspadaan Transmisi melalui udara (Air Borne Precautions)
 - c. Bundles, merupakan sekumpulan praktik berbasis bukti sah yang menghasilkan perbaikan pada hasil dari sebuah proses pelayanan kesehatan bila dilakukan secara kolektif dan konsisten
- 3) Dalam pelaksanaan PPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1), jenis dan faktor risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan HAIs meliputi:
- a. Infeksi Daerah Operasi (IDO)
 - b. Infeksi saluran kemih (ISK)
 - c. Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
 - d. Hospital Acquired Pneumonia (HAP)
 - e. Phlebitis

Pasal 3

Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan membentuk komite PPI untuk melakukan koordinasi semua kegiatan yang melibatkan pimpinan rumah sakit, seluruh karyawan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan sesuai dengan peraturan perundang-undangan

Pasal 4

- (1) Komite PPI yang dibentuk oleh Kepala Rumah Sakit mempunyai tugas dan tanggung jawab diantaranya (tidak terbatas pada) :
 - a. Menetapkan definisi infeksi terkait pelayanan kesehatan ;
 - b. Metode pengumpulan data (surveilans);
 - c. Membuat strategi/ program menangani risiko infeksi;
 - d. Proses pelaporan.
- (2) Komite dibentuk untuk menyelenggarakan tata kelola PPI yang mutu layanan serta keselamatan pasien dan petugas dapat terjamin dan terlindungi.
- (3) Rumah sakit menetapkan mekanisme untuk mengatur koordinasi kegiatan PPI sesuai ukuran dan kompleksitas pelayanan rumah sakit.
- (4) Komite PPI bertanggung jawab langsung kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan
- (5) Pelaporan pelaksanaan kegiatan PPI oleh Ketua Komite PPI kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dilakukan setiap 3 bulan.

Pasal 5

- (1) Rumah sakit menetapkan perawat PPI/PCN (Infection Prevention and Control Nurse) yang bekerja penuh waktu dengan jumlah dan kualifikasi sesuai dengan regulasi yang bertugas mengawasi serta supervisi semua kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Rumah sakit menetapkan perawat penghubung PPI/IPCLN (Infection Prevention and Control Link Nurse) dari tiap unit, terutama yang beresiko infeksi dengan jumlah dan kualifikasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan sebagai pelaksana harian/penghubung di unit masing-masing.

Pasal 6

- (1) Rumah sakit menyediakan sumber daya untuk mendukung pelaksanaan kegiatan PPI
- (2) Rumah sakit menyediakan anggaran yang cukup yang sesuai dengan rencana anggaran tahunan untuk melaksanakan kegiatan PPI yang efektif meliputi kelengkapan fasilitas hand hygiene (Handrub dan Handwash), pengadaan alat pelindung diri, pelatihan PPI (internal dan eksternal), pemeriksaan kuman/kultur, dan anggaran lainnya sesuai dengan kebutuhan .
- (3) Rumah sakit menyediakan sumber informasi dan referensi terkini yang dapat di peroleh baik dari nasional maupun internasional.

BAB II

PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

Pasal 7

Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan bertujuan untuk melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung yang menerima pelayanan kesehatan serta masyarakat dalam lingkungannya dengan cara memutus siklus penularan infeksi melalui kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasarkan transmisi.

1. Kewaspadaan Standar
 - a. Kebersihan tangan
 - b. Alat pelindung diri (APD)
 - c. Dekontaminasi peralatan perawatan pasien
 - d. Pengendalian lingkungan
 - e. Pengolahan limbah
 - f. Penetalaksanaan linen
 - g. Perlindungan kesehatan petugas
 - h. Penempatan pasien
 - i. Kebersihan pernafasan/ etika batuk dan bersin
 - j. Praktik menyuntik yang aman
2. Kewaspadaan Berdasarkan Transmisi
 - a. Kewaspadaan transmisi melalui kontak
 - b. Kewaspadaan transmisi melalui droplek
 - c. Kewaspadaan transmisi melalui udara (airborne precautions)

