
**PERATURAN DIREKTUR
NOMOR.008 /PER-DIR/RSDN/IV/2023**

TENTANG

**PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)
DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA**

DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu dan keselamatan pasien, pengelolaan Rumah Sakit harus dikelola secara profesional sesuai standar dan prosedur pelayanan serta dilakukan upaya-upaya antara lain Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI);
- b. bahwa untuk terselenggaranya Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang efektif harus ada ketentuan dan mekanisme kerja dalam kegiatan Pencegahan Pengendalian Infeksi;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b, perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di RS Dharma Nugraha
- Mengingat : 1. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
2. Undang-Undang RI Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan
3. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
4. Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
5. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
6. Undang-Undang RI Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan
7. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular
8. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun
9. Peraturan Pemerintah Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit
10. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 949 Tahun 2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini KLB
11. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

12. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1501 Tahun 2010 tentang Jenis Penyakit Menular Tertentu Yang Dapat Menimbulkan Wabah dan Upaya Penanggulangan
13. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 8 Tahun 2015 tentang Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit
14. Peraturan Menteri LH dan Kehutanan RI Nomor 56 Tahun 2015 tentang Tata Cara dan Persyaratan Teknis Pengelolaan Limbah B3 Fasilitas Yankes
15. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
16. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Yankes
17. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 50 Tahun 2017 tentang Standar Baku Mutu Kesehatan lingkungan dan Persyaratan Kesehatan Untuk Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit serta Pengendalinya
18. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomer 12 tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit.

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA TENTANG PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Definisi

Dalam Peraturan Direktur ini yang dimaksud dengan:

- (1) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan mengendalikan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan
- (2) Infeksi terkait pelayanan kesehatan (*Health Care Associated Infections*) yang selanjutnya disingkat 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

- (3) Rumah Sakit adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif
- (4) PPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui penerapan prinsip kewaspadaan standar dan berdasarkan transmisi, penggunaan antimikroba yang bijak dan *bundles*, dan melaksanakan surveilans, pendidikan dan pelatihan PPI
- (5) Bundles adalah merupakan sekumpulan praktik berbasis bukti sahih yang menghasilkan perbaikan keluaran proses pelayanan kesehatan bila dilakukan secara kolektif dan konsisten
- (6) Komite PPI adalah organisasi nonstruktural di rumah sakit yang mempunyai fungsi utama menjalankan PPI serta menyusun kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi

Pasal 2

Tujuan Umum

Pencegahan dan pengendalian infeksi adalah untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko infeksi yang didapat dan ditularkan di antara pasien, staf, tenaga kesehatan, tenaga kontrak, sukarelawan, mahasiswa dan pengunjung.

Pasal 3

Focus standar pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)

- a. Penyelenggaraan PPI di Rumah Sakit
- b. Program PPI
- c. Pengkajian Risiko
- d. Peralatan medis dan/atau Bahan Medis Habis Pakai (BMHP)
- e. Kebersihan lingkungan
- f. Manajemen linen
- g. Limbah infeksius
- h. Pelayanan makanan
- i. Risiko infeksi pada konstruksi dan renovasi
- j. Penularan infeksi
- k. Kebersihan Tangan

- l. Peningkatan mutu dan program edukasi
- m. Edukasi, Pendidikan dan Pelatihan

BAB II

PENYELENGGARAAN PPI DI RUMAH SAKIT

Pasal 4

Struktur Organisasi

- (1) Pimpinan Rumah Sakit menetapkan Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) untuk mengelola kegiatan dan melaksanakan kegiatan PPI di rumah sakit dan menetapkan mekanisme untuk mengatur koordinasi kegiatan PPI di rumah sakit dan menetapkan tanggung jawab, tugas meliputi:
 - a. Menetapkan kriteria untuk mendefinisikan infeksi terkait pelayanan kesehatan;
 - b. Menetapkan metode pengumpulan data (surveilans);
 - c. Membuat strategi untuk menangani risiko PPI, dan pelaporannya; dan
 - d. Berkomunikasi dengan semua unit untuk memastikan bahwa program berkelanjutan dan proaktif.
- (2) Tim PPI bertanggung jawab langsung kepada Direktur dalam melakukan koordinasi semua kegiatan PPI yang melibatkan pemimpin rumah sakit, staf klinis dan non klinis di seluruh unit kerja, antara lain Bidang Klinis, Fasilitas Pemeliharaan, Dapur, Perumahan, Laboratorium, Farmasi dan Unit Sterilisasi
- (3) Tim PPI terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan Anggota-Anggota terdiri dari IPCN / Perawat PPI, IPCD / Dokter PPI, IPCLN dan anggota lainnya yaitu : DOTS, HIV / AIDS, Laboratorium, Farmasi, Sterilisasi, Laundry, UPSRS (Urutan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit), Sanitasi Lingkungan, Pengelola Makanan, Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3), dan Kamar Jenazah
- (4) Tim PPI dengan IPCN melakukan koordinasi secara terstruktur dalam melaksanakan kegiatan PPI termasuk menetapkan angka infeksi yang akan diukur, dan sistem pelaporan IPCN kepada ketua Tim PPI dengan melibatkan semua anggota untuk mendapatkan hasil yang akurat.
- (5) Pimpinan rumah sakit menetapkan perawat PPI/IPCN (*Infection Prevention and Control nurse*) yang memiliki kompetensi untuk mengawasi serta supervisi semua kegiatan pencegahan dan

