

PERATURAN DIREKTUR

RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

NOMOR : 3695/A000/XI/2021

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (KPPI)

RS INTAN HUSADA

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151

LEMBAR VALIDASI
PEDOMAN PELAYANAN KOMITE
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (KPPI)
NOMOR: 3695/A000/XI/2021

	Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	Ana Restiana Dewi S.Kep Ners	IPCN		8 NOVEMBER 2021
Verifikator	dr. Tena Iskandar SP.PK	Ketua KPPI		10-11-2021
Validator	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		10-11-2021

LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 3695/A000/XI/2021
TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI
(KPPI)

DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

Menimbang :

- a. bahwa rumah sakit berkewajiban untuk meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit melalui penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit yang baik;
- b. bahwa dalam rangka mendukung peningkatan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, diperlukan acuan dalam pelaksanaan pelayanan yang efektif dan aman di Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
- c. berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a di atas, maka perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Pedoman Pelayanan KPPI;

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
5. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit;

6. Surat Keputusan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 034/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur Rumah Sakit Intan Husada;
7. Peraturan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 052/PT-RSIH/X/2021-S0 Tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Intan Husada;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PEDOMAN PELAYANAN KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (KPPI).**
- Kesatu : Pedoman Pelayanan KPPI di Rumah Sakit Intan Husada digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pengorganisasian pelayanan KPPI di Rumah Sakit Intan Husada.
- Kedua : Pedoman Pelayanan KPPI sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Ketiga : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 10 November 2021
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI.....	i
DAFTAR TABEL.....	ii
DAFTAR GAMBAR	iv
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Tujuan.....	2
1. Tujuan Umum.....	2
2. Tujuan Khusus.....	2
B. Ruang Lingkup Pelayanan	2
C. Batasan Operasional.....	3
BAB II.....	6
STANDAR KETENAGAAN	6
A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia.....	6
B. Distribusi Ketenagaan	6
C. Pengaturan Jaga.....	7
BAB III.....	8
STANDAR FASILITAS	8
A. Denah Ruang.....	8
B. Standar Fasilitas	8
BAB IV	10
TATA LAKSANA PELAYANAN	10
A. Tata Laksana Pelayanan.....	10
1. Tata Laksana Pelayanan kewaspadaan standar (sebagai Lapis pertama).....	10
2. Tata Laksana Pelayanan Kewaspadaan Berdasarkan Transmisi	14
B. Tatalaksana Penerapan PPI terkait pelayanan kesehatan melalui <i>bundles</i> HAIs	15
C. Tatalaksana Surveilans Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan	15
D. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan	16
E. Pelaksanaan <i>monitoring</i> penggunaan antimikroba secara aman.....	16
F. Melakukan <i>monitoring</i> melalui <i>infection control risk assesment</i> dan audit berkala...	16
G. Tatalaksana Kasus Wabah Dan KLB	16
H. Pelaksanaan <i>monitoring</i> pada pelayanan makanan	17
I. Tatalaksana Perawatan Kasus Meninggal (Pelayanan di kamar jenazah).....	17
J. Pelaksanaan monitoring perbekalan farmasi/peralatan single use yang di re-use....	17
BAB V	19
LOGISTIK.....	19
A. Perencanaan Logistik.....	19
B. Alur Pengadaan Logistik	20
C. Pengadaan logistik.....	20
D. Monitoring dan Evaluasi Logistik	20
BAB VI	21
KESELAMATAN PASIEN	21
BAB VII.....	23

KESELAMATAN KERJA	23
BAB VIII.....	26
PENGENDALIAN MUTU	26
A. Indikator Mutu	26
B. Monitoring	40
C. Evaluasi	40
D. Pelaporan	41
E. <i>Continuous Improvement</i>	41
BAB IX	42
PENUTUP.....	42
DAFTAR PUSTAKA	43

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1 Barang Logistik Umum	19
--------------------------------------	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Denah Ruang Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	8
---	---

BAB I

PENDAHULUAN

Sebagai salah satu institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mempunyai fungsi untuk memberikan pelayanan kesehatan paripurna kepada masyarakat, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif, rumah sakit dituntut memiliki tata kelola organisasi yang efektif, efisien dan akuntabel. Aplikasi peran penting tersebut terwujud dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh pengorganisasian yang berorientasi pada visi misi yang ditetapkan dan memiliki tanggung jawab dalam pengelolaan manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Pengorganisasian rumah sakit disusun dengan tujuan untuk mencapai visi dan misi rumah sakit dengan menjalankan tata kelola perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*).

Rumah Sakit Intan Husada memiliki visi menjadi rumah sakit terbaik di Priangan Timur, sedangkan salah satu misi yang diemban adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna dan bersikap mengutamakan keselamatan pasien dan kepuasan pasien.

Rumah sakit merupakan sarana kesehatan yang saat ini makin berkembang seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, dilain pihak rumah sakit dihadapkan dengan tantangan yang makin besar, dimana pasien, pengunjung, dan staf kesehatan di rumah sakit, sangat berisiko terkontaminasi penyakit/infeksi *healthcare associated infection* (HAIs), sehingga perlu dilindungi dari tertularnya penyakit/ infeksi.

Penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan atau HAIs merupakan salah satu masalah kesehatan diberbagai negara di dunia, termasuk Indonesia. Dalam forum *asian pasific economic comitte* (APEC) atau *global health security agenda* (GHSA) penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan telah menjadi agenda yang dibahas. Hal ini menunjukkan bahwa HAIs yang ditimbulkan berdampak secara langsung sebagai beban ekonomi negara.

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

Dengan berkembangnya ilmu pengetahuan, khususnya di bidang pelayanan kesehatan, perawatan pasien tidak hanya dilayani di rumah sakit saja tetapi juga di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, bahkan di rumah (*home care*).

Dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan sangat penting bila terlebih dahulu staf dan pengambil kebijakan memahami konsep dasar penyakit infeksi. Oleh karena itu perlu disusun pedoman pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan agar terwujud pelayanan kesehatan yang bermutu dan dapat menjadi acuan bagi semua pihak yang terlibat dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di dalam fasilitas pelayanan kesehatan serta dapat melindungi masyarakat dan mewujudkan *patient safety* yang pada akhirnya juga akan berdampak pada efisiensi manajemen fasilitas pelayanan kesehatan dan peningkatan kualitas pelayanan.

Peraturan Menteri Kesehatan nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan memberikan rujukan bagi manajemen

setiap instalasi layanan kesehatan untuk membangun standar dan menerapkan sistem kontrol dan pencegahan penyebaran penyakit infeksi.

Untuk hal tersebut diatas, RS Intan Husada (RSIH) perlu meningkatkan pelayanan khususnya dalam hal PPI. Maka dari itu, disusunlah Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ini, agar terwujud pelayanan kesehatan yang bermutu, dan dapat digunakan sebagai acuan bagi segenap penyedia layanan (*care provider*), yang meliputi dokter, perawat, dan profesi kesehatan lainnya yang terlibat dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi dalam aktivitas hariannya, juga menjadi acuan bagi komite pencegahan dan pengendalian infeksi (KPPI) dalam melakukan aktivitas hariannya.

Selaras dengan hal tersebut dan dalam rangka mewujudkan pelayanan yang bermutu, maka diperlukan suatu Pedoman Pelayanan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang dijadikan sebagai acuan pelaksanaan kegiatan untuk melaksanakan kegiatan pelayanan di RS Intan Husada Garut.

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Sebagai acuan penatalaksanaan pelayanan di KPPI RSIH, sehingga staf kesehatan, pasien, pengunjung dan masyarakat dapat terlindungi dari penularan penyakit/infeksi yang terkait pelayanan kesehatan, juga untuk meningkatkan mutu pelayanan serta citra rumah sakit.

2. Tujuan Khusus

- a. Sebagai pedoman pelayanan bagi staf KPPI dalam melaksanakan tugas wewenang dan tanggung jawab secara jelas.
- b. Sebagai acuan bagi KPPI dalam melaksanakan kegiatan supervisi kepada seluruh individu yang berada di lingkungan rumah sakit untuk melaksanakan kewaspadaan isolasi yang terdiri dari kewaspadaan standar dan berdasarkan transmisi.
- c. Sebagai acuan bagi KPPI dalam melaksanakan kegiatan supervisi penerapan *bundles* HAIs pelayanan kesehatan.
- d. Sebagai acuan bagi KPPI dalam melaksanakan kegiatan surveilans HAIs dibantu oleh *infection prevention and control link nurse* (IPCLN) unit pelayanan.
- e. Sebagai acuan bagi KPPI dalam melaksanakan kegiatan pendidikan dan pelatihan
- f. Sebagai acuan bagi KPPI dalam melaksanakan kegiatan *monitoring* penggunaan antimikroba yang aman.
- g. Sebagai acuan bagi KPPI dalam melaksanakan kegiatan *monitoring* melalui *infection control risk assesment* (ICRA).
- h. Sebagai acuan bagi KPPI dalam melaksanakan kegiatan investigasi terjadinya *outbreak/kejadian luar biasa* (KLB) HAIs.
- i. Sebagai acuan bagi KPPI dalam melaksanakan kegiatan *monitoring* pada pelayanan di kamar jenazah.
- j. Sebagai acuan bagi KPPI dalam melaksanakan kegiatan *monitoring* perbekalan farmasi/ peralatan *single use* yang di *re-use*

B. Ruang Lingkup Pelayanan

Ruang lingkup pelayanan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi, KPPI melakukan pengawasan terhadap semua individu yang berada di lingkungan rumah sakit

seperti : pasien, staf kesehatan dan pengunjung rumah sakit. KPPI melakukan kegiatan yang dapat menurunkan tingkat infeksi dan dapat melindungi dari penularan penyakit/infeksi yang terkait pelayanan kesehatan, diantaranya:

1. Kegiatan supervisi KPPI kepada seluruh individu yang berada di lingkungan rumah sakit untuk melaksanakan kewaspadaan isolasi yang terdiri dari kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasarkan transmisi.
2. Kegiatan supervisi KPPI terkait penerapan *bundles* HAI pelayanan kesehatan.
3. Kegiatan KPPI terkait surveilans HAI dibantu oleh IPCLN unit pelayanan.
4. Kegiatan KPPI terkait pendidikan dan pelatihan bekerjasama dengan bagian pendidikan dan latihan rumah sakit.
5. Kegiatan *monitoring* KPPI terkait penggunaan antimikroba secara aman bekerjasama dengan tim program pengendalian resistensi antimikroba (PPRA).
6. Kegiatan *monitoring* KPPI terkait ICRA dan melakukan audit secara berkala.
7. Kegiatan KPPI terkait investigasi wabah (*outbreak*) / kejadian luar biasa (KLB) penyakit infeksi bekerjasama dengan tim investigasi yang dibentuk oleh Direktur bila terjadi *outbreak*.
8. Kegiatan *monitoring* KPPI terkait perbekalan farmasi/peralatan *single use* yang di *re-use*.

