



**KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 054/PER/DIR/RSIH/I/2023**

**TENTANG
PROGRAM KERJA KOMITE PPI RS INTAN
HUSADA TAHUN 2023**

RS INTAN HUSADA
Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151



**LEMBAR VALIDASI
PROGRAM KERJA KOMITE PPI
NOMOR: 054/PER/DIR/RSIH/II/2023**

| | | Nama Lengkap | Jabatan | Tanda Tangan | Tanggal |
|-------------|---|------------------------------|------------------------------------|---|----------|
| Penyusun | : | Ana Restiana Dewi S.Kep Ners | Infection Prevention Control Nurse |  | 20/01/23 |
| Verifikator | : | dr.Tena Iskandar SP.PK | Ketua KPPI |  | 20-01-23 |
| Validator | : | drg.Muhammad Hasan, MARS | Direktur RS Intan Husada |  | 20/01/23 |



LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 054/PER/DIR/RSIH/I/2023
TENTANG

PROGRAM KERJA KOMITE PPI RUMAH SAKIT INTAN HUSADA TAHUN 2023

Menimbang :

- a. bahwa untuk mewujudkan organisasi rumah sakit yang efektif, efisien, dan akuntabel dalam rangka mencapai visi dan misi rumah sakit sesuai tata kelola perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*), perlu didukung oleh pengorganisasian yang baik dan dikerjakan oleh sumber daya manusia yang terampil dan berkompeten sesuai bidangnya;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a di atas, maka perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Program Kerja Komite PPI Tahun 2023

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
2. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1045/MENKES/PER/XI/2006 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
9. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;
10. Keputusan Direktur Utama PT. RS Intan Husada Nomor 34/PT.RSIH/XI/2021 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur Rumah Sakit Intan Husada;
11. 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;

12. Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;
13. Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3531/A000/XI/2021 Tentang Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*);

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PROGRAM KERJA KOMITE PPI TAHUN 2023**
- Kesatu : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 054/PER/DIR/RSIH/II/2023 Tentang Peraturan Direktur tentang Program Kerja Komite PPI Tahun 2023
- Kedua : Peraturan Direktur tentang Program Kerja Komite PPI Tahun 2023 digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan peningkatan pengendalian infeksi di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Peraturan Direktur tentang Program Kerja Komite PPI Tahun 2023 sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Keempat : 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 : 20 Januari 2023
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIK: 21110183633



LAMPIRAN

Keputusan Direktur Rumah Sakit Intan Husada

Nomor : 054/PER/DIR/RSIH/II/2023

Tentang : Program Kerja Komite PPI Tahun 2023

PROGRAM KERJA KOMITE PPI TAHUN 2023

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

HAIs merupakan penyakit infeksi yang timbul di Rumah Sakit atau tempat pelayanan Kesehatan lainnya setelah 48 jam masa perawatan dan pasien tidak dalam masa inkubasi dan atau dalam waktu 30 hari setelah pasien keluar dari Rumah Sakit; termasuk infeksi akibat kerja terhadap karyawan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Angka kejadian HAIs terus meningkat, berkisar 1 dari 31 pasien yang dirawat di Rumah Sakit (CDC). Di Amerika dari 1, 7 juta penderita HAIs menyebabkan kematian pada 100.000 pasien. Adapun angka kejadian HAIs di Indonesia belum terdata secara resmi. Sulit bagi kita untuk mendapatkan angka HAIs yang sesungguhnya, selain pelaporan yang masih belum baik, juga dikenal fenomena gunung es untuk kasus HAIs tersebut. Mengingat dampak yang merugikan dari HAIs dan covid 19 maka peran komite PPI sangat penting dalam menurunkan angka kejadian HAIs dan covid 19. Komite PPI harus mempunyai program kerja yang merupakan perwujudan dari tujuan KPPIRS yaitu "terwujudnya pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit yang optimal".