pengendalian infeksi, untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko terkena penularan infeksi diantara pasien, staf klinis dan non klinis dan petugas kesehatan dan non kesehatan lainnya

- (6) Pimpinan rumah sakit menetapkan perawat PPI/PCN (*Infection Prevention and Control nurse*) satu orang atau lebih yang berpendidikan minimal D3 Keperawatan atau Sarjana Kesehatan yang berbasis keperawatan yang bekerja penuh waktu sesuai dengan ketentuan yang berlaku 1: 100 tempat tidur
- (7) Kedudukan PCN secara fungsional berada dibawah komite PPI dan secara profesional adalah perawat.
- (8) Perawat PPI/PCN bertugas mengawasi seluruh kegiatan pencegahan pengendalian infeksi di seluruh unit pelayanan di rumah sakit dengan melibatkan yang ada di unit masing-masing, dan melaporkan kegiatan PPI kepada Ketua Komite PPI.
- (9) Rumah sakit mempunyai perawat penghubung PPI/ *Infection Prevention and Control Link Nurse*(IPCLN)di unitnya masing-masing sesuai dengan uraian tugasnya

Pasal 5

Sumber Daya

- (1) Pimpinan rumah sakit menyediakan sumber daya untuk mendukung pelaksanaan program PPI tidak terbatas pada antara lain :
 - a. Ketersedian anggaran;
 - b. Sumber daya manusia yang terlatih;
 - c. Sarana prasarana dan perbekalan, untuk mencuci tangan berbasis alkohol (handrub), dan mencuci tangan dengan air mengalir (handwash), kantong pembuangan sampah infeksius dll;
 - d. Sistem manajemen informasi untuk mendukung penelusuran risiko, angka, dan tren infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan; dan
 - e. Sarana penunjang lainnya untuk menunjang kegiatan PPI yang dapat mempermudah kegiatan PPI.
- (2) Informasi dan data kegiatan PPI akan diintegrasikan ke Tim Penyelenggara Mutu untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit oleh tim PPI setiap bulan.
- (3) Pimpinan rumah sakit menyediakan sumber daya untuk mendukung pelaksanaan program PPI berupa tenaga, anggaran, fasilitas, sumber

informasi atau referensi yang diperlukan, dan sistem manajemen informasi untuk mendukung kegiatan PPI rumah sakit

- (4) Anggaran yang disediakan termasuk untuk pengadaan desinfektan, pelatihan PPI, pemeriksaan kuman atau uji kultur, pengadaan APD (alat pelindung diri), tissue dan lainnya sesuai kebutuhan
- (5) Rumah Sakit mempunyai sistem informasi untuk mendukung program PPI, khususnya terkait dengan data dan analisis angka infeksi
- (6) Referensi terkini yang digunakan PPI termasuk dari *United States Centers for Disease Control and Prevention*(USCDC), *World Health Organization*(WHO), berbagai publikasi, pedoman dan perundangan dari pemerintah, dan ketentuan pelaporan lainnya

BAB III

PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

Pasal 6

Program PPI

- (1) Rumah sakit menyusun dan menerapkan program PPI terpadu dan menyeluruh untuk mencegah penularan infeksi terkait pelayanan kesehatan berdasarkan pengkajian risiko secara proaktif setiap tahun.
- (2) Program PPI meliputi seluruh unit maupun individu yang berada di rumah sakit, mencakup upaya kesehatan kerja, mengidentifikasi dan menangani masalah-masalah infeksi yang sangat penting bagi rumah sakit dari segi *epidemiologic*
- (3) Rumah sakit Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit, terdiri dari kewaspadaan standar dan kewaspadaan transmisi:
 - a. Kesebelas (11) kewaspadaan standar tersebut yang harus diterapkan di rumah sakit adalah:
 - (1) Kebersihan tangan
 - (2) Alat Pelindung diri
 - (3) Dekontaminasi peralatan perawatan pasien
 - (4) Pengendalian lingkungan
 - (5) Pengelolaan limbah
 - (6) Penatalaksanaan linen
 - (7) Perlindungan kesehatan petugas
 - (8) Penempatan pasien