C. Batasan Operasional

Batasan operasional pelayanan PPI di RSIH :

1. Kegiatan supervisi KPPI kepada seluruh individu yang berada di lingkungan rumah sakit untuk melaksanakan kewaspadaan isolasi adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh IPCN dalam pengawasan dan pengendalian kegiatan di rumah sakit untuk mencegah dan menurunkan tingkat infeksi sehingga dapat melindungi staf pelayanan kesehatan (penularan dari pasien ke staf kesehatan) serta mencegah penularan dari pasien ke pasien dan dari staf kesehatan ke pasien yang terdiri dari:
 - a. Kewaspadaan standar ada 11 komponen, adalah kewaspadaan yang utama untuk diterapkan secara rutin dalam perawatan seluruh pasien di rumah sakit baik yang telah didiagnosa, diduga terinfeksi atau kolonisasi untuk mencegah transmisi silang sebelum pasien didiagnosis, yaitu dengan melaksanakan:
 - 1) Kebersihan tangan.
 - 2) Etika batuk dan atau bersin.
 - 3) Praktek menyuntik yang aman.
 - 4) Prosedur lumbal punksi.
 - 5) Penggunaan alat pelindung diri.
 - 6) Perawatan peralatan pasien.
 - 7) Pengelolaan limbah dan benda tajam.
 - 8) Pengendalian lingkungan.
 - 9) Pengelolaan linen.
 - 10) Kesehatan karyawan.
 - 11) Penempatan pasien.
 - b. Kewaspadaan berdasarkan transmisi/penularan adalah tambahan kewaspadaan standar yang dilaksanakan sebelum pasien didiagnosis dan setelah terdiagnosis jenis infeksi, ada 3 komponen yaitu dengan pencegahan:
 - 1) Penularan melalui udara.

- 2) Penularan melalui percikan.
- 3) Penularan melalui kontak.
2. Kegiatan supervisi KPPI terkait penerapan *bundles* HAIs pelayanan kesehatan adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh IPCN dalam pengawasan dan pengendalian terhadap semua staf kesehatan terhadap pelayanan kesehatan melalui *bundles* HAIs di unit pelayanan. Adapun *bundles* HAIs tersebut adalah penerapan langkah-langkah yang harus dilakukan untuk mencegah terjadinya HAIs yang dapat menyebabkan peningkatan morbiditas, mortalitas dan beban pembiayaan.
 - a. *Bundles ventilator associated pneumonia* (VAP)
 - b. *Bundles* infeksi aliran darah (IAD),
 - c. *Bundles* infeksi saluran kemih (ISK).
 - d. *Bundles* infeksi daerah operasi (IDO).
 - e. *Bundles* Phlebitis
3. Kegiatan surveilans KPPI adalah suatu proses yang dinamis, sistematis, terus menerus dalam pengumpulan, identifikasi, analisis dan interpretasi data kesehatan yang penting di rumah sakit dan didiseminasikan secara berkala kepada pihak yang memerlukan untuk digunakan dalam perencanaan, penerapan, serta evaluasi suatu tindakan yang berhubungan dengan kesehatan. Dalam kegiatan surveilans IPCN dibantu oleh IPCLN unit pelayanan.
4. Kegiatan KPPI terkait pendidikan dan pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi untuk staf kesehatan secara berkala adalah suatu kegiatan/usaha untuk memberikan edukasi semacam pelatihan *in house training* tentang PPI agar seluruh staf kesehatan mengetahui pentingnya PPI dalam pelayanan kesehatan agar dapat memutus mata rantai penularan infeksi yang menyebabkan peningkatan morbiditas, mortalitas dan beban pembiayaan.
5. Kegiatan *monitoring* KPPI terkait penggunaan antimikroba yang aman adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh IPCN dalam memantau penggunaan antimikroba terhadap pasien dengan pengumpulan data multidrug resisten melalui pemeriksaan mikrobiologi yang bekerjasama dengan Tim program pengendalian resistensi antimikroba (PPRA) dalam melaksanakan programnya.
6. Kegiatan *monitoring* KPPI terkait ICRA *healthcare associated infections* (HAIs) dan melakukan audit secara berkala adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh IPCN untuk menentukan perencanaan risiko infeksi dan strategi yang akan dilaksanakan guna menurunkan risiko infeksi yang terjadi di rumah sakit.
7. Kegiatan investigasi KPPI terkait kejadian *outbreak*/KLB adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh IPCN bila *outbreak*/KLB sudah ditetapkan oleh Direktur dan telah dibentuk tim investigasi KLB untuk penanganan KLB sampai KLB dihentikan karena sudah selesai dalam penanganan dan dibuatkan pelaporannya kepada Direktur.
8. Kegiatan *monitoring* KPPI terkait pelayanan makanan adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh IPCN dalam pengawasan dan pengendalian terapan yang harus dipatuhi didalam proses penerimaan bahan makanan, penyimpanan, pencucian, pengolahan, penyajian dan distribusi ke pasien dan staf kesehatan.
9. Kegiatan *monitoring* KPPI terkait pelayanan di kamar jenazah adalah suatu kegiatan yang dilakukan IPCN dalam pengawasan, pencegahan dan pengendalian infeksi dalam penanganan jenazah infeksius dan non infeksius.

10. Kegiatan *monitoring* KPPI terkait perbekalan farmasi/peralatan *single use* yang di *re-use* adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh IPCN dalam pengawasan penyimpanan perbekalan farmasi atau prinsip penggunaan peralatan *single use* yang di *re-use*.

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Pimpinan dan staf kesehatan dalam Komite diberi kewenangan dalam menjalankan program dan menentukan sikap pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI). KPPI disusun minimal terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Anggota. Adapun kualifikasinya sebagai berikut:

a. Ketua KPPI

Kualifikasi :

- 1) Ahli atau dokter spesialis yang mempunyai minat dalam PPI.
- 2) Mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar PPI.
- 3) Memiliki kemampuan *leadership*.

b. Anggota KPPI

Kualifikasi (anggota dapat terdiri dari) :

- 1) Dokter wakil dari tiap kelompok staf medis (KSM).
- 2) Dokter Spesialis Mikrobiologi Klinik/Patologi Klinik.
- 3) Staf Laboratorium.
- 4) Pimpinan atau staf Farmasi. (Apoteker).
- 5) Manager Keperawatan.
- 6) Kepala Unit *Laundry*
- 7) Supervisor Sanitasi.
- 8) Supervisor *Maintenance*.
- 9) Supervisor *Housekeeping*.
- 10) Ketua Komite PMKP.
- 11) Perawat PPI (IPCN) purna waktu.
- 12) Semua anggota minimal pernah mengikuti pelatihan dasar PPI atau pelatihan sejenis yang berhubungan dengan PPI.

c. *Infection Prevention and Control Nurse* (IPCN)

Kualifikasi :

- 1) Perawat dengan pendidikan minimal Ners dan memiliki sertifikasi IPCN.
- 2) Memiliki komitmen dibidang PPI.
- 3) Memiliki pengalaman sebagai kepala ruangan.
- 4) Memiliki kemampuan *leadership*, inovatif, dan *convident*.
- 5) Bekerja purna waktu dengan rasio 1 (satu) IPCN untuk tiap 100 tempat tidur.

d. *Infection Prevention and Control Link Nurse* (IPCLN)

Kualifikasi :

- 1) Perawat dengan pendidikan minimal D3 dan memiliki sertifikasi Pelatihan Dasar PPI.
- 2) Memiliki komitmen di bidang PPI

B. Distribusi Ketenagaan

Berdasarkan buku Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya yang disusun oleh Kementerian

Kesehatan RI bekerjasama dengan Perdalim tahun 2011 dan PMK Nomor 27 Tahun 2017, dibutuhkan ketenagaan dalam KPPI yang terdiri dari:

1. Dokter spesialis.
2. Dokter umum.
3. Staf Laboratorium.
4. Staf Farmasi.
5. Perawat PPI/PCPN.
6. Staf *Laundry*.
7. Staf Instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit.