Program Kerja Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) secara menyeluruh untuk mengurangi resiko infeksi meliputi :

1. Kebersihan tangan
2. Kebersihan lingkungan rumah sakit
3. Surveilans infeksi
4. Investigasi (outbreak) penyakit infeksi
5. Kesehatan kerja
6. Edukasi PPI
7. Assesment resiko secara berkala, analisis resiko, serta menyusun risk register
8. Menetapkan sasaran penurunan resiko infeksi
9. Mengukur dan mereview resiko infeksi
10. Melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi covid-19
11. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan PPI

Pasal 8

1. Surveilans infeksi terkait pelayanan kesehatan (Health Care Associated Infections / HAIs) merupakan suatu proses yang dinamis, sistematis, terus menerus dalam pengumpulan, identifikasi, analisa interpretasi data kesehatan yang penting di rumah sakit
2. Rumah sakit melakukan surveilans infeksi berdasar atas data epidemologis yang penting dan berfokus pada daerah infeksi, penggunaan peralatan, prosedur serta praktik untuk mencegah dan menurunkan angka infeksi.
3. Rumah sakit mengidentifikasi prosedur dan proses yang berisiko infeksi dengan surveilans oleh IPCN dan IPCLN yang dilaksanakan setiap hari meliputi :
 - a. Saluran pernafasan seperti prosedur dan tindakan terkait intubasi, bantuan ventilasi mekanik
 - b. Saluran kencing seperti pada pemasangan kateter, pembilasan urine,
 - c. Alat invasif intravaskuler, saluran vena perifer, saluran vena sentral,
 - d. Lokasi operasi, perawatan, pembalutan luka, prosedur aseptik
 - e. Timbulnya infeksi baru atau timbul kembalinya infeksi di masyarakat.
4. Komite PPI rumah sakit menggunakan metode survailans di tahun 2022 masih manual dan tahun 2023 teritegrasi SIMRS.
5. Langkah-langkah surveilans meliputi ;

RSUD Dr.M. Zein Painan Pengumpulan data di rawat inap dilakukan oleh IPCLN menggunakan formulir surveilans pada Formulir bulanan. Formulir bulanan dikumpulkan ke PPI setiap awal bulan, Jika ditemukan adanya dugaan atau terjadinya kejadian infeksi maka IPCLN akan menghubungi IPCN untuk melakukan telaah atau investigasi terkait dugaan infeksi.
6. Hasil pelaksanaan survailans merupakan dasar untuk melakukan perencanaan lebih lanjut yang dilakukan komite PPI rumah sakit. Dokter penanggung jawab PPI untuk tujuan pengendalian, manajemen risiko dan kewaspadaan terhadap kejadian luar biasa (KLB)

7. Pengendalian angka infeksi rumah sakit menggunakan target sasaran sesuai program PPI. Sasaran angka infeksi rumah sakit di evaluasi setiap 3 bulan (koordinasi dengan Komite mutu dan manajemen resiko melalui kegiatan rapat)

BAB III

PENGAJIAN RESIKO

Pasal 9

Pengkajian risiko adalah upaya terstruktur untuk mengidentifikasi, menilai dan melakukan upaya penurunan kemungkinan terjadinya risiko terhadap pasien, pengunjung, staf dan aset rumah sakit. Manajemen Risiko dapat pula diartikan sebagai suatu program untuk mengurangi insiden kejadian dan kecelakaan yang dapat dicegah untuk meminimalisasi kerugian finansial terhadap rumah sakit ada sebagai berikut :

- (1) Komite PPIRS melakukan Assesment Resiko terhadap infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan
- (2) Identifikasi risiko dimulai dari temuan hasil surveilans, laporan harian, catatan kunjungan tim PPIRS dan informasi lainnya yang berasal dari karyawan, pasien dan masyarakat
- (3) Proses dilanjutkan dengan Analisa Risiko, Evaluasi Risiko dan Mitigasi Risiko agar risiko dapat dihindari atau diminimalisir .
- (4) Pemantauan dan pengajuan (monitoring dan review) risiko dilakukan oleh komite PPIRS
- (5) Kegiatan Manajemen risiko terdokumentasi dan dilaporkan kepada direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