-
- (9) Kebersihan pernafasan/etika batuk dan bersin
 - (10) Praktik menyuntik yang aman
 - (11) Praktik lumbal pungsi yang aman
 - b. Kewaspadaan Transmisi
Kewaspadaan berdasarkan transmisi sebagai tambahan Kewaspadaan Standar yang dilaksanakan sebelum pasien didiagnosis dan setelah terdiagnosis jenis infeksi.
 - Jenis kewaspadaan berdasarkan transmisi sebagai berikut:
 - (1) Melalui kontak
 - (2) Melalui droplet
 - (3) Melalui udara (Airborne Precautions)
 - (4) Program Kesehatan dan keselamatan staf terkait dengan PPI adalah:
 - a. Identifikasi risiko staf terpapar atau tertular berdasarkan epidemiology penyakit pasien di rumah sakit.
 - b. Penggunaan alat pelindung diri (APD)
 - c. Skrining awal pada waktu rekrutmen dan pemeriksaan Kesehatan berkala
 - d. Immunisasi/ Vaksinasi
 - e. Pencegahan dan pelaporan cedera jarum dan paparan bahan infeksius
 - f. Pengobatan dan konseling.
 - (5) Rumah sakit melakukan evaluasi pelaksanaan program PPI.

Pasal 7

Pengkajian risiko

- (1) Rumah sakit melakukan pengkajian proaktif setiap tahunnya sebagai dasar penyusunan program PPI terpadu untuk mencegah penularan infeksi terkait pelayanan kesehatan
- (2) Rumah sakit melakukan pengkajian risiko pengendalian infeksi (ICRA) terhadap tingkat dan kecenderungan infeksi layanan kesehatan yang akan menjadi prioritas fokus Program PPI dalam upaya pencegahan dan penurunan risiko.
- (3) Pengkajian risiko tersebut meliputi namun tidak terbatas pada:
 - a) Infeksi-infeksi yang penting secara epidemiologis yang merupakan data surveilans;
 - b) Proses kegiatan di area-area yang berisiko tinggi terjadinya infeksi;
 - c) Pelayanan yang menggunakan peralatan yang berisiko

-
- infeksi;
 - d) Prosedur/tindakan-tindakan berisiko tinggi;
 - e) Pelayanan distribusi linen bersih dan kotor;
 - f) Pelayanan sterilisasi alat;
 - g) Kebersihan permukaan dan lingkungan;
 - h) Pengelolaan linen/laundri;
 - i) Pengelolaan sampah;
 - j) Penyediaan makanan; dan
 - k) Pengelolaan kamar jenazah
- (4) Ilmu pengetahuan terkait pengendalian infeksi melalui pedoman praktik klinik, program pengawasan antibiotik, program PPI dan pembatasan penggunaan peralatan invasif yang tidak diperlukan diterapkan untuk menurunkan tingkat infeksi secara signifikan.

Pasal 8

Surveilans Risiko Infeksi

- (1) Surveilans Infeksi Rumah Sakit adalah suatu proses yang dinamis, sistematis, terus menerus, dalam pengumpulan, identifikasi, analisis dan interpretasi dari data kesehatan yang penting pada suatu populasi spesifik yang dilaporkan secara berkala kepada pihak-pihak yang memerlukan untuk digunakan dalam perencanaan, penerapan, dan evaluasi suatu tindakan yang berhubungan dengan kesehatan.
- (2) Data surveilans dikumpulkan di rumah sakit secara periodik dan dianalisis setiap triwulan. Data surveilans ini meliputi:
 - a. saluran pernapasan seperti prosedur dan tindakan terkait intubasi, bantuan ventilasi mekanik, trakeostomi, dan lain lain;
 - b. saluran kemih seperti pada kateter, pembilasan urine, dan lain lain;
 - c. alat invasif intravaskular, saluran vena verifer, saluran vena sentral, dan lain-lain;
 - d. lokasi operasi, perawatan, pembalutan luka, prosedur aseptik, dan lain-lain;
 - e. penyakit dan organisme yang penting dari sudut epidemiologic seperti *Multi Drug Resistant Organism* infeksi yang virulen
 - f. timbulnya infeksi baru atau timbulnya kembali penyakit

infeksi di masyarakat (*Emerging and or Re Emerging Disease*).

- (3) Rumah sakit melakukan analisa data kejadian infeksi meliputi:
 - a. Analisa kecenderungan infeksi di rumah sakit
 - b. Analisis tingkat infeksi dikaji banding angka kejadian tren di rumah sakit lain yang setara.
 - c. Analisis kejadian infeksi sebagai kejadian tidak diharapkan (KTD) rumah sakit.
- (4) Melakukan investigasi, kejadian *outbreak*, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di rumah sakit.

Pasal 9

Mengukur dan meriview risiko infeksi

Rumah sakit secara proaktif setiap tahun membuat risk register yang terdiri dari asesmen risiko infeksi (ICRA HAIs) yaitu indentifikasi, analisis dan evaluasi risiko infeksi dan pengendalian risiko infeksi untuk menurunkan risiko infeksi tersebut.