Program kerja Komite PPIRS 2023 dibuat berdasarkan hasil evaluasi program kerja 2022 berkesinambungan serta disesuaikan dengan hasil ICRA yang telah dibuat. program kerja tahun 2022 akan disusun berdasarkan skala prioritas, sehingga diharapkan pencapaian program kerja dapat lebih terarah. Program kerja yang dibuat melibatkan seluruh jajaran baik management maupun seluruh karyawan RS Intan Husada Garut. Pelaksanaan Program Kerja Komite PPIRS tahun 2022 masih banyak yang belum tercapai sesuai target, disebabkan beberapa kendala mulai dari keterbatasan dana, prasarana, sehingga diharapkan pada program kerja KPPI 2023 permasalahan atau program kerja 2022 yang belum tercapai dapat dicapai di tahun 2023.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Meningkatkan keselamatan pasien, staf dan keluarga/ pengunjung melalui setiap aktivitas yang berpotensi atau berisiko penyebaran infeksi antar pasien, staf kesehatan, fasilitas dan lingkungan rumah sakit untuk mencapai kondisi lingkungan rumah sakit yang memenuhi persyaratan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi serta membantu proses pengobatan dan penyembuhan penderita sehingga rumah sakit dapat meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelayanan

2. Tujuan Khusus

- a. Terlaksananya Praktik Kebersihan Tangan
- b. Terlaksananya Praktek Penggunaan APD Dengan Baik Dan Benar
- c. Terlaksananya Penatalaksanaan Dengan Benar Dalam Pengelolaan Limbah Dan Limbah Tajam
- d. Terlaksananya Lingkungan Yang Aman
- e. Terlaksananya Kepatuhan Petugas Dalam Perawatan Peralatan Pasien
- f. Terlaksananya Kepatuhan Petugas Dalam Pengelolaan Linen
- g. Terlaksananya Kesehatan Karyawan
- h. Terlaksananya Penempatan Pasien
- i. Terlaksananya Etika Batuk/Bersin
- j. Terlaksananya Penyuntikan Aman Dan Pelaksanaan Lumbal Fungsi Dengan Benar
- k. Terlaksananya Pengolahan Makanan Dengan Benar
- l. Terlaksananya Surveilans
- m. Terlaksananya Pendidikan Dan Pengembangan Staf
- n. Terlaksananya Penerapan Bundles
- o. Terlaksananya Penggunaan Antibiotik Yang Rasional
- p. Terlaksananya Pengendalian Covid-19
- q. Terlaksananya Pengendalian Resiko Infeksi Pada Fasilitas Dengan *Mechanical And Engineering Control*
- r. Terlaksananya Evaluasi Dan Pelaporan PPI
- s. Terlaksananya Integrasi Data PPI Dengan Komite Mutu

BAB II

KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

A. Kegiatan Pokok dan Rincian Kegiatan

Kegiatan pokok dan rincian kegiatan adalah langkah-langkah kegiatan yang harus dilakukan sehingga tercapainya program PPI. Rencana total anggaran setahun yang akan diajukan Rp. Adapun kegiatan pokok dan rincian kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

| No | Kegiatan Pokok | Rincian Kegiatan | Cara Melaksanakan | Pelaksana | Sasaran |
|----|-------------------|--|--|---|---------|
| 1 | Kebersihan Tangan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring Kepatuhan petugas dalam pelaksanaan kebersihan tangan 2. Monitoring kebersihan tangan oleh IPCLN dan IPCN 3. Pengolahan data hasil monitoring 4. Feedback hasil monitoring kebersihan tangan kepada masing masing unit 5. Sosialisasi ulang 6. Evaluasi hasil monitoring 7. Sosialisasi kebersihan tangan kepada pasien dan pengunjung | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan audit HH 2. Melaporkan hasil audit HH ke setiap KSM Instalasi terkait 3. Pembuatan Video Hand Hygiene kerja sama dengan Tim KPRS dan Komite Mutu dan keselamatan Pasien 4. Sosialisasi berkala dengan Tim PKRS mengenai pentingnya cuci tangan dan cara cuci tangan 5. Pembuatan aplikasi pelaporan secara online bekerjasama dengal bagian sim rs. | Komite PPI IPCN IPCLN PKRS | 100% |
| 2 | Penggunaan APD | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelatihan dan sosialisasi panduan penggunaan APD 2. Pelatihan PPI kepada petugas cleaning servis, tenaga medis dan non medis serta seluruh | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan pelatihan dan sosialisasi ulang panduan penggunaan APD ke semua unit melalui in house training, setiap ada rapat ruangan atau operan jaga 2. Membuat ICRA APD setiap akhir tahun | Komite PPI IPCN IPCLN Logistik Tim K3RS | 100% |