BAB IV

PERALATAN MEDIS atau BAHAN HABIS PAKAI (single use yang di-reuse)

Pasal 10

Dapat digunakan kembali sesuai dengan rekomendasi manufactur-nya. Alat Medis Sekali Pakai (AMSP) dapat digunakan ulang (*reuse of single use devices*) sesuai kebijakan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

1. Alat Medis Sekali Pakai dapat di proses secara benar / tepat (rasional) dan hasil sterilisasi masih efektif dan efisien baik secara fisik / fungsi, kualitas serta aman digunakan bagi pasien.
2. Alat Medis Sekali Pakai sangat dibutuhkan penggunaannya, tetapi sulit diperoleh atau sangat mahal harganya
3. Alat yang single reuse yang akan dilakukan reuse harus dilihat sesuai dengan keadaan alat dan rekomendasi pabrik
4. Pemrosesan AMSP yang disterilkan dan digunakan kembali harus melalui proses pencatatan dan pengawasan mutu di bagian CSSD.
5. Daftar Alat Medis Sekali Pakai yang akan digunakan kembali di tentukan oleh Rumah Sakit
6. Adanya form daftar peralatan alat *single use* yang di *re-use*
7. Adanya form daftar monitoring alat *single use* yang *di-reuse*

BAB V

KEBERSIHAN LINGKUNGAN

Pasal 11

Penyehatan air, pengendalian serangga dan binatang pengganggu, penyehatan ruang dan bangunan, pemantauan hygiene sanitasi makanan, pemantauan penyehatan linen, disinfeksi permukaan, udara, lantai dan tempat tidur, tiang-tiang tempat tidur, peralatan disamping tempat tidur dan permukaan lainnya yang sering disentuh, pengelolaan limbah cair, limbah B3, limbah padat medis dan limbah padat non medis dikelola oleh Instalasi IPLRS bekerjasama dengan pihak ketiga dan berkoordinasi dengan komite PPIRS sehingga aman bagi lingkungan.

BAB VI

PENATALAKSANAAN LINEN/LOUNDRY

Pasal 14

- (1) Rumah sakit menurunkan risiko infeksi pada pengelolaan linen/loundri dengan benar sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pemisahan linen (linen kotor dan linen kotor yang terkontaminasi/infeksius) dilakukan sejak dari unit masing-masing pengguna oleh perawat atau petugas cleaning service.
- (3) Pencegahan kontaminasi pada petugas dan lingkungan dilakukan dengan pemisahan kantong (hitam untuk linen kotor non infeksius, kuning untuk linen kotor terkontaminasi/infeksius), disinfeksi kereta linen, implementasi praktik kebersihan tangan, penggunaan alat pelindung diri (APD) sesuai potensi resiko selama bekerja.
- (4) Untuk mencegah kontaminasi, pengangkutan linen menggunakan kantong linen yang berbeda, linen kotor non infeksius dengan kantong linen berwarna hitam dan linen kotor infeksius dengan kantong kuning.
- (5) Komite PPI melakukan kunjungan/monitoring penanganan linen secara berkala.

BAB IX

LIMBAH INFEKSIUS

Pasal 15

Rumah sakit menyelenggarakan pengelolaan limbah dengan benar untuk meminimalkan risiko infeksi melalui kegiatan sebagai berikut ;

1. Pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius
2. Penanganan dan pembuangan darah serta komponen darah
3. Pemulasaran jenazah