Komite PPI			
Jabatan	Pendidikan Formal	Sertifikat	Jumlah
Ketua KPPI	Dokter Spesialis Patologi Klinik	Pendidikan & pelatihan PPI dasar & lanjutan	1 orang
PCPN purna waktu	Ners	Pendidikan & pelatihan PPI dasar, Pelatihan dasar PCPN	1 orang
IPCLN	Minimal D3	Pendidikan & pelatihan PPI dasar	9 orang

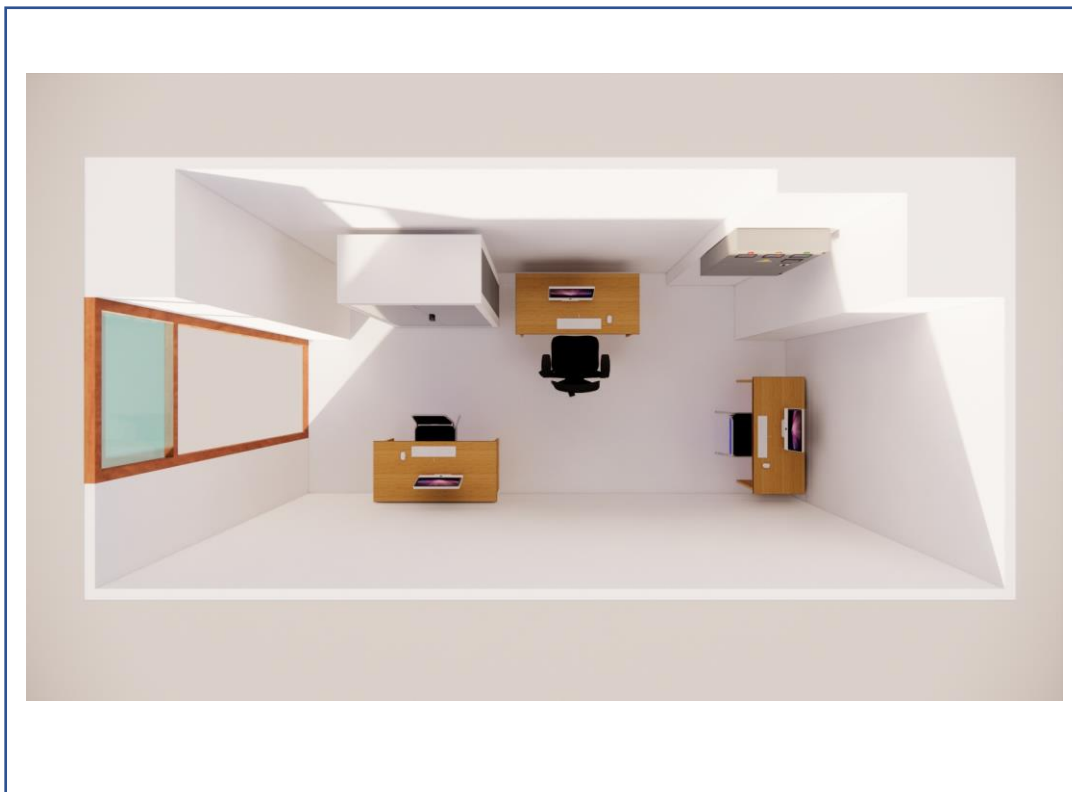
C. Pengaturan Jaga

1. PCPN bekerja Purna waktu dan diatur oleh Ketua KPPI.
2. IPCLN tugas jaga diatur oleh koordinator ruangannya masing-masing, berkoordinasi dengan Ketua KPPI.
3. 1 (satu) PCPN untuk tiap 100 tempat tidur.
4. 1 (satu) IPCLN untuk 5 PCPN.

BAB III

STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruang



Gambar 3.1 Denah Ruang Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Ruangan KPPI terletak di lantai 2 di Ruang Panel, dilengkapi dengan 1 meja dan 1 komputer serta 1 sambungan internet, samping kanan bersebelahan dengan SPI dan Komite Keperawatan.

B. Standar Fasilitas

KPPI merekomendasikan kepada semua unit terkait untuk menyiapkan fasilitas yang dibutuhkan sehubungan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi. Adapun fasilitas yang dibutuhkan pengadaannya diserahkan kepada unit terkait sesuai dengan kebutuhan unit tersebut.

1. Fasilitas Bagi Staf KPPI

No	Fasilitas	Jumlah
A	Fisik Bangunan	
	Gedung perkantoran lantai 2 (Ruang Panel)	1
B	Peralatan	
	Meja	1
	Kursi	1
	Komputer	1

	Line Internet	1
	Apar	1

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

A. Tata Laksana Pelayanan

1. Tata Laksana Pelayanan kewaspadaan standar (sebagai Lapis pertama)

Kewaspadaan standar yaitu kewaspadaan yang utama, dirancang untuk diterapkan secara rutin dalam perawatan seluruh pasien di rumah sakit, baik yang telah didiagnosis, diduga terinfeksi atau kolonisasi. Diterapkan untuk mencegah transmisi silang sebelum pasien didiagnosis, sebelum adanya hasil pemeriksaan laboratorium dan setelah pasien didiagnosis.

Komponen Utama Kewaspadaan Standar :

a. Kebersihan Tangan

Tata laksana pelayanan supervisi kebersihan tangan dilakukan oleh IPCN dibantu oleh IPCLN unit dalam observasi pelaksanaan kebersihan tangan yang dilakukan oleh petugas, pengunjung dan pasien. IPCLN melakukan edukasi terhadap pasien dan pengunjung tentang tata cara melakukan kebersihan tangan dan dilakukan pendokumentasian di formulir edukasi pasien. IPCN melakukan supervisi tindakan kebersihan tangan yang dilakukan oleh petugas dan dituangkan dalam rekap angka kepatuhan cuci tangan petugas setiap bulan serta melakukan edukasi di area public secara rutin setiap ada event.

b. Etika Batuk dan Bersin

Diterapkan untuk semua orang yang berada di rumah sakit, terutama pada kasus infeksi dengan jenis transmisi *airborne* dan droplet. Rumah sakit harus menyediakan sarana cuci tangan seperti wastafel dengan air mengalir, tisu, sabun cair, tempat sampah infeksius dan masker bedah. Staf, pasien dan pengunjung dengan gejala infeksi saluran napas, harus melaksanakan etika batuk dan bersin dengan benar yaitu: menutup hidung dan mulut dengan tisu atau saputangan atau lengan atas, tisu dibuang ke tempat sampah infeksius dan kemudian mencuci tangan. Gunakan selalu masker oleh semua orang di RS. Edukasi/Penyuluhan dilakukan oleh IPCLN unit, dituangkan dalam pencatatan edukasi di status pasien dan dilakukan oleh IPCN terutama di area public RS bila ada event.

c. Praktek Menyuntik Yang Aman

Perawat yang akan melakukan penyuntikan terlebih dahulu mencuci tangan, desinfektan area yang akan disuntik dengan alkohol swab. Pakai jarum yang steril dan sekali pakai pada tiap suntikan untuk mencegah kontaminasi pada peralatan injeksi dan terapi, tidak dianjurkan untuk melakukan *recapping* pada jarum suntik, dan tidak boleh membengkokkan jarum suntik untuk mencegah cedera pada staf kesehatan. Setelah selesai menyuntik, jarum suntik dimasukkan ke dalam container box dengan tidak melepas tutup jarum agar tidak mencederaikan petugas.

Pelayanan supervisi ini dilakukan oleh IPCN dengan dibantu oleh IPCLN unit bila ada tindakan penyuntikan obat pada pasien

d. Prosedur Lumbar Pungsi

Operator yang akan melakukan lumbar punksi terlebih dahulu mencuci tangan dan menggunakan masker pada saat insersi kateter atau injeksi suatu

obat kedalam area spinal/epidural melalui prosedur lumbal punksi misalnya saat melakukan anestesi spinal dan epidural, myelogram, untuk mencegah transmisi droplet flora orofaring. Area yang akan dilakukan insersi terlebih dahulu di disinfektan oleh operator tindakan.

Pelayanan supervisi ini dilakukan oleh IPCN dengan dibantu oleh IPCLN unit bila ada tindakan prosedur lumbal pungsi pada pasien

e. Penggunaan alat pelindung diri (APD)

Petugas yang akan memasuki area atau melakukan tindakan dengan resiko pajanan terlebih dahulu menggunakan APD seperti masker, sarung tangan, apron/ gown/ hazmat dan sepatu boot/cover shoes disesuaikan dengan tingkat resiko pajanan. Alat pelindung diri adalah pakaian khusus atau peralatan yang dipakai staf untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi/bahan infeksius. Tujuan Pemakaian APD adalah melindungi kulit dan membran mukosa dari risiko pajanan darah, cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir dari pasien ke staf dan sebaliknya.

Pelayanan supervisi penggunaan APD dilakukan oleh IPCN dengan dibantu oleh IPCLN unit bila ada tindakan yang berisiko paparan, pendokumentasian kepatuhan penggunaan APD dilakukan oleh IPCLN unit dan dijadikan indikator mutu unit.

f. Perawatan Peralatan Pasien

Spaulding mengusulkan tiga kategori risiko berpotensi infeksi untuk menjadi dasar pemilihan praktik atau proses pencegahan yang akan digunakan (seperti sterilisasi peralatan medis, sarung tangan dan perkakas lainnya) sewaktu merawat pasien. Kategori *Spaulding* adalah sebagai berikut:

1) Kritisal

Bahan dan praktik ini berkaitan dengan jaringan steril atau sistem darah sehingga merupakan risiko infeksi tingkat tertinggi. Kegagalan manajemen sterilisasi dapat mengakibatkan infeksi yang serius dan fatal.

2) Semikritisal

Bahan dan praktik ini merupakan terpenting kedua setelah kritisal yang berkaitan dengan mukosa dan area kecil di kulit yang lecet. Staf perlu mengetahui dan memiliki keterampilan dalam penanganan peralatan invasif, pemrosesan alat, disinfeksi tingkat tinggi (DTT), pemakaian sarung tangan bagi staf yang menyentuh mukosa atau kulit tidak utuh.

3) Non-kritisal

Pengelolaan peralatan/bahan dan praktik yang berhubungan dengan kulit utuh yang merupakan risiko terendah.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam perawatan peralatan pasien, yaitu:

- 1) Dalam dekontaminasi peralatan perawatan pasien dilakukan penatalaksanaan peralatan bekas pakai perawatan pasien yang terkontaminasi darah atau cairan tubuh (*pre-cleaning*, *cleaning*, disinfeksi, dan sterilisasi).

- 2) Peralatan nonkritikal terkontaminasi didisinfeksi setelah dipakai. Peralatan semikritikal didisinfeksi atau disterilisasi. Peralatan kritikal didisinfeksi kemudian disterilkan.
- 3) Peralatan makan pasien dibersihkan dengan air panas dan detergen.
- 4) Alat makan dicuci dengan detergen tiap setelah makan. Benda *disposable* dibuang ketempat sampah.
- 5) Untuk peralatan yang besar seperti USG dan X-Ray, dapat didekontaminasi permukaannya setelah digunakan di ruangan isolasi.