Pasal 10

Infection Control Risk Assessment (ICRA)

- (1) Rumah sakit melaksanakan identifikasi prosedur dan proses asuhan invasif yang berisiko infeksi serta menerapkan strategi untuk menurunkan risiko infeksi.
- (2) Rumah sakit membuat ICRA prosedur dan asuhan invasif, adapun daftar risiko pada ICRA prosedur dan asuhan invasif yaitu:
 - a. pencampuran obat suntik,
 - b. pemberian suntikan,
 - c. terapi cairan,
 - d. pungsi lumbal
- (3) Rumah sakit juga melakukan asesmen risiko terhadap kegiatan penunjang di rumah sakit yang harus mengikuti prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi serta melaksanakan strategi untuk menurunkan risiko infeksi, namun tidak terbatas pada:
 - a. sterilisasi alat;
 - b. pengelolaan linen/londri;
 - c. pengelolaan sampah;
 - d. penyediaan makanan;
 - e. kamar jenazah.
- (4) Rumah sakit melaksanakan identifikasi prosedur dan kegiatan unit

pelayanan yang berisiko infeksi serta menerapkan strategi untuk menurunkan risiko infeksi

BAB IV

PERALATAN MEDIS DAN/ ATAU BAHAN MEDIS HABIS PAKAI

Pasal 11

- (1) Rumah sakit mengurangi risiko infeksi terkait peralatan medis dan/atau bahan medis habis pakai (BMHP) dengan memastikan kebersihan, desinfeksi, sterilisasi, dan penyimpanan yang memenuhi syarat.
- (2) Prosedur/tindakan yang menggunakan peralatan medis dan/atau bahan medis habis pakai (BMHP), dapat menjadi sumber utama patogen yang menyebabkan infeksi. Kesalahan dalam membersihkan, mendesinfeksi, maupun mensterilisasi, serta penggunaan maupun penyimpanan yang tidak layak dapat berisiko penularan infeksi. Tenaga Kesehatan harus mengikuti standar yang ditetapkan dalam melakukan kebersihan, desinfeksi, dan sterilisasi.
- (3) Tingkat disinfeksi atau sterilisasi tergantung pada kategori peralatan medis dan/atau bahan medis habis pakai (BMHP):
 - a) Tingkat 1 - Kritis: Benda yang dimasukkan ke jaringan yang normal steril atau ke sistem vaskular dan membutuhkan sterilisasi.
 - b) Tingkat 2 - Semi-kritis: Benda yang menyentuh selaput lendir atau kulit yang tidak intak dan membutuhkan disinfeksi tingkat tinggi.
 - c) Tingkat 3 - Non-kritis: Benda yang menyentuh kulit intak tetapi tidak menyentuh selaput lendir, dan membutuhkan disinfeksi tingkat rendah.
- (4) Pembersihan dan disinfeksi tambahan dibutuhkan untuk peralatan medis dan/atau bahan medis habis pakai (BMHP) yang digunakan pada pasien yang diisolasi sebagai bagian dari kewaspadaan berbasis transmisi.
- (5) Pembersihan, disinfeksi, dan sterilisasi dapat dilakukan di area CSSD atau, di area lain di rumah sakit dengan pengawasan.
- (6) Metode pembersihan, disinfeksi, dan sterilisasi dilakukan sesuai

standar dan seragam di semua area rumah sakit.

- (7) Rumah sakit menurunkan risiko infeksi dengan melakukan pembersihan dan sterilisasi peralatan dengan baik serta mengelola dengan benar dan baik di *Central Sterile Supply Unit (CSSU)*
- (8) Mutu sterilisasi dan identifikasi alat
- (9) Mutu sterilisasi alat dapat dilihat dengan adanya perubahan indikator internal *accept*
- (10) Pemantauan mutu sterilisasi dilakukan dengan melakukan pemeriksaan mikrobiologi (kultur) setiap 3 bulan sekali, dilaporkan oleh unit CSSU dalam evaluasi program unit kepada Direktur RS
- (11) Staf yang memroses peralatan medis dan/atau BMHP harus mendapatkan pelatihan.
- (12) Penyimpanan untuk mencegah kontaminasi, peralatan medis dan/atau BMHP bersih dan steril disimpan di area penyimpanan yang telah ditetapkan, bersih dan kering serta terlindung dari debu, kelembaban, dan perubahan suhu yang drastis. Idealnya, peralatan medis dan BMHP disimpan terpisah dan area penyimpanan steril memiliki akses terbatas.