4. Pengelolaan limbah cair
5. Pelaporan pajanan limbah infeksiu

Pasal 16

- (1) Pemilahan limbah dimulai dari unit penghasil limbah dan di tempatkan sesuai jenisnya:
 - a. Limbah infeksius, limbah yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh di masukan ke dalam kantong plastik berwarna kuning, contoh : sampel laboratorium, limbah patologis (jaringan, organ, bagian dari tubuh, produk darah (serum, plasma, trombosit dll), diapers (bila bekas pasien infeksi saluran cerna, menstruasi dan pasien dengan infeksi yang di transmisikan lewat darah atau cairan tubuh lainnya) kassa, sarung tangan, masker, pampers, underpad, kateter, selang infus,
 - b. Limbah non infeksius : limbah yang tidak terkontaminasi dengan darah dan cairan tubuh, dimasukan ke dalam kantong plastik berwarna hitam, contoh sampah rumah tangga, sisa makanan, sampah kantor.
 - c. Limbah benda tajam : limbah yang memiliki permukaan tajam, dimasukan ke dalam wadah tahan tusuk dan air (safety box) contoh : jarum suntik, spuit, ampul, pisau bedah, jarum jahit, vial.
 - d. Limbah re-use botol infus, botol kaca.
 - e. Limbah cair seperti sputum, urine, darah segera dibuang ke spoelhoek
 - f. Limbah farmasi di kumpulkan di tempat khusus sebelum dikembalikan ke gudang farmasi pusat dan dimusnahkan sesuai peraturan perundangan.
- (2) Wadah atau tempat penampungan sementara limbah infeksius berlambang biohazard dan memenuhi kriteria sebagai berikut :
 - a. Harus tertutup dan mudah dibuka dengan menggunakan pedal kaki
 - b. Kontainer sampah harus dalam kondisi kering dan bersih
 - c. Terbuat dari bahan yang kuat, ringan, dan tidak berkarat
 - d. Kantong plastik limbah diganti jika sudah terisi $\frac{3}{4}$ bagian
- (3) Pengangkutan limbah, meliputi :
 - a. Pengangkutan limbah harus menggunakan troli khusus yang kuat, tertutup, mudah dibersihkan dan tidak boleh tercecer.
 - b. Petugas yang menangani limbah infeksius harus memakai APD lengkap seperti sarung tangan khusus, masker, sepatu boot, apron, pelindung mata,
 - c. Pengangkutan limbah infeksius dan non infeksius dari ruangan dilakukan tiap hari.
 - d. Pengangkutan limbah benda tajam dilakukan jika container/safety box sudah terisi $\frac{3}{4}$ bagian limbah
 - e. Pengangkutan limbah (2x24 jam)
- (4) Pengolahan limbah
 - a. Pengolahan limbah infeksius dan benda tajam di angkut pihak ketiga (badan usaha berbadan hukum yang di akui oleh perundang-undangan yang berlaku)
 - b. Limbah benda tajam di musnahkan dengan insenerator
 - c. Limbah cair di buang ke spoelhoek

- d. Pengelolaan limbah non infeksius di lakukan di tempat pembuangan akhir dengan maksimal penyimpanan 1x24 jam di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

Pasal 17

Rumah sakit menetapkan pengelolaan limbah benda tajam dan pecahan kaca secara aman untuk menurunkan cedera serta mengurangi risiko infeksi mempunyai tahapan proses meliputi :

1. Penanganan limbah benda tajam / pecahan kaca
 - a. Jangan menekuk/ mematahkan benda tajam
 - b. Segera buang limbah benda tajam ke wadah yang tersedia tahan tusuk dan tahan air dan tidak bisa dibuka lagi, yang mempunyai pegangan yang dapat di jinjing dengan tangan
 - c. Tidak menyarungkan kembali jarum suntik habis pakai (recapping) dan selalu buang sendiri oleh pemakai
 - d. Wadah limbah benda tajam diletakan dekat lokasi tindakan
 - e. Bila menangani limbah pecahan kaca gunakan sarung tangan rumah tangga
 - f. Di tutup dan diganti setelah $\frac{3}{4}$ bagian terisi dengan limbah
2. Pembungkusan benda tajam
Wadah benda tajam di masukan kedalam kantong medis sebelum di insenerasi
3. Pengangkutan limbah benda tajam di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan di angkut oleh pihak ke tiga dengan waktu 3 bulan sekali
4. Laporan tertusuk benda tajam habis pakai