Pelayanan supervisi terhadap perawatan peralatan pasien dilakukan oleh IPCN dengan dibantu oleh IPCLN unit bila ada tindakan yang menggunakan alat *re-use* atau alat *single use* yang di *re-use* karena alasan tertentu sesuai panduan di semua Unit, pendokumentasian dilakukan oleh IPCLN unit

g. Pengelolaan Limbah dan Benda tajam

- 1) Limbah infeksius
Limbah yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh dimasukkan kedalam kantong plastik berwarna kuning.
- 2) Limbah non-infeksius
Limbah yang tidak terkontaminasi darah dan cairan tubuh, dimasukkan ke dalam kantong plastik berwarna hitam.
- 3) Limbah benda tajam
Limbah yang memiliki permukaan tajam, dimasukkan kedalam wadah tahan tusuk dan air.

Pelayanan supervisi pengelolaan limbah dan benda tajam dilakukan oleh IPCN dengan dibantu oleh IPCLN unit serta petugas sanitasi bila ada pembuangan limbah. Pemilahan limbah tersebut dilakukan dari unit dan pengelolaan lebih lanjut setelah dari unit dilakukan oleh petugas sanitasi sampai dengan proses pemusnahan limbah yaitu limbah infeksius dan limbah benda tajam pemusnahan dengan jasa pihak ke 3.

h. Pengendalian Lingkungan

Pengendalian lingkungan di rumah sakit, antara lain berupa upaya perbaikan kualitas udara, kualitas air, dan permukaan lingkungan, serta desain dan konstruksi bangunan, dilakukan untuk mencegah transmisi mikroorganisme kepada pasien, staf dan pengunjung.

- 1) Pembersihan permukaan horisontal sekitar pasien dilakukan secara rutin dan tiap pasien pulang dengan antiseptik.
- 2) Untuk mencegah aerosolisasi patogen infeksi saluran napas, menggunakan *mop*.
- 3) Mengganti cairan pembersih, lap kain, kepala *mop* setelah dipakai (terkontaminasi) serta *mop* dicuci, dikeringkan tiap hari sebelum disimpan dan dipakai kembali.

Pelayanan supervisi pengendalian lingkungan dilakukan oleh IPCN dengan dibantu oleh IPCLN unit, pendokumentasian kebersihan lingkungan dilakukan oleh IPCLN unit dan dijadikan indikator mutu unit

i. Pengelolaan Linen

Linen terbagi menjadi linen kotor dan linen terkontaminasi. Linen terkontaminasi adalah linen yang terkena darah atau cairan tubuh lainnya, termasuk juga benda tajam. Penatalaksanaan linen yang sudah digunakan dilakukan dengan hati-hati, dengan menerapkan kewaspadaan standar sesuai PPI sebagai berikut:

- 1) Staf yang menangani linen mengenakan alat pelindung diri/APD (sarung tangan rumah tangga, gaun, apron, masker dan sepatu tertutup).
- 2) Linen dipisahkan berdasarkan linen kotor, dan linen terkontaminasi cairan tubuh, pemisahan dilakukan sejak dari lokasi penggunaannya yaitu unit pelayanan pasien.
- 3) Semua linen kotor segera dibungkus/dimasukkan ke dalam kantong kuning di unit.
- 4) Linen yang terkontaminasi dengan darah atau cairan tubuh lainnya dibungkus, dimasukkan kantong kuning dan diangkut/ditransportasikan secara berhati-hati agar tidak terjadi kebocoran.
- 5) Linen terkontaminasi feses dan urin segera tempatkan linen terkontaminasi ke dalam kantong kuning atau infeksius. Pengangkutan dengan troli yang terpisah, untuk linen kotor atau terkontaminasi dimasukkan ke dalam kantong kuning. Pastikan kantong tidak bocor dan lepas ikatan selama transportasi. Kantong tidak perlu ganda.
- 6) Alur linen kotor dan linen terkontaminasi terpisah dengan linen yang sudah bersih.
- 7) Linen terkontaminasi langsung masuk mesin cuci yang segera diberi disinfektan.
- 8) Untuk menghilangkan cairan tubuh yang infeksius pada linen dilakukan melalui 2 tahap, yaitu menggunakan detergen dan selanjutnya dengan natrium Hipoklorit (klorin) 0,5%.

Pelayanan supervisi pengelolaan linen dilakukan oleh IPCN secara rutin dengan menggunakan tools supervisi dan dilakukan pendokumentasian dalam laporan bulanan ke direktur

j. Kesehatan Karyawan

KPPI berkoordinasi dengan Pelayan Medis dalam hal Pemeriksaan kesehatan berkala dilakukan terhadap semua staf baik tenaga kesehatan maupun tenaga non kesehatan. Staf selalu waspada dan hati-hati dalam bekerja untuk mencegah terjadinya trauma saat menangani jarum, *scalpel*, dan alat tajam lain yang dipakai setelah prosedur, saat membersihkan *instrument* dan saat membuang jarum.

Apabila terjadi kecelakaan kerja seperti tertusuk jarum suntik bekas pasien atau terpercik bahan infeksius dilakukan pengelolaan untuk mencegah semaksimal mungkin terjadinya infeksi pada staf.

k. Penempatan Pasien

- 1) Penempatan pasien disesuaikan dengan pola transmisi infeksi penyakit pasien (kontak, droplet, atau *airborne*) di ruang isolasi.

- 2) Bila ruang isolasi penuh, dibolehkan dirawat di ruang tersendiri (kamar dengan satu *bed* pasien), bila ruang tersendiri tidak memungkinkan maka pasien bisa dirawat bersama pasien lain yang jenis infeksiusnya sama dengan menerapkan sistem *cohorting*. Jarak antara tempat tidur minimal 1 meter. Untuk menentukan pasien yang dapat disatukan dalam satu ruangan.
- 3) Mobilisasi pasien infeksius yang jenis transmisinya melalui udara (*airborne*) agar dibatasi di lingkungan umum, untuk menghindari terjadinya transmisi penyakit yang tidak perlu kepada yang lain.
- 4) Pasien HIV tidak diperkenankan dirawat bersama dengan pasien TB dalam satu ruangan tapi pasien TB –HIV dapat dirawat dengan sesama pasien TB.
- 5) Ruang Isolasi Di RSIH belum mempunyai ruang isolasi bertekanan *negative* maupun *positive*.
- 6) Bila terjadi lonjakan pasien masuk/*outbreak*/KLB dengan *airborne disease*, maka pasien ditempatkan pada ruangan transit tanpa bertekanan diruang IGD lantai satu.

2. Tata Laksana Pelayanan Kewaspadaan Berdasarkan Transmisi (Sebagai Lapis Kedua)

Yang dimaksud dengan Kewaspadaan Berdasarkan Transmisi, Komponennya adalah:

- a. Penularan Melalui Udara (*Airbone*)
Kewaspadaan penularan melalui udara dirancang untuk mengurangi risiko penularan melalui penyebaran partikel kecil ($<5\mu\text{m}$) ke udara, baik secara langsung atau melalui partikel debu yang mengandung mikroorganisme infeksius. Partikel ini dapat tersebar dengan cara batuk, bersin, berbicara dan tindakan seperti bronkoskopi, partikel infeksius dapat menetap di udara selama beberapa jam dan dapat disebarluaskan dalam suatu ruangan atau dalam jarak yang lebih jauh. Pengelolaan secara khusus dan ventilasi diperlukan untuk mencegah transmisi melalui udara.
- b. Penularan Melalui Percikan (Droplet)
Kewaspadaan penularan melalui droplet untuk mengurangi risiko penularan melalui percikan infeksius. Transmisi droplet terjadi melalui kontak dengan konjungtiva, membran mukosa hidung atau mulut individu yang rentan oleh percikan partikel besar ($>5\mu\text{m}$) yang mengandung mikroorganisme. Berbicara, batuk, bersin dan tindakan seperti pengisapan lendir dan bronkoskopi dapat menyebarkan organisme.
- c. Penularan Melalui Kontak
Kewaspadaan ini untuk mengurangi risiko transmisi organisme patogen melalui kontak langsung atau tidak langsung. Trasmisi kontak langsung dapat terjadi pada kontak kulit dengan kulit dan berpindahnya organisme selama kegiatan perawatan pasien. Transmisi kontak langsung juga dapat terjadi antara dua pasien. Transmisi kontak tidak langsung dapat terjadi bila ada kontak seseorang yang rentan dengan objek tercemar yang berada di lingkungan pasien. Pasien dengan infeksi kulit atau mata yang dapat menular misalnya

herpes zoster, impetigo, konjungtivitis, kutu atau infeksi luka lainnya memerlukan penerapan tindakan penyerapan kontak.

Tata laksana pelayanan kewaspadaan berdasarkan transmisi dilakukan oleh IPCN dengan melakukan supervisi kepatuhan dalam penempatan pasien disesuaikan dengan jenis transmisinya.

B. Tatalaksana Penerapan PPI terkait pelayanan kesehatan melalui penerapan *bundles* HAIs

Bundles HAIs adalah sekumpulan proses yang dibutuhkan untuk perawatan secara efektif dan aman untuk pasien dengan *treatment* tertentu dan memiliki risiko tinggi. Beberapa intervensi di *bundles* dikerjakan secara bersamaan atau dikombinasikan sehingga dapat memperbaiki kondisi pasien secara signifikan. Beberapa *bundles* HAIs yaitu:

1. *Bundles ventilator associated pneumonia* (VAP)
2. *Bundles* infeksi aliran darah (IAD).
3. *Bundles* infeksi saluran kemih (ISK).
4. *Bundles* infeksi daerah operasi (IDO).
5. *Bundles Plebitis*

Penerapan *bundles* HAIs di unit pelayanan dalam bentuk formulir *checklist* yang harus dilaksanakan sesuai prinsip PPI dan dilakukan *monitoring* oleh IPCN dibantu oleh IPCLN di masing-masing unit.