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|-------------|
| 3 | <p>Penatalaksanaan dengan benar dalam pengelolaan limbah dan limbah tajam</p> | <p>staf Rumah sakit, ditekankan khususnya penggunaan APD pada era pandemik Covid</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor ketersediaan APD terutama di masa pandemi dimana terjadi peningkatan kasus covid19 4. Monitoring dan evaluasi serta feed back kepatuhan penggunaan APD 5. Berikan Feedback kepada Unit terkait 6. Buat usulan kelengkapan APD 7. Buat ICRA penggunaan APD | <ol style="list-style-type: none"> 3. Bekerja sama dengan bidang diklat untuk melakukan edukasi terhadap cleaning servis dan seluruh staf RS Intan Husada Garut khususnya tentang penggunaan APD pada era pandemi Covid 19 4. Melakukan audit ketersediaan APD 5. Melakukan Monitoring kepatuhan petugas dalam penggunaan APD 6. Koordinasi dengan bagian Logistik untuk pengadaan Poster, stiker, dan leaflet penggunaan APD | <p>Komite PPI IPCN Kesling</p> | <p>100%</p> |
|---|---|---|---|--|-------------|

| | | | | | |
|---|--|--|---|---------------------------------------|------|
| 4 | Lingkungan yang aman | <p>8. Sosialisasi ulang pembuangan limbah benda tajam</p> <p>9. Menyediakan <i>safety box</i> untuk limbah benda tajam</p> <p>1. Pembuatan ICRA dalam setiap pembangunan atau renovasi di area RS Intan Husada Garut</p> <p>2. Pemeriksaan kultur udara setelah kegiatan renovasi bangunan</p> <p>3. Pemantauan kualitas air setiap bulan untuk mikroorganisme dan setiap 6 bulan untuk pemeriksaan lengkap</p> <p>4. Monitoring kebersihan lingkungan area rumah sakit</p> <p>5. Pes kontrol, melakukan monitoring pes kontrol setiap bulan</p> | <p>1. Monitoring ICRA dalam setiap pembangunan atau renovasi di area RS Intan Husada Garut</p> <p>2. Monitoring kultur udara setelah kegiatan renovasi bangunan</p> <p>3. Monitoring kualitas air setiap bulan untuk mikroorganisme dan setiap 6 bulan untuk pemeriksaan lengkap</p> <p>4. Monitoring kebersihan lingkungan area rumah sakit</p> <p>5. Melakukan Evaluasi dan umpan balik</p> | Komite PPI IPCN K3RS Kesling | 100% |
| 5 | Kepatuhan petugas dalam perawatan peralatan pasien | <p>1. Reedukasi Proses sterilisasi (termasuk penanganan peralatan setelah digunakan) saat di ruangan, proses penyimpanan dan transportasi dan penanganan di CSSD</p> <p>2. Pendataan ulang alat reuse di RS Intan Husada Garut</p> <p>3. Monitoring dan evaluasi</p> | <p>1. Monitoring alat kesehatan dan alat medis</p> <p>2. Monitoring Proses sterilisasi (Penanganan peralatan setelah digunakan) saat di ruangan, proses penyimpanan dan transportasi dan penanganan di CSSD</p> <p>3. Melakukan Evaluasi dan umpan balik</p> <p>4. Pemantauan dampak pada alat Reuse</p> <p>5. Cek kultur berkala alat CSSD</p> | Komite PPI IPCN CSSD | 100% |