Pasal 12

Identifikasi dan pengelolaan BMHP yang di reuse

- (1) Rumah sakit mengidentifikasi dan menetapkan proses untuk mengelola peralatan medis dan/atau bahan medis habis pakai (BMHP) yang sudah kadaluwarsa dan penggunaan ulang (reuse) alat sekali-pakai sesuai dengan perturan perundangan dan standar profesi.
- (2) Rumah sakit menetapkan ketentuan tentang penggunaan kembali alat medis sekali pakai sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan standar profesional meliputi:
 - a) Alat dan material yang dapat dipakai kembali;
 - b) Jumlah maksimum pemakaian ulang dari setiap alat secara spesifik;
 - c) Identifikasi kerusakan akibat pemakaian dan keretakan yang menandakan alat tidak dapat dipakai;
 - d) Proses pembersihan setiap alat yang segera dilakukan sesudah pemakaian dan mengikuti protokol yang jelas;
 - e) Pencantuman identifikasi pasien pada bahan medis habis

-
- pakai untuk hemodialisis;
- f) Pencatatan bahan medis habis pakai yang reuse di rekam medis; dan
 - g) Evaluasi untuk menurunkan risiko infeksi bahan medis habis pakai yang di-reuse.
- (3) Rumah sakit mengelola alat yang direuse untuk meminimalkan risiko infeksi dan risiko kinerja alat yang tidak cukup atau tidak terjamin sterilitas serta fungsinya, ada pengawasan terhadap proses ulang.
 - (4) Rumah sakit menetapkan alat sekali pakai yang direuse yang telah disetujui penggunaan ulang akurat dan terkini
 - (5) RS Dharma Nugraha tidak melakukan *reuse* pada peralatan *single-use*
 - (6) Rumah sakit melakukan pemantauan, evaluasi dan tindaklanjut pelaksanaan penggunaan kembali(reuse) peralatan medis habis pakai dan /atau BMHP
 - (7) Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) yang steril seperti kateter, set infus, benang dan sebagainya ditentukan habis masa berlakunya sesuai dengan tanggal kadaluarsa.
 - (8) Pada kemasan yang menyatakan peralatan /bahan medis masih steril jika kemasan masih utuh tetapi tanggal kadaluarsa sudah terlewati, peralatan dinyatakan tetap tidak dapat dipakai dan dikembalikan ke instalasi farmasi
 - (9) Rumah sakit menetapkan ketentuan tentang penggunaan kembali alat sekali pakai sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan standar profesional, termasuk penetapan meliputi:
 - a) Barang steril sekali pakai (*single-use*) dapat digunakan kembali sesuai dengan rekomendasi *manufaktur*-nya
 - b) Alat Medis Sekali Pakai (AMSP) yang dilakukan *reuse* sangat dibutuhkan penggunaannya, tetapi sulit diperoleh atau sangat mahal harganya
 - c) Proses sterilisasi dilakukan segera setelah alat digunakan yaitu melalui proses: perendaman, uji visual, pencucian, pembilasan, desinfeksi, pembilasan, pengeringan, pengemasan, labeling, proses sterilisasi dan penyimpanan alat kesehatan steril

-
- b. Kesehatan dan keselamatan Staf terkait PPI (Pemeriksaan Kesehatan vaksinasi petugas)
- Rumah sakit mengidentifikasi risiko staf terpapar atau tertular penyakit di unit berisiko, serta melaksanakan pemeriksaan kesehatan berkala dan vaksinasi
 - Imunisasi, vaksinasi, dan profilaksis diberikan sehingga dapat menurunkan secara signifikan insiden infeksi penyakit menular
 - Rumah sakit melaksanakan evaluasi, memberikan konseling, dan tindak lanjut kepada staf yang terpapar penyakit infeksi serta dikoordinasikan dengan bagian pengembangan staf
 - Kejadian staf terpapar infeksi atau tertusuk jarum suntik dicatat dan didokumentasikan

BAB V

KEBERSIHAN LINGKUNGAN

Pasal 13

- Rumah sakit mengidentifikasi dan menerapkan standar PPI yang diakui untuk pembersihan dan disinfeksi permukaan dan lingkungan.
- Proses pembersihan dan disinfeksi lingkungan meliputi pembersihan lingkungan rutin yaitu pembersihan harian kamar pasien dan area perawatan, ruang tunggu dan ruang publik lainnya, ruang kerja staf, dapur, dan lain sebagainya.
- Rumah sakit menetapkan frekuensi pembersihan, peralatan dan cairan pembersih yang digunakan, staf yang bertanggung jawab untuk pembersihan, dan kapan suatu area membutuhkan pembersihan lebih sering. Pembersihan terminal dilakukan setelah pemulangan pasien; dan dapat ditingkatkan jika pasien diketahui atau diduga menderita infeksi menular sebagaimana diindikasikan oleh standar pencegahan dan pengendalian infeksi
- Rumah sakit melakukan pengkajian risiko akan menentukan area berisiko tinggi yang memerlukan pembersihan dan disinfeksi tambahan; misalnya area ruang operasi, CSSD, unit perawatan intensif neonatal, unit luka bakar, dan unit lainnya.
- Pembersihan dan disinfeksi lingkungan dipantau misalnya keluhan dan pujian dari pasien dan keluarga, menggunakan penanda fluoresens untuk memeriksa patogen residual.