C. Tatalaksana Surveilans Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Surveilans kesehatan adalah kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah kesehatan untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan pengendalian dan penanggulangan secara efektif dan efisien. Salah satu dari bagian surveilans kesehatan adalah Surveilans infeksi terkait pelayanan kesehatan (*healthcare associated infections/HAIs*). IPCN melaksanakan kegiatan surveilans dibantu oleh IPCLN unit pelayanan, dengan pelaporan unit pelayanan melalui input data surveilans HAIs ke sistem komputer.

Jenis infeksi terkait pelayanan kesehatan tersebut antara lain:

1. ISK (Infeksi Saluran Kemih)/CAUTI (*Catheter Associated Urinary Tract Infection*) /UTI (*Urinary Tract Infection*)
ISK/CAUTI UTI adalah *Urinary Tract Infection* (UTI) yang terjadi pada pasien yang terpasang kateter urine (*indwelling cateter*) dalam periode 7 hari sebelum *onset* UTI.
2. Infeksi Daerah Operasi (IDO)
Infeksi daerah operasi merupakan infeksi yang terjadi pada tempat atau daerah insisi akibat suatu tindakan pembedahan.
3. *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP)
VAP didefinisikan sebagai pneumonia nosokomial yang terjadi pada pasien setelah 48 jam pemasangan ventilasi mekanik melalui trachea atau *tracheostomy tube*.
4. Infeksi Aliran Darah (IAD)
Infeksi Aliran Darah (*Blood Stream Infection/BSI*) dapat terjadi pada pasien yang menggunakan alat sentral intra vaskuler (CVC *Line*) setelah 48 jam dan ditemukan

tanda atau gejala infeksi yang dibuktikan dengan hasil kultur positif bakteri patogen yang tidak berhubungan dengan infeksi pada organ tubuh yang lain dan bukan infeksi sekunder, dan disebut sebagai *Central Line Associated Blood Stream Infection* (CLABSI).

5. **Phlebitis (*Superficial & Deep Phlebitis*):**

Adanya tanda- tanda pada daerah lokal tusukan infus seperti: merah, seperti terbakar, bengkak, sakit bila ditekan, ulkus sampai eksudat purulen atau mengeluarkan cairan bila ditekan. Jika phlebitis disertai dengan tanda- tanda infeksi lain seperti demam dan pus yang keluar dari tempat tusukan, ini digolongkan sebagai infeksi klinis bagian luar.

D. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan

Pendidikan dan pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi diberikan pada staf kesehatan, pengunjung dan keluarga pasien dalam bentuk komunikasi, informasi dan edukasi serta pelatihan PPI. Semua staf pelayanan di Rumah Sakit Intan Husada Garut harus mengetahui prinsip-prinsip PPI antara lain dengan memberikan materi pengenalan PPI pada orientasi karyawan baru dan dilanjutkan secara berkala pada *inhouse training* PPI dasar. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan melalui kerjasama dengan bagian Diklat rumah sakit.

E. Pelaksanaan *monitoring* penggunaan antimikroba secara aman

Pemberian terapi antimikroba merupakan salah satu tata laksana penyakit infeksi yang bertujuan membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroba di dalam tubuh. Dalam keadaan tertentu penanganan kasus infeksi berat ditangani secara multidisiplin. Penerapan PPI dalam pengendalian resistensi antimikroba melalui kerjasama dengan tim program pengendalian resistensi antimikroba (PPRA).

F. Melakukan *monitoring* melalui *infection control risk assesment* (ICRA) dan melakukan audit secara berkala

Dalam program PPI *monitoring* dan evaluasi bertujuan untuk mengukur keberhasilan pelaksanaan program dan kepatuhan penerapan oleh staf serta evaluasi angka kejadian HAIs melalui pengkajian risiko infeksi/ICRA yang dibuat setahun sekali, audit, dan *monitoring* dan evaluasi lainnya secara berkala yang dilakukan oleh komite PPI. ICRA dilakukan setiap awal tahun sebelum memulai program dan dapat setiap saat ketika dibutuhkan.

G. Tatalaksana Kasus Wabah Dan KLB

Kejadian Luar Biasa (KLB) atau kejadian lainnya adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan (infeksi rumah sakit) yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu.

Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah peningkatan jumlah kasus pada suatu kelompok populasi yang secara nyata lebih tinggi dari keadaan yang diperkirakan.

Hal-hal yang dimaksud dengan kejadian luar biasa atau kejadian lainnya:

1. Infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan (HAIs).
 - a. Infeksi daerah operasi (IDO).
 - b. *Ventilator associated pneumonia* (VAP).
 - c. Infeksi saluran kemih (ISK).

- d. Infeksi aliran darah (IAD),
- e. Phlebitis.
2. Wabah penyakit menular
 - a. *New emerging disease* termasuk wabah penyakit menular yang tidak diketahui sebelumnya atau penyakit menular baru yang insidennya meningkat signifikan dalam dua decade terakhir.
Contohnya: *severe acute respiratory syndrome* (SARS), virus Ebola, HIV AIDS, *tuberculosis*, H5N1, H1N1, *Covid-19*.
 - b. *Re-Emerging disease* adalah wabah penyakit menular yang muncul kembali setelah penurunan yang signifikan dalam insiden dimasa lampau.
Contohnya: demam berdarah dengue, malaria.

Bila terjadi KLB Direktur rumah sakit akan membentuk suatu tim investigasi yang nantinya tim tersebut diberikan tugas dan wewenang untuk melakukan investigasi KLB sampai selesai dan dinyatakan dihentikan serta dibuatkan pelaporannya kepada Direktur.

H. Pelaksanaan *monitoring* pada pelayanan makanan

Monitoring pada pelayanan makanan di Instalasi Gizi dilakukan oleh IPCN dengan menggunakan *tools monitoring checklist* pada saat distribusi makanan ke pasien juga menggunakan alat pelindung diri yang sesuai. Selain itu juga dalam pembersihan alat makan yang secara berkala dilakukan uji kultur.

I. Tatalaksana Perawatan Kasus Meninggal (Pelayanan di kamar jenazah)

Perawatan kasus meninggal adalah pelayanan atau penanganan yang dilakukan pada jenazah pasien yang dirawat di rumah sakit maupun pasca bencana.

Penyimpanan jenazah harus dilakukan sebaik-baiknya sebelum dimakamkan sebagai penghormatan pada korban. Kamar jenazah dapat diakses langsung oleh masyarakat. Penanganan jenazah memperhatikan prinsip-prinsip kewaspadaan isolasi guna mencegah penularan ke staf ataupun keluarga pasien.

Di Rumah Sakit Intan Husada Garut untuk saat ini belum memiliki kamar jenazah

J. Pelaksanaan *monitoring* perbekalan farmasi/peralatan *single use* yang di *re-use*
IPCN melakukan *monitoring* perbekalan farmasi meliputi:

1. Kebersihan ruang farmasi secara umum.
2. Tempat penyimpanan obat yang dilengkapi dengan alat pengontrol suhu dan kelembaban ruangan, penyimpanan obat harus diberi alas/tidak boleh menempel lantai, dengan penerapan prinsip FEFO (*first expired first out*) dan FIFO (*first in first out*).
3. Staf di ruang peracikan obat puyer menggunakan APD berupa masker dan sarung tangan dan dilengkapi dengan tempat sampah pedal yang tertutup serta pintu ruangan selalu tertutup.
4. Terdapat *spill kit* di ruang farmasi.
Monitoring peralatan *single use* yang di *re-use* di RS Intan Husada dilakukan di unit masing-masing dan untuk penyeterilan dilakukan di Unit Kamar Operasi dengan ketentuan yang sudah ditentukan oleh rumah sakit, meliputi:
 1. Alat *single use* yang di *re use* harus dinilai apakah masih memenuhi syarat, tidak berubah bentuk, tidak berubah warna, tidak cacat dan mudah digunakan kembali.

2. Alat mahal dan susah didapat.
3. Proses dekontaminasi, pembersihan, pengemasan, pelabelan dan sterilisasi sesuai prinsip PPI.
4. Alat *single use* yang di *re-use* harus dilakukan pencatatan penggunaan pada pasien untuk proses pengawasan dan *monitoring* serta evaluasi terjadinya infeksi/ HAIs pada pasien

BAB V LOGISTIK

A. Perencanaan Logistik

Perencanaan kebutuhan logistik merupakan kegiatan untuk menentukan jumlah dan periode pengadaan logistik di Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sesuai dengan hasil kegiatan pemilihan untuk menjamin terpenuhinya kriteria tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu dan efisien. Perencanaan dilakukan untuk menghindari kekosongan logistik dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan dan dasar-dasar perencanaan yang telah ditentukan sehingga tercapai efisiensi dan penghematan biaya serta kualitasnya dapat dipertanggungjawabkan.

Adapun kelompok logistik di Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi meliputi :

Tabel 5.1 Barang Logistik Umum

No	Jenis Barang Logistik Umum	Alur Pengadaan	
		Rutin	Tidak Rutin
1	Kertas A4	√	
2	Map	√	
3	Bindex	√	
4	Clip trigonal no 3 & no 5	√	
5	Pulpen, Pensil, penghapus, penggaris	√	
6	Isi Cutter dan staples	√	
7	Plastik Cover	√	
8	Buku Kecil	√	
9	Gunting	√	
10	<i>Tissue Facial</i>	√	
11	<i>Banner</i>		√
12	<i>Flyer</i>		√
13	<i>Jam dinding</i>		√
14	<i>Kursi</i>		√
15	<i>Kabel listrik</i>		√
16	<i>Komputer</i>		√
17	<i>Lakban hitam (jilid)</i>		√
18	<i>Mouse</i>		√

19	<i>Multiple drawer</i>		√
20	<i>Printer</i>		√
21	<i>Plastik sampul (jilid)</i>		√
22	<i>Penggaris besi</i>		√

B. Alur Pengadaan Logistik

Semua permintaan barang yang dilakukan oleh KPPI melalui logistik umumbaik permint aan barang rutin maupun permintaan barang tidak rutin.