| | | | | | |
|---|---|---|---|-----------------------------------|------|
| 6 | Kepatuhan petugas dalam pengelolaan linen | <ol style="list-style-type: none"> 1. Proses pemilahan linen infeksius non infeksius 2. Kepatuhan petugas dalam penggunaan APD 3. Pengelolaan linen di ruangan 4. Monitoring dan evaluasi Alur kotor dan alur bersih. 5. Monitoring dan evaluasi Pemilahan linen kotor dan bersih 6. Monitoring dan evaluasi Kepatuhan petugas linen dalam penggunaan APD 7. Monitoring dan evaluasi Proses transportasi linen | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring Proses pemilahan linen infeksius non infeksius 2. Monitoring Kepatuhan petugas dalam penggunaan APD saat Pengelolaan linen di ruangan 3. Monitoring dan evaluasi a. Alur kotor dan alur Lrsirih b. Pemilahan linen kotor dan bersih c. Kepatuhan petugas linen dalam penggunaan APD d. Proses transportasi linen | Komite PPI IPCN Binatu | 100% |
| 7 | Kesehatan Karyawan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan kesehatan karyawan bekerjasama dengan K3RS diprioritaskan untuk karyawan beresiko tinggi di RS Intan Husada Garut. 2. Mengelompokkan pegawai Rumah sakit sesuai resiko terpapar covid 19 (bekerjasama dengan K3RS) 3. Melaksanakan imunisasi hepatitis, khusus karyawan yang berisiko tinggi (bekerja sama dengan K3RS) 4. Melakukan medical check up bagi seluruh karyawan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan kesehatan seluruh karyawan di RS Intan Husada Garut meliputi Pemeriksaan TB Pemeriksaan TB di tujukan terhadap seluruh karyawan mengingat keterbatasan dana maka pemeriksaan TB pada tahun 2023 di tujukan pada ruangan beresiko tinggi : Poli paru, Poli IPD, UGD, Intensif Dewasa, Kamar operasi, Laboratorium di lakukan pemeriksaan 2. Melakukan edukasi dan pendampingan terhadap karyawan terpaan | Komite PPI IPCN K3RS SDM | 100% |

| | | | | | |
|----|--|--|--|---------------------------------|------|
| 8 | Penempatan Pasien | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemilahan pasien bersiko tinggi 2. Penempatan pasien sesuai cara transmisi penyakitnya 3. Monitoring evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring Pemilahan pasien bersiko tinggi 2. Melakukan Evaluasi dan umpan balik | Komite PPI IPCN Pelayanan Medis | 100% |
| 9 | Etika Batuk/Bersin | <ol style="list-style-type: none"> 1. Usulan kelengkapan fasilitas Etika batuk/ bersin 2. Rekap audit kepatuhan 3. Berikan feedback ke unit terkait 4. Resosialisasi regulasi Etika batuk/ bersin 5. Buat ICRA Etika Batuk /bersin 6. Edukasi etika batuk/bersih ke pasien, pengunjung dan masyarakat. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan rapat koordinasi Komite PPI dengan Promkes, Tim TB terkait regulasi Etika Batuk/Bersin 2. Membuat dan pasang banner Etika Batuk/Bersin yang baru 3. Melaksanakan sosialisasi SPO etika batuk/bersin ke semua unit melalui social media, rapat ruangan 4. Melaksanakan audit kepatuhan etika batuk/bersin 5. Melaksanakan rekap data, analisa data, rekomendasikan serta umpan balik ke unit terkait 6. Melaksanakan sosialisasi ulang regulasi Etika Batuk/bersin 7. Membuat ICRA Batuk/Bersin setiap akhir tahun. 8. Melaksanakan edukasi etika batuk/bersin ke pasien, pengunjung dan masyarakat bersama- sama dengan tim Promkes | Komite PPI IPCN | 100% |
| 10 | Penyuntikan aman dan Pelaksanaan lumbal fungsi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemantauan penyuntikan aman sesuai SOP 2. Monitoring lumbal fungsi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring penyuntikan aman 2. Monitoring lumbal fungsi | Komite PPI IPCN | 100% |