Pasal 18

- (1) Rumah sakit menetapkan kegiatan di kamar jenazah di kelola sesuai dengan peraturan perundang-undangan
- (2) Proses pemindahan jenazah dan pemulasaran jenazah harus sesuai dengan prinsip-prinsip kewaspadaan isolasi
- (3) Aspek budaya dan agama harus diperhatikan. Keluarga pasien yang ingin melihat jenazah setelah dipindahkan dari ruang perawatan juga harus menerapkan kewaspadaan standar.
- (4) Pembersihan kamar jenazah dilakukan setiap hari dan segera setelah ada kegiatan pemulasaran jenazah
- (5) Penatalaksanaan linen pada kamar jenazah sesuai dengan yang tertera pada pasal 14
- (6) Penatalaksanaan limbah di kamar jenazah sesuai dengan yang tertera pada pasal 15
- (7) Rumah sakit tidak menyediakan pelayanan bedah mayat.

BAB X

PELAYANAN MAKANAN

Pasal 19

- (1) Rumah sakit mengurangi risiko infeksi terkait penyelenggaraan pelayanan makanan

- (2) Komite PPI melakukan kunjungan/ monitoring pada pelayanan makanan secara berkala
- (3) Petugas gizi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan melakukan pemeriksaan makanan sebelum didistribusikan pada pasien di rumah sakit

BAB XI

RISIKO INFEKSI PADA KONSTRUKSI DAN RENOVASI

Pasal 20

Rumah sakit menerapkan standar pengendalian lingkungan agar dapat menciptakan sanitasi yang baik yang selanjutnya dapat mengurangi risiko infeksi di rumah sakit dengan cara pengendalian mekanis dan teknis (mechanical dan engineering controls) fasilitas yang meliputi :

1. Sistem ventilasi bertekanan positif di kamar operasi dan Isolasi Immunocompemes
2. Termostat di lemari pendingin
3. AC di area krisis
4. Mesin Sterilisasi Instalasi Sterilisasi
5. Highrothermometer ruangan (pengukuran suhu dan kelembaban ruang)

Pasal 21

- (1) Rumah sakit menetapkan regulasi tentang penilaian risiko pengendalian infeksi (Infeksi Control Risk Assesment/ ICRA) bila ada renovasi, konstruksi dan demolisi yang minimal meliputi :
 - a. Identifikasi tipe jenis konstruksi kegiatan proyek dengan kriteria
 - b. Identifikasi kelompok risiko pasien
 - c. Matriks pengendalian infeksi antara kelompok risiko pasien dan tipe konstruksi kegiatan
 - d. Proyek untuk menetapkan kelas / tingkat infeksi
 - e. Tindak pengendalian infeksi berdasar atas tingkat/ kelas infeksi
 - f. Monitoring pelaksanaan

- (2) Persiapan pemakaian ruangan baru paska konstruksi/ renovasi rumah sakit
 - a. Melakukan pembersihan menyeluruh dan dekontaminasi semua permukaan, termasuk dinding, langit-langit, jendela dan sistem ventilasi berisiko tinggi.
 - b. Melakukan swab ruangan dan uji kualitas udara, khususnya di area berisiko tinggi sebelum ruangan di gunakan.

BAB XII

PENULARAN INFEKSI

Pasal 22

Rumah sakit melindungi pasien, pengunjung, dan staf dari penyakit menular serta melindungi pasien yang mengalami imunitas rendah (immunocompromised) dari infeksi yang rentan mereka alami

Pasal 23

Rumah sakit menyediakan penghalang untuk pencegahan (barrier precaution) dan prosedur isolasi untuk melindungi pasien, pengunjung dan staf terhadap penyakit infeksi. Kewaspadaan standar di terapkan pada pasien rawat inap yang diduga atau telah di tentukan jenis infeksi, berdasarkan cara transmisi kontrak, droplet atau airborne. Tatalaksana administratif meliputi percepatan akses diagnosis, pemisahan penempatan pasien, mempersingkat waktu layanan rumah sakit, penyediaan paket perlindungan petugas, tata laksana lingkungan meliputi penataan alur pasien, penataan sistem ventilasi (natural maupun mekanikal) tata laksana penyediaan dan penggunaan alat pelindung diri serta serta pemberian edukasi pada petugas tentang pengelolaan pasien infeksius.