Barang rutin adalah barang ATK (alat tulis kantor) dan ART (alat rumah tangga) yang dibutuhkan secara rutin dimana jadwal permintaannya setiap seminggu sekali ataupun dua kali dalam seminggu.

Barang tidak rutin adalah penggantian barang yang rusak maupun permintaan barang baru yang sebelumnya tidak terdapat di KPPI ataupun upgrade barang ke level yang lebih tinggi dan jadwal permintaannya tidak pasti, atau sesuai kebutuhan pada periode tertentu.

C. Pengadaan logistik di Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dilakukan melalui Logistik Umum, sesuai dengan ketentuan atau prosedur yang sudah ditetapkan. Pengendalian Logistik

Pengendalian dilakukan terhadap jenis, jumlah dan penggunaan logistik. Tujuan pengendalian persediaan logistik adalah untuk memastikan persediaan efektif dan efisien atau tidak terjadi kelebihan dan kekurangan/kekosongan, kerusakan, kadaluwarsa, dan kehilangan serta pengembalian pesanan logistik. Adapun cara untuk mengendalikan persediaan logistik di Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah :

1. Melakukan evaluasi persediaan yang jarang digunakan (*slow moving*).
2. Melakukan evaluasi persediaan yang tidak digunakan dalam waktu tiga bulan berturut-turut (*death stock*).
3. *Stock opname* yang dilakukan secara periodik dan berkala.

D. Monitoring dan Evaluasi Logistik

Untuk mencapai akuntabilitas terhadap penyelenggaraan pelaksanaan kegiatan dan pengembangan di Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diperlukan adanya manajemen kegiatan berupa monitoring dan evaluasi. Adapun yang menjadi indikator dalam melakukan monitoing dan evaluasi adalah sebagai berikut:

1. Ketepatan perencanaan kebutuhan selama periode tertentu.
2. Ketepatan pengalokasian dana yang berdampak terhadap pemenuhan/kebutuhan.
3. Ketepatan penyimpanan yang berpotensi terjadinya kerusakan, kesalahan dalam pemberian, kehilangan fisik yang tidak mampu telusur, kesalahan dalam pendistribusian.

BAB VI KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan pasien merupakan hal yang paling utama dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Rumah sakit merupakan tempat yang rentan atau penuh dengan risiko yang dapat mengancam keselamatan pasien. Banyaknya jumlah pasien, jenis obat, jenis pemeriksaan, prosedur, serta staf rumah sakit dapat menjadi sumber risiko yang berpotensi menyebabkan terjadinya kesalahan. Untuk menjamin adanya sistem dalam mengendalikan dan mengurangi risiko, maka Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi melakukan manajemen risiko yang merupakan pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan memprioritaskan risiko untuk mengurangi risiko cedera dan kerugian kepada pasien.

Sistem manajemen risiko akan membantu dalam mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali. Adapun upaya yang dilakukan oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dalam kegiatan penilaian risiko meliputi:

1. Identifikasi Risiko

Mengelompokkan risiko yang teridentifikasi kedalam risiko keselamatan pasien dengan mengacu pada alur pelayanan yang terkait dengan risiko untuk mengevaluasi kesalahan pada alur pelayanan yang menyebabkan terjadinya insiden. Setiap efek dari kegagalan yang teridentifikasi dikumpulkan dalam daftar risiko dan diurutkan berdasarkan *Risk Priority Number (RPN)*.

2. Analisis Risiko

Melakukan analisis risiko dengan metode *Failure Mode Effect Analysis (FMEA)*.

3. Evaluasi Risiko

Berdasarkan hasil penilaian risiko tersebut di atas, berikut risiko yang menyangkut keselamatan pasien di Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi antara lain:

Risiko	Penularan Penyakit
Penyebab Risiko	Manusia
Mitigasi Risiko	Etika Batuk
Tindak lanjut / Perbaikan	

Risiko	Penularan Penyakit
Penyebab Risiko	Manusia
Mitigasi Risiko	Kebersihan Tangan
Tindak lanjut / Perbaikan	

Risiko	Penularan Penyakit
--------	--------------------

Penyebab Risiko	Manusia
Mitigasi Risiko	Penempatan Pasien Infeksius dan Immunocompromised
Tindak lanjut / Perbaikan	

Risiko	Penularan Penyakit
Penyebab Risiko	Manusia
Mitigasi Risiko	Perawatan Pasien berdasarkan transmisi infeksi
Tindak lanjut / Perbaikan	

Risiko	Penularan Penyakit
Penyebab Risiko	Manusia
Mitigasi Risiko	Transpor pasien infeksius immunocompromised
Tindak lanjut / Perbaikan	

Risiko	Penularan Penyakit
Penyebab Risiko	Manusia
Mitigasi Risiko	Praktek menyuntik/ tindakan invasif yang aman
Tindak lanjut / Perbaikan	

Risiko	Penularan Penyakit
Penyebab Risiko	Manusia
Mitigasi Risiko	Pemrosesan peralatan pasien
Tindak lanjut / Perbaikan	

Risiko	Penularan Penyakit
Penyebab Risiko	Manusia
Mitigasi Risiko	Pembuangan/ pengelolaan limbah
Tindak lanjut / Perbaikan	

BAB VII KESELAMATAN KERJA

Keselamatan kerja adalah keselamatan yang berkaitan dengan mesin, pesawat, alat kerja, bahan dan proses pengolahan, landasan kerja dan lingkungan kerja serta cara-cara melakukan pekerjaan. Keselamatan kerja merupakan tugas semua orang yang berada di rumah sakit termasuk Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dengan demikian keselamatan kerja adalah dari, oleh dan untuk setiap tenaga kerja dan orang lain yang berada di rumah sakit serta masyarakat di sekitar rumah sakit yang mungkin terkena dampak akibat suatu proses kerja. Dengan demikian jelas bahwa keselamatan kerja adalah merupakan sarana utama untuk mencegah terjadinya kecelakaan kerja yang dapat menimbulkan kerugian yang berupa luka/cidera, cacat/kematian, kerugian harta benda dan kerusakan peralatan mesin dan lingkungan secara luas.

Sistem manajemen risiko akan membantu dalam mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali. Adapun upaya yang dilakukan oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dalam kegiatan penilaian risiko meliputi:

1. Identifikasi Risiko

Mengelompokkan risiko yang teridentifikasi kedalam risiko keselamatan pasien dengan mengacu pada alur pelayanan yang terkait dengan risiko untuk mengevaluasi kesalahan pada alur pelayanan yang menyebabkan terjadinya insiden. Setiap efek dari kegagalan yang teridentifikasi dikumpulkan dalam daftar risiko dan diurutkan berdasarkan *Risk Priority Number (RPN)*.

2. Analisis Risiko

Melakukan analisis risiko dengan metode *Failure Mode Effect Analysis (FMEA)*.

3. Evaluasi Risiko

Berdasarkan hasil penilaian risiko tersebut di atas, berikut risiko yang menyangkut keselamatan kerja di Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi antara lain:

Risiko	Terjatuh
Penyebab Risiko	1. Permukaan lantai licin, 2. Terdapat instalasi kabel yang tidak rapi,
Mitigasi Risiko	1. Jika melihat genangan air segera menaruh benda di depan atau dibelakang genangan dan segera melaporkannya kebagian terkait 2. Jika terdapat instalasi kabel di ruangan yang tidak rapi segera melapor ke bagian terkait
Tindak lanjut / Perbaikan	

Risiko	Tersengat Listrik
Penyebab Risiko	1. Terdapat kabel yang terkelupas, 2. Terdapat genangan air dekat instalasi listrik,

Mitigasi Risiko	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jika melihat kabel yang terkelupas pada ruangan segera melaporkan pada unit terkait dan beri tanda pemberitahuan agar tidak ada rekan kerja yang memegang untuk sementara 2. Jika melihat genangan air dekat instalasi listrik pada ruangan segera lapor ke bagian terkait jika genangan semakin banyak lakukan pemutusan aliran listrik/ mencabut stop kontak.
Tindak lanjut / Perbaikan	

Risiko	Kebakaran
Penyebab Risiko	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat kabel yang terkelupas, 2. Terdapat genangan air dekat instalasi listrik yang mengakibatkan konsleting listrik, 3. Terdapat sumber api/asap, 4. Terdapat gas LPG yang bocor
Mitigasi Risiko	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jika terdapat instalasi kabel di ruangan yang tidak rapi segera melapor ke bagian terkait 2. Jika melihat genangan air dekat instalasi listrik pada ruangan segera lapor ke bagian terkait jika genangan semakin banyak lakukan pemutusan aliran listrik/ mencabut stopkontak. 3. Jika melihat sumber api/asap pada ruang kerja selain yang tidak bersumber dari alat memang difungsikan untuk mengeluarkan api segera padamkan menggunakan Alat Pemadam Api Ringan (APAR) 4. Jika terdapat instalasi gas LPG yang ditemukan terdapat kebocoran maka segera matikan valve pada pusat/unit dan segera laporkan kepada unit terkait
Tindak lanjut / Perbaikan	

Risiko	Bencana
Penyebab Risiko	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alam 2. Manusia
Mitigasi Risiko	1. Panduan/SPO mengenai panduan bencana
Tindak lanjut / Perbaikan	

Risiko	Penyakit Akibat Kerja
Penyebab Risiko	1. Tidak menggunakan APD standar
Mitigasi Risiko	1. Panduan/SPO mengenai panduan APD pada karyawan

Tindak lanjut / Perbaikan	
---------------------------	--

Risiko	Penularan Penyakit Infeksi melalui jarum suntik dan cairan tubuh pasien
Penyebab Risiko	Manusia
Mitigasi Risiko	1. Panduan Penurunan Risiko Pasca Pajanan
Tindak lanjut / Perbaikan	