| | | | | |
|------------------------------------|--|--|-------------------------------------|-------------|
| dengan benar | <p>3. Optimalisasi Area Bersih tempat pencampuran obat di ruangan</p> <p>4. Audit kepatuhan penyuntikan yang aman</p> <p>5. Rekap hasil audit kepatuhan</p> <p>6. Berikan feed back kepada unit terkait</p> <p>7. Buat usulan fasilitas penyuntikan yang aman</p> <p>8. Buat ICRA Penyuntikan yang aman</p> <p>9. Monitoring dan Evaluasi penyuntikan aman</p> | <p>3. Melaksanakan koordinasi dengan unit agar Area Bersih digunakan sesuai peraturan yang berlaku.</p> <p>4. Pemantauan Dispensing obat oleh Unit Farmasi</p> <p>5. Melaksanakan koordinasi dengan logistik terkait pengadaan Stiker Penyuntikan yang aman</p> <p>6. Melaksanakan audit kepatuhan penyuntikan yang aman</p> <p>7. Melaksanakan rekap data kepatuhan, analisa data, rekomendasi serta umpan balik ke unit</p> <p>8. Membuat usulan fasilitas penyuntikan yang aman</p> <p>9. Membuat ICRA Penyuntikan yang aman setiap akhir tahun</p> | <p>Komite PPI IPCN Gizi</p> | <p>100%</p> |
| 11 Pengolahan makanan dengan benar | <p>1. Koordinasi PPI dengan Kemitraan Gizi dan Vendor</p> <p>2. Audit kepatuhan Gizi</p> <p>3. Rekap hasil audit</p> <p>4. Berikan feed back ke unit terkait</p> <p>5. Buat ICRA Penyediaan makanan</p> | <p>1. Melaksanakan rapat koordinasi Komite PPI dan Instalasi Gizi tentang Regulasi dan monitoring Instalasi Gizi yang sesuai prinsip-prinsip PPI</p> <p>2. Koordinasi pemenuhan fasilitas penunjang Gizi (pengukur suhu, tempat sampah dll)</p> <p>3. Monitoring berkala ke pihak Ke-3 mengenai pengolahan sampai distribusi makanan</p> <p>4. Melaksanakan audit kepatuhan di Gizi</p> | <p>Komite PPI IPCN Gizi</p> | <p>100%</p> |

| | | | | | |
|----|------------|--|--|--------------------------------------|------|
| 12 | Survailans | <ol style="list-style-type: none"> 1. Penetapan Indikator mutu PPI dan kamus Indikator HAIs 2. Aplikasi Pelaporan Hais secara online dan reedukasi petugas penginput data 3. Supervisi teratur keruangan 4. Hasil surveilans HAIs di analisa, PDsA bersama dengan komite mutu dan keselamatan pasien dan di feedback ke unit/ 5. Melaksanakan Surveilans HAIs (Plebitis, IDO, ISK, VAP, IADP) 6. Analisa data HAIs yang didapat dari hasil surveilans melalui SIMRS 7. Membuat laporan data HAIs dan rekomendasi tindak lanjut 8. Koordinasi mengenai pengembangan SIMRS PPI 9. Studi banding data HAIs dengan 2 RS yang setara 10. Buat ICRA Surveilans | <ol style="list-style-type: none"> 5. Melaksanakan rekap data kepatuhan, analisa data, rekomendasi dan umpan balik ke unit 6. Membuat ICRA Penyediaan makanan setiap akhir tahun | <p>Komite PPI IPCN IPCLN</p> | 100% |
| | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan rapat Komite PPI, IPCN, IPCLN Terkait revisi Regulasi Surveilans 2. Melaksanakan surveilen HAIs (Plebitis, IDO, ISK, VAP, IADP, HAP), MDRO dan PINERE dengan baik dan benar 3. Melaksanakan monitoring input data PPI ke SIMRS 4. Melaksanakan rekap data, analisa, rekomendasi, pelaporan serta umpan balik ke unit 5. Melaksanakan koordinasi dengan IPDE tentang pengembangan SIMRS PPI 6. Melaksanakan Studi banding data HAIs ke RS Tipe C 7. Membuat ICRA Surveilans setiap akhir tahun | | | |