Pasal 24

- (1) Rumah sakit menetapkan penempatan pasien dan proses transfer pasien dengan airborne diseases didalam rumah sakit dan di luar rumah sakit
- (2) Transportasi pasien infeksi dari satu unit ke unit lainnya harus dibatasi seminimal mungkin dan harus memperhatikan prinsip kewaspadaan isolasi
- (3) Pembersihan ruangan isolasi dilakukan setelah pembersihan ruang perawatan umum dengan menggunakan bahan desinfektan
- (4) Prosedur penunjang medik (pengambilan darah, pemberian gizi) pada pasien menular dilakukan setelah pasien yang tidak menular.
- (5) Setiap pengunjung atau pasien ruang isolasi harus dilakukan edukasi penggunaan APD, kebersihan tangan, etika batuk.
- (6) Rumah sakit menerapkan regulasi penempatan pasien infeksi "airbone" dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak mempunyai kamar dengan tekanan negative (ventilasi alamiah dan mekanik)
- (7) Rumah sakit mengembangkan dan menerapkan sebuah proses untuk menangani lonjakan mendadak (outbreak) penyakit infeksi airborne

KEBERSIHAN TANGAN

Pasal 25

Rumah sakit menetapkan regulasi kebersihan tangan yang mencakup kapan, dimana dan bagaimana melakukan kebersihan tangan serta ketersediaan fasilitas kebersihan tangan.

Pasal 26

- (1) Kebersihan tangan dilakukan oleh seluruh petugas klinis maupun non klinis di seluruh lingkungan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

- (2) Kebersihan tangan di laksanakan melalui praktek kebersihan tangan menggunakan sabun biasa/ antiseptik dan air mengalir atau penggunaan handrub (cairan berbasis alkohol) sabun, desinfektan, serta tissue tersedia di tempat cuci tangan. Kebersihan tangan wajib di implementasikan di rumah sakit oleh setiap anggota masyarakat rumah sakit sesuai panduan kebersihan tangan yang di kembangkan rumah sakit berdasarkan pedoman internasional (WHO) maupun pedoman nasional (Kemenkes)
- (3) Penerapan praktik kebersihan tangan oleh seluruh petugas rumah sakit berpedoman pada 5 moment kebersihan tangan wajib dilaksanakan (sesuai standart WHO) dan enam langkah prosedur ;
 - a. Gosokan kedua telapak tangan
 - b. Gosokan punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan telapak tangan kanan dan sebaliknya
 - c. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari tangan.
 - d. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci
 - e. Gosok berputar pada ibu jari tangan kiri dalam genggam tangan kanan dan sebaliknya
 - f. Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya.
- (4) Lama waktu untuk kebersihan tangan dengan handrub 20-30 detik dan untuk hand wash adalah 40-60 detik
- (5) Dilakukan monitoring kepatuhan kebersihan tangan petugas di setiap jam kerja dilakukan hari senin sampai jumat oleh IPCLN terlatih dengan sasaran audit pada
 - a. Dokter (Dokter Umum dan Dokter Spesialis)
 - b. Perawat dan Bidan
 - c. Penunjang Medis (Petugas Gizi, Petugas Labor, Petugas Radiologi)
 - d. Petugas non medis
- (6) Kebersihan tangan dilakukan pada 5 moments
 - a. Sebelum kontak dengan pasien
 - b. Sebelum melakukan prosedur bersih/ aseptik
 - c. Setelah terpapar darah dan cairan tubuh pasien
 - d. Setelah kontak dengan pasien
 - e. Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien
- (7) Melakukan program edukasi kebersihan tangan pada pasien, keluarga dan pengunjung yang merupakan salah satu bagian dari proses penerimaan pasien baru yang terdokumentasikan pada rekam medis pasien.
- (8) Setiap petugas wajib mengikuti pelatihan kebersihan tangan yang diadakan oleh rumah sakit secara berkesinambungan mengenai prosedur kebersihan tangan melalui orientasi dan pendidikan berkelanjutan.
- (9) Kuku petugas pelayanan pasien harus selalu bersih dan terpotong pendek, tanpa kuku palsu dan cat kuku, tanpa pemakaian perhiasan cincin dan aksesoris lain di area tangan.