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

A. Indikator Mutu

1. *Ventilator associated pneumoniae (VAP)*

Kode Indikator	
Nama Indikator	Pneumonia akibat pemakaian ventilator (<i>Ventilator Associated Pneumonia</i> VAP)
Dasar Pemikiran / Literatur	Permenkes No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	1. Mendapatkan data dasar insiden rate VAP 2. Menurunkan insiden rate VAP di RSIH
Definisi Operasional	a. VAP adalah infeksi saluran nafas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik > 48 jam, dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran nafas b. Insiden rate VAP adalah jumlah kejadian VAP pada pasien terpasang ventilator mekanik > 48 jam dibagi total jumlah hari pemasangan ventilator mekanik dalam kurun waktu tertentu dikali 1000
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Numerator	Jumlah kejadian VAP pada pasien yang terpasang ventilator mekanik dalam waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah hari pemasangan ventilator mekanik dalam satu bulan
Kriteria Inklusi	Gejala pneumonia muncul minimal 2 x 24 jam setelah pemasangan Endotracheal Tube (ETT)
Kriteria Eksklusi	Pasien yang telah terpasang Endotracheal Tube sebelum pasien masuk rumah sakit, gejala pneumonia muncul kurang dari 2 x 24 jam setelah pemasangan
Formula	Jumlah kejadian VAP pada pasien yang terpasang ventilator mekanik dalam waktu satu bulan di bagi

	Jumlah hari pemasangan ventilator mekanik dalam satu bulan di kali 1000
Sumber Data	Sensus
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per Tiga Bulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospective
Cakupan Data	Seluruh pasien yang terpasang ventilator
Rencana Analisis	Diagram Garis
Instrumen Pengambilan Data	Form ceklist
Penanggung jawab	IPCN dan IPCLN
Kelompok Indikator	
Area Indikator	IMN, SPM
Nilai Standar	< 5,8 ‰
Wilayah Pengamatan	RS Intan Husada
Fungsi Objektif	Minimal
Satuan Pengukuran	Permil (‰)
Skala Rasio	1000
Publikasi	
Internal	Rapat koordinasi,
Eksternal	SISMADAK

2. Infeksi Aliran Darah (IAD)

Kode Indikator	
Nama Indikator	Angka kejadian Infeksi Aliran Darah (IAD)
Dasar Pemikiran / Literatur	Permenkes No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien

Tujuan	a. Mendapatkan data dasar insiden rate IAD b. Menurunkan insiden rate IAD di RS Intan Husada
Definisi Operasional	a. IAD adalah infeksi akibat pemasangan kateter vena central (CVC) yang ditandai dengan ditemukannya organisme dari hasil kultur darah semi / kuantitatif dengan tanda klinis yang jelas serta tidak disertai infeksi yang lain (tanpa ada organ atau jaringan lain yang di curigai sebagai sumber infeksi). b. Insiden rate IAD adalah jumlah kejadian IAD pada pasien terpasang CVC lebih dari 48 jam dibagi total jumlah pemasangan CVC dalam kurun waktu tertentu dikali 1000.
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Numerator	Jumlah kejadian infeksi aliran darah primer karena pemasangan intravaskuler kateter perhari.
Denominator	Jumlah hari pemasangan CVC dalam satu bulan.
Kriteria Inklusi	Pasien menunjukkan minimal satu dari gejala klinik: (suhu > 38°C), menggigil, hipotensi, untuk usia ≤ 1 tahun ditambah dengan hipotermi (suhu < 37°C), apnoe dan bradikardi. Hasil positif dari pemeriksaan kultur darah dan tidak berhubungan dengan infeksi di bagian lain dari tubuh pasien. Ditemukan kuman pathogen pada kultur darah pasien positif. Hasil kultur darah didapatkan mikroba kontaminan kulit yang umum (corynebacterium, bacillus, propionibacterium, staphylococcus epidermis, streptococcus viridans, aerococcus, micrococcus).
Kriteria Eksklusi	Infeksi kulit karena sebab-sebab lain Tidak disertai dengan hasil kultur darah.
Formula	Jumlah kejadian infeksi aliran darah primer karena pemasangan intravaskular kateter perhari di bagi Jumlah hari pemasangan CVC dalam satu bulan di kali 1000
Sumber Data	Sensus
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per Tiga Bulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospective
Cakupan Data	Total pasien yang terpasang CVC

Rencana Analisis	Diagram Garis
Instrumen Pengambilan Data	Form ceklist
Penanggung jawab	IPCN dan IPCLN
Kelompok Indikator	
Area Indikator	IMN, SPM
Nilai Standar	3,5 ‰
Wilayah Pengamatan	RSIH
Fungsi Objektif	Minimal
Satuan Pengukuran	Permil (‰)
Skala Rasio	1000
Publikasi	
Internal	Rapat koordinasi, SMIM
Eksteral	SISMADAK

3. Infeksi daerah operasi (IDO)

Kode Indikator	
Nama Indikator	Angka kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)
Dasar Pemikiran / Literatur	Permenkes No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	a. Mendapatkan data dasar insiden rate IDO. b. Menurunkan insiden rate IDO di SHBK
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi rumah sakit (HAIs) pada semua kategori luka sayatan operasi yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), nyeri (dolor), kemerahan (rubor), bengkak (tumor), gangguan fungsi (fungsiolesa) dan keluarnya nanah (pus) yang muncul dalam waktu lebih 3 x 24 jam sampai dengan 30 hari pasca operasi, atau sampai dengan 1 tahun jika terdapat implant

Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di operasi dalam satu bulan.
Kriteria Inklusi	Semua infeksi pada daerah operasi yang terjadi minimal 3 x 24 jam pasca operasi sampai dengan 30 hari atau satu tahun jika dipasang implant
Kriteria Eksklusi	Jejunostomy, ileostomy, colostomy/ Jenis operasi kotor dan pasien yang di operasi di luar RS SHBK
Formula	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi di bagi Jumlah seluruh pasien yang di operasi dalam satu bulan di kali 100
Sumber Data	Sensus
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per Tiga Bulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospective
Cakupan Data	Seluruh pasien yang di operasi
Rencana Analisis	Diagram Garis
Instrumen Pengambilan Data	Form ceklist
Penanggung jawab	IPCN dan IPCLN
Kelompok Indikator	
Area Indikator	IMN, SPM
Nilai Standar	2%
Wilayah Pengamatan	RSIH
Fungsi Objektif	Minimal
Satuan Pengukuran	Persen (%)
Skala Rasio	100
Publikasi	
Internal	Rapat koordinasi, SMIM
Eksternal	SISMADAK

4. Infeksi saluran kemih (ISK)

Kode Indikator	
Nama Indikator	Angka kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)
Dasar Pemikiran / Literatur	Permenkes No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	a. Mendapatkan data dasar insiden rate ISK. b. Menurunkan insiden rate ISK di RSIH
Definisi Operasional	ISK adalah infeksi pada saluran kemih pada pasien yang terpasang dower chateter lebih dari 48 jam, yang ditandai dengan ditemukannya kultur positif pada urine (1 atau 2 spesies) dengan setidaknya 105 mikroorganisme/cm3 dengan atau tanpa gejala klinis.
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Numerator	Jumlah kejadian ISK pada pasien yang terpasang <i>dower chateter</i> dalam waktu 1 bulan.
Denominator	Jumlah hari pemasangan <i>dower chateter</i> dalam satu bulan.
Kriteria Inklusi	Pada daerah uretra terjadi iritasi, gatal-gatal, rasa sakit atau panas , pus, dan urine berwarna merah atau keruh
Kriteria Eksklusi	Pasien dengan Infeksi saluran kemih sebelum pemasangan kateter urine menetap
Formula	Jumlah kejadian ISK pada pasien yang terpasang <i>dower chateter</i> dalam waktu satu bulan di bagi Jumlah hari pemasangan <i>dower chateter</i> dalam satu bulan di kali 1000
Sumber Data	Sensus
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per Tiga Bulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospective

Cakupan Data	Total pasien yang terpasang dower chateter
Rencana Analisis	Statistik: tabel dan grafik
Instrumen Pengambilan Data	Form ceklist
Penanggung jawab	IPCN dan IPCLN
Kelompok Indikator	
Area Indikator	IMN, SPM
Nilai Standar	< 4,7 ‰
Wilayah Pengamatan	RSIH
Fungsi Objektif	Minimal
Satuan Pengukuran	Permil (‰)
Skala Rasio	1000
Publikasi	
Internal	Rapat koordinasi, SMIM
Eksteral	SISMADAK

5. Infeksi luka infus (ILI/ Plebitis)

Kode Indikator	
Nama Indikator	Infeksi luka infus (ILI/ Plebitis)
Dasar Pemikiran / Literatur	Permenkes No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	a. Mendapatkan data dasar insiden rate Plebitis. b. Menurunkan insiden rate Plebitis di RSIH
Definisi Operasional	a. Plebitis adalah Kondisi ketika pembuluh darah vena mengalami inflamasi atau peradangan. Peradangan ini yang dapat menyebabkan nyeri dan bengkak.

	b. Insiden rate Plebitis adalah jumlah kejadian Plebitis pada pasien yang terpasang intravena perifer line dibagi total hari pasien yang terpasang IV line dalam kurun waktu tertentu dikali 1000.
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Numerator	Jumlah kejadian pada pasien yang plebitis dalam waktu 1 bulan.
Denominator	Jumlah total hari pasien yang terpasang IV line dalam satu bulan.
Kriteria Inklusi	Pada daerah bekas tusukan dan daerah sekitarnya terdapat peradangan yang ditandai dengan salah satu dari gejala ini : rasa panas, pengerasan/ bengkak, kemerahan, dan terasa sakit bila ditekan (kalor, dolor, tumor, rubor, dan functiolaesa) dengan atau tanpa nanah (pus) tanpa dilengkapi pemeriksaan kultur
Kriteria Eksklusi	a. Infeksi kulit karena sebab-sebab lain b. Adanya bakterimia dengan pemeriksaan kultur c. Usia ≤ 1 tahun
Formula	Jumlah kejadian pada pasien yang plebitis dalam waktu satu bulan di bagi Jumlah total hari pasien yang terpasang IV line dalam satu bulan di kali 1000
Sumber Data	Sensus
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per Tiga Bulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospective
Cakupan Data	Total pasien yang terpasang IV line perifer
Rencana Analisis	Diagram Garis
Instrumen Pengambilan Data	Form ceklist
Penanggung jawab	IPCN dan IPCLN