| | | | | | |
|----|----------------------------------|---|--|-----------------------------------|------|
| 13 | Pendidikan dan Pengembangan Staf | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendidikan dan pelatihan terhadap anggota komite PPI dan staf Rumah Sakit Intan Husada, terdiri dari 2. Kegiatan diklat eksternal 3. Mengikuti pelatihan IPCD (Dokter komite PPI) Pelatihan TOT Mengikuti seminar & workshop PPI bagi IPCLN 4. Pelatihan PPI dasar IPCLN 5. Sosialisasi, edukasi pasien, pengunjug dan masyarakat 6. Edukasi, sosialisasi, orientasi, In House Training, pelatihan petugas, mahasiswa, vendor 7. Buat ICRA Edukasi, Pendidikan dan Pelatihan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan koordinasi dengan Promkes dan Kepegawaian terkait kegiatan Edukasi, Pendidikan dan Pelatihan 2. Melaksanakan Orientasi pegawai 3. Melaksanakan pelatihan PPI dasar bagi semua staf pelayanan 4. Melaksanakan edukasi berkala bagi staf klinis dan non klinis jika ada perubahan kebijakan, prosedur, praktik program PPI, bila ada kecenderungan khusus data infeksi serta adanya new/re emerging disease 5. Melaksanakan pelatihan PPI meliputi Hand Hygiene, etika batuk, penanganan limbah, penggunaan APD bagi semua staf non klinis 6. Melaksanakan pendidikan bagi pengunjug dan keluarga berupa komunikasi, Informasi dan Edukasi tentang PPI terkait penyakit menular 7. Melaksanakan pengembangan SDM Komite PPI (Pelatihan, Seminar, Workshop dll) 8. Membuat ICRA Edukasi, Pendidikan dan Pelatihan setiap akhir tahun | Komite PPI IPCN SDM PKRS | 100% |
| 14 | Penerapan bundles | <ol style="list-style-type: none"> 1. Audit kepatuhan Bundles HAIs 2. Analisa data dari hasil audit bundles HAIs. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan rapat koordinasi Komite PPI tentang revisi Regulasi Bundles HAIs | Komite PPI IPCN IPCLN | 100% |

| | | 3. Membuat RTL dari hasil Audit bundles HAIs. | 4. Memberikan feed back ke unit | 5. Buat ICRA penerapan Bundles HAIs | 2. Melaksanakan sosialisasi keunit terkait | 3. Melaksanakan koordinasi dengan IPSRS, terkait kecukupan fasilitas penerapan Bundles HAIs | 4. Melaksanakan Audit Kepatuhan | 5. Melaksanakan rekap data, analisa, rekomendasi dan umpan balik ke unit | 6. Melaksanakan resosialisasi regulasi dan prosedur yang diperlukan | 7. Membuat usulan pengadaan fasilitas Pencegahan IDO: <i>Clipper Electric Surgical</i> | 8. Membuat ICRA Penerapan Bundles HAIs setiap akhir tahun | | |
|-----|-------------------------------------|---|---|---|--|---|--|---|---|--|---|------------------------------|----------------------------------|
| 15 | Penggunaan antibiotik yang rasional | 1. terdapatnya pola kuman | 2. Adanya kebijakan antibiotik bekerjasama dengan KPPRA | 3. Audit MDRO & MRSA bekerjasama dengan KFPRA | 1. Koordinasi dengan tim PPRA tersedianya pola kuman | 2. Koordinasi dengan PPRA dalam penentuan kebijakan antibiotik | 3. Kerjasama antara tim PPI dengan tim PPRA untuk Audit MDRO | 4. Melakukan kohorting/isolasi bagi pasien infeksi yang disebabkan mikroba resisten | 1. Monitoring Pelaksanaan Alur pasien | 2. Monitoring Pelaksanaan Skrining pasien | 3. Monitoring Pelaksanaan Triase pasien | 4. Monitoring Zona Covid -19 | 5. Monitoring Zona Non Covid -19 |
| 16. | Pengendalian Covid-19 | 1. Monitoring layanan | 2. Monitoring pembagian zonasi | 3. Monitoring penerapan PPI Covid-19 | 1. Monitoring Pelaksanaan Alur pasien | 2. Monitoring Pelaksanaan Skrining pasien | 3. Monitoring Pelaksanaan Triase pasien | 4. Monitoring Zona Covid -19 | 5. Monitoring Zona Non Covid -19 | Komite PPI IPCN PPRA | Komite PPI Tim Covid-19 IPCN IPCLN | 100% | 100% |