BAB VI

MANAJEMEN LINEN

Pasal 14

- (1) Ada unit kerja pengelola linen/ laundry yang menyelenggarakan penatalaksanaan sesuai dengan peraturan perundangan.
- (2) Prinsip-prinsip PPI diterapkan pada pengelolaan linen/laundry, termasuk pemilahan, transportasi, pencucian, pengeringan, penyimpanan, dan distribusi
- (3) Ada bukti supervisi oleh IPCN terhadap pengelolaan linen/laundry sesuai dengan prinsip PPI.
- (4) Supervise juga dilakukan pada pihak ketiga jika rumah sakit MOU/ PKS dengan pihak luar tetap menjamin mutu.
- (5) Troli pengangkut linen dibedakan antara linen bersih dan linen kotor.

BAB VII

LIMBAH INFEKSIUS

Pasal 15

- (1) Rumah sakit mengurangi risiko infeksi melalui pengelolaan limbah infeksius sesuai peraturan perundang undangan
- (2) Rumah sakit menyelenggarakan pengelolaan limbah dengan benar untuk meminimalkan risiko infeksi melalui kegiatan sebagai berikut:
 - a) Pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius;
 - b) Penanganan dan pembuangan darah serta komponen darah;
 - c) Pemulasaraan jenazah dan bedah mayat;
 - d) Pengelolaan limbah cair;
 - e) Pelaporan pajanan limbah infeksius.
- (3) Penanganan dan pembuangan darah serta komponen darah dipantau dan dievaluasi setelah dilakukan tindak lanjut.
- (4) Rumah sakit melakukan melakukan monitoring dan evaluasi serta tindak lanjutnya.
- (5) Pengelolaan limbah benda tajam termasuk jarum, scalpel dikelola sesuai dengan peraturan perundangan dengan menggunakan wadah khusus safety box yang tertutup, antitertusuk, dan anti bocor dasar maupun sisinya dan tidak terisi terlampau penuh / sesuai dengan standar $\frac{3}{4}$ volumenya dibuang.

-
- (6) Jika pengelolaan limbah dilakukan dengan pihak ketiga, maka ada MOU/ PKS memiliki ijin dan sertifikat mutu.
 - (7) Manajemen Limbah dan proses pengolahan limbah dimulai dari indentifikasi, pemisahan, labeling, pengangkutan, penyimpanan hingga pembuangan / pemusnahan
 - (8) Limbah rumah sakit adalah semua limbah yang dihasilkan dari kegiatan rumah sakit dalam bentuk padat, cair, dan gas
 - (9) Jenis wadah / kantong plastic limbah padat sesuai dengan kategorinya yaitu : radiokatif warna merah, infeksius patologi dan anatomi warna kuning, sitotoksis warna ungu, dan limbah kimia/ farmasi warna coklat.
 - (10) Rumah sakit menetapkan pengelolaan kamar mayat dan kamar bedah mayat sesuai dengan peraturan perundang-undangan,
 - (11) Ada bukti pengelolaan limbah

BAB VIII

PENYELENGGARAAN PELAYANAN MAKANAN

Pasal 16

- (1) Rumah sakit mengurangi risiko infeksi terkait penyelenggaraan pelayanan makanan.
- (2) Pelayanan makanan di rumah sakit mulai dari pengelolaan bahan makanan, sanitasi dapur, makanan, alat masak, serta alat makan untuk mengurangi risiko infeksi dan kontaminasi silang
- (3) Standar bangunan, fasilitas dapur, dan *pantry* sesuai dengan peraturan perundangan termasuk bila makanan diambil dari sumber lain di luar rumah sakit
- (4) Penyimpanan bahan makanan harus selalu terpelihara dan dalam keadaan bersih, terlindung dari debu, bahan kimia berbahaya dan hewan lain serta suhu penyimpanan disesuaikan dengan jenis bahanmakanan Pengelolaan Gizi dilakukan oleh unit Gizi di *Pantry*.
- (5) Pelaksanaan penyimpanan makanan dan produk nutrisi dengan memperhatikan kesehatan lingkungan meliputi sanitasi, suhu, pencahayaan, kelembapan, ventilasi, dan keamanan untuk mengurangi risiko infeksi