Kelompok Indikator	
Area Indikator	IMN, SPM
Nilai Standar	1 ‰
Wilayah Pengamatan	RSIH
Fungsi Objektif	Minimal
Satuan Pengukuran	Permil (‰)
Skala Rasio	1000
Publikasi	
Internal	Rapat koordinasi, SMIM
Eksternal	SISMADAK

6. Kepatuhan Cuci Tangan

Kode Indikator	
Nama Indikator	Kepatuhan Cuci Tangan
Dasar Pemikiran / Literatur	Permenkes No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> a. Untuk memutus transmisi mikroorganisme melalui tangan b. Untuk mencegah kolonisasi patogen pada pasien (termasuk yang multi resisten) dan staf kesehatan c. Untuk mencegah penyebaran patogen ke area perawatan di RSIH d. Untuk mencegah infeksi yang disebabkan oleh kuman endogen e. Menurunkan angka infeksi di RSIH

Definisi Operasional	<p>Kebersihan tangan (hand hygiene) adalah segala usaha yang dilakukan untuk membersihkan kotoran yang secara kasat mata terlihat dan pengangkatan mikroorganisme yang tinggal sementara di tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir (hand wash) atau dengan cairan berbasis alkohol (handrub) dalam 6 langkah (WHO, 2009)</p> <p>Audit kebersihan tangan adalah prosedur penilaian kepatuhan petugas melakukan kebersihan tangan sesuai 5 indikasi dari WHO yaitu sebelum kontak dengan pasien, setelah kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan invasif dan aseptik, setelah kontak dengan cairan tubuh, dan setelah kontak dengan lingkungan dengan menjalankan 6 tahap teknik melakukan kebersihan tangan.</p> <p>Lima indikasi kebersihan tangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebelum kontak dengan pasien, yaitu sebelum masuk ruangan perawatan pasien kontak dengan pasien meliputi menyentuh tubuh pasien, baju atau pakaian 2. Sebelum melakukan tindakan Aseptik. Prosedur aseptik contoh: tindakan transfusi, perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, perawatan daerah tindakan invasif. Tindakan invasif contohnya pemasangan kateter intravena (vena pusat/ vena perifer), kateter arteri 3. Setelah terkena cairan tubuh pasien, cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, dll 4. Setelah kontak dengan pasien, diantaranya setelah menyentuh pasien 5. Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien, menyentuh lingkungan meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien, kertas/lembar untuk menulis yang ada di sekitar pasien <p>Enam langkah teknik melakukan kebersihan tangan sesuai WHO</p>
-----------------------------	--

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ratakan dan gosokkan sabun dengan kedua telapak tangan 2. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya 3. Gosok kedua telapak dan sela-sela jari 4. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci 5. Gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya 6. Gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya <p>Petugas yang dinilai mencakup SEMUA PETUGAS yang bertugas di ruangan (Dokter, Perawat, <i>Cleaning Service</i> dan Tenaga Medis lainnya seperti petugas laboratorium, petugas gizi, radiologi, rehab medik)</p>
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Numerator	Total kebersihan tangan yang dilakukan
Denominator	Peluang kebersihan tangan
Kriteria Inklusi	Semua peluang kebersihan tangan
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Total kepatuhan cuci tangan yang dilakukan}}{\text{Peluang kepatuhan cuci tangan}} \times 100$
Sumber Data	Observasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per Tiga Bulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospective
Cakupan Data	Seluruh
Rencana Analisis	Diagram Garis
Instrumen Pengambilan Data	Form ceklist
Penanggung jawab	IPCN dan IPCLN
Kelompok Indikator	IAK

Area Indikator	IMN, SPM
Nilai Standar	85%
Wilayah Pengamatan	RSIH
Fungsi Objektif	Maksimal
Satuan Pengukuran	Persen (%)
Skala Rasio	100
Publikasi	
Internal	Rapat koordinasi, SMIM
Eksternal	SISMADAK

1. Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)

Kode Indikator	
Nama Indikator	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS Intan Husada
Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Kriteria Inklusi	Jumlah total instalasi yang menyediakan APD
Kriteria Eksklusi	-

Formula	Jumlah instalasi yang menyediakan APD di bagi Jumlah instalasi di rumah sakit di kali 100
Sumber Data	SPI
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisis	Bulanan
Cara Pengumpulan Data	Retrospective
Cakupan data	Total instalasi yang menyediakan APD terstandar
Rencana Analisis	Diagram Garis
Instrumen pengambilan data	Form ceklist
Penanggung jawab	Tim PPI
Kelompok Indikator	IAK
Area indikator	IMN, SPM
Nilai Standar	75%
Wilayah Pengamatan	RSIH
Fungsi Objektif	Maksimal
Satuan Pengukuran	Persen (%)
Skala Rasio	100
Publikasi	
Internal	Rapat Koordinasi dengan SMIM
Eksternal	SISMADAK

2. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

Kode Indikator	
Nama Indikator	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Kriteria Inklusi	Jumlah total instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan di bagi Jumlah instalasi yang tersedia di kali 100
Sumber Data	Survey
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisis	Bulanan
Cara Pengumpulan Data	Retrospective
Cakupan data	Total instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan inos
Rencana Analisis	Diagram Garis
Instrumen pengambilan data	Form ceklist
Penanggung jawab	Tim PPIRS

Kelompok indikator	IAK
Area indikator	IMN, SPM
Nilai Standar	75%
Wilayah pengamatan	RSIH
Fungsi Objektif	Maksimal
Satuan Pengukuran	Persen (%)
Skala Rasio	100
Publikasi	
Internal	Rapat Koordinasi SMIM
Eksternal	SISMADAK

B. Monitoring

1. *Monitoring* dilakukan oleh IPCN dan IPCLN.
2. Dilakukan setiap hari dalam hal pengumpulan data untuk surveilans menggunakan *checklist*.
3. Ada formulir bantu surveilans.

C. Evaluasi

1. Dilakukan oleh Tim KPPI dengan frekuensi minimal setiap bulan.
2. Evaluasi oleh KPPI minimal setiap 3 bulan.

Data yang sudah terkumpul dilakukan analisa oleh KPPI dengan melibatkan unit terkait. Analisa yang dilakukan meliputi *risk*, *rate*, dan *trend*. *HAIs*. Dalam melakukan analisis menggunakan data-data dari rumah sakit lain dan *latest Evidence Based Medicine* sebagai acuan/standar/pembanding/dari hasil pengukuran yang dilakukan oleh KPPI.

1. Standar Acuan

Studi literatur dilakukan oleh KPPI dengan menggunakan acuan-acuan berstandar nasional & internasional seperti:

- a. Depkes (www.depkes.go.id).
- b. WHO (*World Health Organization*) (www.who.net).
- c. CDC (*Center for Disease Control*) (www.cdc.org).
- d. IDSA (*Infectious Disease Society of America*) (www.idsa.org).
- e. Berbagai textbook di bidang *Infectious Disease*.

Adapun acuan-acuan yang dimaksud berupa:

- a. Angka Indikator Klinis dan Manajerial.
- b. Definisi, Batasan, Kriteria Diagnosis.
- c. Pola kuman.

- d. Prosedur terkini dalam hal *infection prevention and control*.
- e. Pencegahan dan penanggulangan berbagai penyakit infeksi.

2. Pengolahan Data

Data harus dianalisa cepat dan tepat, untuk mendapatkan informasi apakah ada masalah HAIs yang perlu penanggulangan atau investigasi lebih lanjut. Interpretasi harus menunjukkan informasi tentang penyimpangan yang terjadi.

Perhatikan kecenderungan (*trend*) menurut :

- a. Jenis infeksi.
- b. Ruang perawatan.
- c. Patogen penyebab bila ada.
- d. Perlu dijelaskan sebab-sebab peningkatan atau penurunan angka HAIs, jika ada data yang mendukung/relevan dengan masalah yang dimaksud.

D. Pelaporan

- 1. KPPI Membuat laporan tertulis kepada Direktur dan tembusan kepada unit/manajemen terkait setiap bulan.
- 2. IPCN dibantu IPCLN membuat Laporan rutin : harian, bulanan, 3 bulan, 6 bulan, 1 tahun, maupun insidental atau KLB.

E. Continuous Improvement

Setelah dilakukan analisis, maka hasil dilaporkan kepada Direksi/jajaran Manajemen dan Komite Medik serta tim K3RS. Tindak lanjut akan berupa :

- 1. Perbaikan Kebijakan/Prosedur atau Pembuatan Kebijakan/Prosedur Baru.
- 2. Perbaikan *Clinical Pathway*, Standar Profesi Medik atau Pembuatan *Clinical Pathway*/Standar Profesi Medik baru.

BAB IX PENUTUP

Pedoman Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ini di harapkan dapat menjadi acuan bagi semua pihak yang terlibat dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit, terutama dalam mewujudkan keselamatan pasien serta melindungi para staf dan pengunjung Rumah Sakit dari kemungkinan terpapar HAIs, sehingga penerapan PPI ini berdampak pada peningkatan kualitas yang bermutu, efektif dan efisien serta tercapainya kendali mutu dan kendali biaya dalam pelayanan kesehatan.

Penerapan PPI akan terlaksana dengan optimal bila di dukung oleh komitmen para pengambil kebijakan dan seluruh staf kesehatan yang terlibat dalam pelayanan kesehatan. Disamping itu staf di Rumah Sakit diharapkan mampu memahami program PPI ini agar dapat melakukan pengawasan dan pemantauan kualitas pelayanan Rumah Sakit.

DAFTAR PUSTAKA

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1204/Menkes/SK/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. Depkes RI. Tahun 2004.