| | | | | | |
|-----|--|---|--|-----------------------------|------|
| | | 4. Buat ICRA Pengendalian Covid-19 | 6. Monitoring pelaksanaan protokol kesehatan bagi petugas 7. Monitoring pelaksanaan protokol kesehatan bagi pasien dan keluarga 8. Membuat ICRA Pengendalian Covid-19 setiap akhir tahun | | |
| 17. | Pengendalian Resiko Infeksi pada fasilitas dengan Mechanical and Engineering Control | <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisi regulasi Pengendalian Resiko Infeksi pada fasilitas dengan Mechanical and Engineering Control 2. Melaksanakan Pengendalian Resiko Infeksi pada fasilitas dengan Mechanical and Engineering Control | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan Koordinasi dengan IPSRS untuk membuat Panduan Pengendalian Resiko Infeksi pada Ventilasi positif, Bio Safety Cabinet, Laminary Air Flow, Thermostat almari pendingin dan pemanas air sterilisasi piring/alat dapur dengan Mechanical and Engineering Control 2. Melaksanakan Koordinasi dengan IPSRS untuk melaksanakan Pengendalian Resiko Infeksi pada Bio Safety Cabinet, Laminary Air Flow, Thermostat almari pendingin dan pemanas air sterilisasi piring/alat dapur dengan Mechanical and Engineering Control berdasarkan regulasi yang berlaku 3. Membuat ICRA Mechanical and Engineering Control | Komite PPI IPSRS Umum | 100% |
| 18. | Evaluasi dan pelaporan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan Monitoring dan audit sesuai regulasi 2. Rapat – rapat Koordinasi dengan Direksi, IPCLN, | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan Monitoring /supervisi tiap bulan 2. Melaksanakan Audit unit setiap 3 bulan 3. Melaksanakan Analisa dan evaluasi tiap 3 bulan | Komite PPI IPCN | 100% |

| | | | | | |
|----|------------------------------------|--|--|------------------------------|------|
| | | Komite PPI, Komite PMKP dan unit terkait lainnya | <p>4. Melaksanakan Rapat dengan IPCLN tiap bulan</p> <p>5. Melaksanakan Rapat dengan Komite PPI setiap 3 bulan atau sewaktu-waktu diperlukan</p> <p>6. Melaksanakan Rapat dengan unit terkait setiap 4 bulan atau sewaktu-waktu diperlukan</p> <p>7. Membuat laporan Direksi dan PMKP setiap 3 bulan</p> <p>8. Membuat ICRA Program setiap akhir tahun</p> | | |
| 19 | Integrasi data dengan program PMKP | <p>1. Data surveilens dengan data terintegrasi dengan indikator mutu</p> <p>2. Pertemuan berkala Komite PPI dengan Komite Mutu</p> <p>3. Hasil data surveilens dan rekomendasi Komite PPI disampaikan ke Komite Mutu</p> | <p>1. Melaksanakan koordinasi Komite PPI dengan Komite Mutu terkait regulasi data surveilens PPI terintegrasi dengan Indikator Mutu</p> <p>2. Melaksanakan rapat Komite PPI dengan Komite Mutu setiap 3 bulan</p> <p>3. Membuat laporan data surveilens dan rekomendasi Komite PPI ke Komite Mutu setiap 3 bulan</p> | Komite PPI Komite PMKP | 100% |

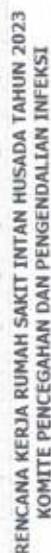
B. Sasaran
Sasaran Program Komite PPI secara spesifik, terukur dan jelas sesuai dengan tujuan dari RS Intan Husada Garut.