ALAT PELINDUNG DIRI (APD)

Pasal 27

- (1) Rumah sakit menyediakan sarung tangan, masker, pelindung mata serta alat pelindung diri lainnya tersedia dan digunakan secara tepat
- (2) Rumah sakit menetapkan regulasi penggunaan alat pelindung diri, tempat yang harus menyediakan alat pelindung diri, dan pelatihan cara pemakaiannya.
- (3) Pengelolaan, perencanaan, penyediaan penggunaan dan evaluasi Alat Pelindung Diri (APD) dilakukan oleh komite PPI bersama komite K3RS, Instalasi Farmasi dan Unit pengadaan/umum rumah sakit.
- (4) Alat Pelindung Diri di gunakan berdasarkan prinsip kewaspadaan standar dan isolasi dengan selalu mengukur potensi resiko spesifik pada setiap aktivitas pelayanan/ tindakan medik sehingga tepat, efektif dan efisien.
- (5) Jenis APD yang wajib tersedia di unit antara lain :
 - a. Instalasi Rawat Inap dan Intensif : sarung tangan, masker, apron, google, sepatu pelindung.
 - b. Unit Kebidanan : Sarung Tangan, masker, apron, google/penutup wajah, sepatu pelindung, baju kerja.
 - c. Instalasi Gawat Darurat : Sarung tangan, masker, apron, google, sepatu pelindung, baju kerja
 - d. Unit Bedah : Sarung tangan, masker, apron, google, sepatu pelindung, baju pelindung.
 - e. Instalasi Farmasi : sarung tangan, masker
 - f. Unit CSSD : Sarung tangan, masker, apron, google, sepatu pelindung, baju pelindung.
 - g. Laboratorium : sarung tangan, masker, apron, google, sepatu pelindung, baju pelindung.
 - h. Radiologi : Sarung tangan, Apron X-Ray
 - i. Petugas Cleaning Service : Sarung tangan, masker, apron, google, sepatu pelindung,
 - j. Kamar jenazah : Sarung tangan, masker, apron, google, sepatu pelindung.
 - k. Petugas Kesling : Sarung tangan, masker, google, sepatu pelindung, baju pelindung
 - l. Unit Gizi : Sarung tangan, masker, apron, sepatu pelindung, baju pelindung (baju khusus di dapur/ celemek)
 - m. Instalasi laundry : Sarung tangan, masker, apron, google, sepatu pelindung, baju pelindung.
- (6) Komite PPIRS melakukan monitoring dan audit ketepatan penggunaan APD sebagai nitasi : bahan dalam evaluasi dan rekomendasi dan rekomendasi peningkatan efektivitasnya.