BAB IX

RISIKO INFEKSI PADA KONSTRUKSI DAN RENOVASI

Pasal 17

- (1) Rumah sakit menurunkan risiko infeksi pada fasilitas yang terkait dengan pengendalian mekanis dan teknis (*mechanical and engineering controls*) serta pada saat melakukan pembongkaran, konstruksi, dan renovasi gedung.
- (2) Rumah sakit menurunkan risiko infeksi pada fasilitas yang terkait dengan pengendalian mekanis dan teknis (*mechanical and engineering controls*) fasilitas yang meliputi:
 - a. System ventilasi bertekanan positif
 - b. *Biological safety cabinet*
 - c. *Laminary airflow hood*
 - d. Thermostat di lemari pendingin
 - e. Pemanas air untuk sterilisasi piring dan alat dapur
- (3) Untuk menurunkan risiko infeksi maka rumah sakit perlu mempunyai regulasi tentang penilaian risiko pengendalian infeksi (*infection control risk assessment/ICRA*) untuk pembongkaran, konstruksi, serta renovasi gedung di area mana saja di rumah sakit yang 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; dan
 - f. Pemantauan pelaksanaan.
- (4) Rumah sakit menggunakan kriteria risiko (*ICRA* bangunan) untuk menangani dampak renovasi dan pembangunan gedung baru, terhadap persyaratan mutu udara, pencegahan dan pengendalian, standart peralatan, syarat kebisingan, getaran dan prosedur darurat
- (5) Rumah sakit telah melaksanakan penilaian risiko pengendalian infeksi (*infection control risk assessment/ICRA*) pada semua renovasi, konstruksi dan demolisi

BAB X

PENULARAN INFEKSI

Pasal 18

- (1) Rumah sakit menyediakan APD untuk kewaspadaan (barrier precautions) dan prosedur isolasi untuk penyakit menular melindungi pasien dengan imunitas rendah (immunocompromised) dan mentransfer pasien dengan airborne diseases di dalam rumah sakit dan keluar rumah sakit serta penempatannya dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak mempunyai kamar dengan tekanan negatif (ventilasi alamiah dan mekanik).
- (2) Rumah sakit menyediakan dan menempatkan ruangan untuk pasien dengan imunitas rendah (immunocompromised).
- (3) Rumah sakit melindungi pasien, pengunjung dan staf dari penyakit menular serta melindungi pasien immune compromised
- (4) Penempatan pasien infeksius terpisah dengan pasien non infeksius, disesuaikan dengan pola transmisi infeksi penyakit pasien (kontak, droplet, airborne)
- (5) Rumah sakit menyediakan alat pelindung diri dan prosedur isolasi yang melindungi pasien, pengunjung, dan staf dari penyakit menular serta melindungi pasien yang mengalami imunitas rendah (*immunocompromised*) dari infeksi yang rentan mereka alami
- (6) RS Dharma Nugraha tidak melakukan skrining MRSA. Pasien yang hasil kulturnya menunjukkan positif MRSA, akan ditindaklanjuti sesuai prosedur pasien dengan infeksi menular melalui kontak
- (7) Pasien HIV tidak dirawat bersama dengan pasien TB dalam satu ruangan tetapi pasien TB HIV dapat dirawat dengan sesama pasien
- (8) Pasien yang sudah diketahui atau diduga infeksi menular harus diisolasi sesuai kebijakan dan panduan yang sudah ditentukan:
 - a. Penempatan pasien dengan infeksi *airborne* adalah di ruangan bertekanan negatif
 - b. Penempatan pasien dengan infeksi yang menular melalui kontak atau droplet adalah di ruangan tersendiri/terpisah dengan kewaspadaan isolasi
 - c. Jika kamar isolasi penuh, pasien dapat dirawat tersendiri atau bersama pasien dengan penyakit yang sama tetapi

-
- tidak dengan infeksi lain (*kohorting*)
- d. Bila pasien infeksi menular melalui droplet atau *airborne*, harus keluar kamar atau ditransportasi, maka pasien harus menggunakan masker
 - e. Rumah sakit menerapkan sebuah proses untuk menangani lonjakan/ lonjakan pasien (*outbreak*) penyakit infeksi *airborne*
 - f. Rumah sakit menyediakan ruang isolasi dengan tekanan negatif bila terjadi ledakan pasien (*outbreak*) sesuai dengan peraturan perundangan
 - g. Rumah sakit melakukan edukasi kepada staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi ledakan pasien (*outbreak*) penyakit infeksi air borne.
- (9) Pasien yang sudah diketahui atau diduga *immunocompromised* harus diisolasi sesuai pedoman yang sudah ditentukan :
- a. Penempatan pasien *immunocompromised* adalah di ruangan tersendiri
 - b. Penempatan pasien dengan *immunocompromised* dapat dirawat dengan pasien lain dengan diagnosa sama tetapi tidak disertai infeksi lain (*kohorting*)
- (10) Penempatan pasien dan proses transfer pasien dengan *Airborne Disease*:
- a. Pasien yang berobat dengan keluhan batuk akan diberikan edukasi oleh petugas RS terlatih mengenai etika batuk serta higiene respirasi dan diharuskan memakai masker bedah dan pisakan di ruang isolasi jika keluhan pasien mengarahke TB (batuk \geq 2 minggu atau batuk darah)
 - b. Transfer Pasien
 - a) Batasi perpindahan pasien hanya untuk tujuan yang benar-benar perlu, pasien menggunakan masker.
 - b) Beritahu terlebih dahulu kepada unit yang menerima pasien.
- (11) Rumah sakit menempatkan pasien infeksi “air borne” dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak mempunyai kamar dengan tekanan negatif sesuai dengan peraturan perundang-undangan termasuk di ruang gawat darurat dan ruang lainnya.
- (12) Rumah sakit melakukan pemantauan ruang tekanan

negatif dan penempatan pasien secara rutin

BAB XI

KEBERSIHAN TANGAN DAN APD

Pasal 19

(1) Kebersihan tangan

Kebersihan tangan dilakukan oleh seluruh petugas klinis maupun non klinis dan pengunjung di seluruh lingkungan RS

- a. Rumah sakit telah menerapkan hand hygiene yang mencakup kapan, di mana, dan bagaimana melakukan cuci tangan mempergunakan sabun (hand wash) dan atau dengan disinfektan (hand rubs) serta ketersediaan fasilitas hand hygiene
 - b. Rumah sakit menyediakan Sabun, disinfektan, serta tisu/handuk sekali pakai tersedia di tempat cuci tangan dan tempat melakukan disinfeksi tangan.
 - c. Cuci tangan dilakukan 6 langkah mengadaptasi dari Pedoman Hand Hygiene dari WHO
 - d. Cuci tangan dilakukan pada “*Five Moment*” mencuci tangan:
 - a) Sebelum kontak dengan pasien
 - b) Sebelum melakukan tindakan aseptik
 - c) Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien
 - d) Setelah kontak dengan pasien
 - e) Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien
 - e. Kebersihan tangan menggunakan cairan antiseptic berisi Chlorhexidine 4%, cairan base alkohol 70% + Chlorhexidine 0,5% dan cairan handrub base alkohol 70% .
 - f. Rumah sakit melakukan pelatihan hand hygiene kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak.
 - g. Dilakukan audit kepatuhan petugas dalam melaksanakan kegiatan cuci tangan
- ##### **(2) Penggunaan Alat Pelindung Diri**
- a. Rumah sakit menerapkan penggunaan alat pelindung diri, tempat yang harus menyediakan alat pelindung diri, dan pelatihan cara memakainya.
 - b. Rumah sakit menyediakan alat pelindung diri sesuai

- kebutuhan dan kegunaannya.
- c. Alat pelindung diri digunakan oleh petugas sebagai pembatas fisik yang secara langsung kontak dengan cairan tubuh dan jaringan tubuh pasien yang tidak utuh atau APD digunakan sesuai dengan indikasi tindakan yang dilakukan dan ketentuan diinstalasi
 - d. Jenis – jenis APD : topi, *google*, masker bedah, masker N 95, *schort*/baju pelindung, sarung tangan, sandal, sepatu boot, earplug
 - e. Rumah sakit melakukan pelatihan penggunaan alat pelindung diri kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak.

BAB XII

PENINGKATAN MUTU DAN PROGRAM EDUKASI

Pasal 20

- (1) Kegiatan PPI diintegrasikan dengan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dengan menggunakan indikator yang secara epidemiologik penting bagi rumah sakit
- (2) Ada sistem manajemen data terintegrasi antara data surveilans dan data indikator mutu di Komite/ Tim Penyelenggara Mutu.
- (3) Ada bukti pertemuan berkala antara Tim Penyelenggara Mutu dan Tim PPI untuk berkoordinasi dan didokumentasikan.
- (4) Ada bukti penyampaian hasil analisis data dan rekomendasi Tim PPI kepada Tim Penyelenggara Mutu setiap tiga bulan.

BAB XIII

PENDIDIKAN STAF

Pasal 21

- (1) Rumah sakit melakukan edukasi tentang PPI kepada staf klinis dan nonklinis, pasien, keluarga pasien, serta petugas lainnya yang terlibat dalam pelayanan pasien. rumah sakit agar menetapkan Program Pelatihan PPI yang meliputi pelatihan untuk:
 - a. orientasi pegawai baru baik staf klinis maupun nonklinis di tingkat rumah sakit maupun di unit pelayanan;

- b. staf klinis (profesional pemberi asuhan) secara berkala;
- c. staf nonklinis;
- d. pasien dan keluarga; dan
- e. pengunjung

BAB XIV


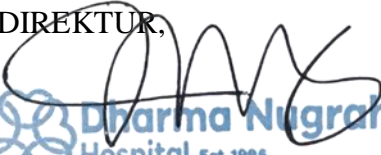
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 22

Penetapan

Peraturan Direktur ini berlaku terhitung sejak tanggal ditetapkan, dan apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan pada keputusan ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 10 APRIL 2023
DIREKTUR,



Dharma Nugraha
Hospital Est.1996

dr. Agung Darmanto Sp,A