BAB XIII

PENINGKATAN MUTU DAN PROGRAM EDUKASI

Pasal 28

Kegiatan PPI diintegrasikan dengan program Komite MUTU rumah sakit dengan menggunakan indikator yang secara epidemologik penting bagi rumah sakit. Program peningkatan mutu melalui :

1. Perbandingan Data Dasar Infeksi (Benchmarking)
 - a. Perbandingan data dasar infeksi dilakukan secara internal (antar unit) maupun eksternal (dengan rumah sakit lain yang sejenis atau dengan praktik terbaik/bukti ilmiah yang di akui)
 - b. Perbandingan data dasar infeksi dilakukan oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi setiap bulan untuk benchmarking internal dan 3 bulan sekali untuk benchmarking eksternal
 - c. Rumah sakit yang menjadi mitra dalam benchmarking eksternal adalah rumah sakit lokal/nasional yang setara maupun organisasi kesehatan internasional yang terbukti memiliki praktik terbaik secara ilmiah.
 - d. Hasil perbandingan dianalisa, ditindak lanjuti dan di laporkan kepada direktur secara tertulis dalam bentuk laporan bulanan PPI (benchmarking internal) dan laporan surveilans tahunan (benchmarking eksternal)
 - e. Hasil perbandingan data dasar infeksi internal maupun eksternal dikoordinasikan dalam rapat komite PPI setiap 3 bulan sekali
2. Koordinasi Komite PPI dengan Komite Mutu dilakukan setiap bulan melalui kegiatan rapat rutin membahas hasil data monitoring (surveilans) dan dianalisis serta menentukan rencana tindak lanjut.
3. Risk Management PPI
 - a. Setiap IPCLN melakukan pengkajian risiko PPI di masing-masing ruangan
 - b. Pengkajian didasarkan pada manajemen risiko
 - c. Dilakukan analisis manajemen risiko PPI oleh IPCN bersama komite PPI
 - d. Komite PPI menetapkan hasil analisis untuk di jadikan program kerja
 - e. Risiko PPI juga terkait kejadian KLB

Pasal 29

Rumah sakit menetapkan regulasi program pelatihan dan edukasi tentang PPI meliputi :

1. Orientasi pegawai baru baik staf klinis maupun staf non klinis di tingkat rumah sakit maupun unit pelayanan
2. Staf klinis (profesional pemberi asuhan) secara berkala
3. Staf non klinis
4. Pasien dan keluarga
5. Pengunjung

EDUKASI, PENDIDIKAN DAN PELATIHAN

Pasal 30

- (1) Pendidikan dan pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit untuk seluruh staf direncanakan dan dilaksanakan secara periodik dan berkesinambungan oleh bagian diklat bekerjasama dengan komite PPI rumah sakit untuk menjamin setiap petugas yang berada dan bekerja di rumah sakit memahami dan mampu melaksanakan program PPI rumah sakit, khususnya kewaspadaan standar dan kewaspadaan berbasis transmisi

- (2) Pendidikan pencegahan dan pengendalian infeksi untuk pasien , keluarga dan pengunjung.
- a. Salah satu pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit adalah kepedulian terhadap pasien, keluarga dan pengunjung rumah sakit
 - b. Pasien, keluarga dan pengunjung harus diberikan edukasi tentang PPIRS, untuk pasien rawat inap diberikan edukasi oleh perawat saat orientasi pasien baru masuk, meliputi kebersihan tangan dan etika batuk yang terdokumentasikan di status rekam medik pasien. Sedangkan untuk pengunjung dilakukan dengan bekerja sama dengan PKRS yang dilakukan sminggu sekali dalam program
 - c. Tersedianya leaflet, poster, standing banner sebagai media edukasi
 - d. Pasien, keluarga dan pengunjung harus mentaati peraturan yang ada di rumah sakit sesuai dengan peraturan tata tertib pasien
 - e. Pasien dapat mengingatkan petugas kesehatan (dokter, perawat, fisioterapi, ahli gizi dll) bila tidak melakukan kebersihan tangan sebelum dan sesudah tindakan, menyentuh pasien dan lingkungan pasien
 - f. Pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit adalah tanggung jawab staf Rumah sakit, pasien, keluarga, dan pengunjung
 - g. Anak-anak dibawah 12 tahun dilarang mengunjungi pasien.

BAB XIV
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 31

Keputusan Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila terdapatnya kekeliruan / kekurangan didalamnya akan diadakan pembetulan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Painan
Pada tanggal 3 Oktober 2022
DIREKTUR



HAREFA