Anggaran kegiatan yang dimasukkan dalam program kerja tahunan merupakan perkiraan biaya yang langsung yang dibutuhkan untuk kegiatan tersebut.

RENCANA KERJA RUMAH SAKIT INTAN HUSADA TAHUN 2023
KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

| NO | PROGRAM/KEGIATAN/POKOK | STRATEGI | CARA MELAKSANAKAN | TARGET | PELAKSANA | PJ. | KONTROL | JUMLAH | | DANA | | Kas KPI | ANCIKAN INVESTASI | | | | PRO BEM | | |
|----|--|----------|-----------------------|----------------------|---------------|------------|---------|--------|--------|------------|------------|---------|-------------------|----------|--------|------------|---------|--|--|
| | | | | | | | | 5 | SATUAN | SATUAN | TOTAL | | PRIMER | SEKUNDER | PRIMER | SEKUNDER | | | |
| 1 | Pengembangan SDM | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a | Orbita Sosial dan SGM | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1) | Serani tar baru | 12.1 | Pengajaran | KOMPPH | SKMAGMT E PPH | Komite PPI | Laporan | 2 | Orang | 3.000.000 | 6.000.000 | 4 | | | | 6.000.000 | | | |
| 2) | Serani tar RS dan Naskah | 12.1 | Pengajaran | KOMPPH | SKMAGMT E PPH | Komite PPI | Laporan | 1 | Kali | 10.000.000 | 10.000.000 | | | | | | | | |
| 3) | Serani tar outbound | 12.1 | Pengajaran | KOMPPH | SKMAGMT E PPH | Komite PPI | Laporan | 1 | Kali | 2.000.000 | 2.000.000 | | | | | | | | |
| 4) | Pengajaran dan pener RSH | 12.1 | Pengajaran | KOMPPH | SKMAGMT E PPH | Komite PPI | Laporan | 1 | Kali | 2.000.000 | 2.000.000 | | | | | 2.000.000 | | | |
| b | Pendidikan | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1) | PPJ dasar | 2.3 | Pengajaran ke Luar RS | Komite PPI PCN IPCLN | SKMAGMT E PPH | Komite PPI | Laporan | 12 | Orang | 1.000.000 | 12.000.000 | 4 | | | | 12.000.000 | | | |
| 2) | IPCN lanjutan | 2.3 | Pengajaran ke Luar RS | IPCN | SKMAGMT E PPH | Komite PPI | Laporan | 1 | Orang | 5.000.000 | 5.000.000 | 4 | | | | 5.000.000 | | | |
| 3) | IPCD | 2.3 | Pengajaran ke Luar RS | KETUA KOMITE PPI | SKMAGMT E PPH | Komite PPI | Laporan | 1 | Orang | 7.000.000 | 7.000.000 | 4 | | | | 7.000.000 | | | |
| c | Serani Simulasi Wawancara | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1) | Peningkatan Efektifitas Intim | 2.3 | Pengajaran ke Luar RS | Komite PPI PCN IPCLN | SKMAGMT E PPH | Komite PPI | Laporan | 2 | Orang | 2.000.000 | 4.000.000 | 4 | | | | 4.000.000 | | | |
| 2) | Pasien Safety Terkini Infeksi Nosokomial | 2.3 | Pengajaran ke Luar RS | Komite PPI PCN IPCLN | SKMAGMT E PPH | Komite PPI | Laporan | 2 | Orang | 3.000.000 | 6.000.000 | 4 | | | | 6.000.000 | | | |
| 3) | Pesertaan Inisiasi Ruang Rawat Gigitan (RPG) | 2.3 | Pengajaran ke Luar RS | Komite PPI PCN IPCLN | SKMAGMT E PPH | Komite PPI | Laporan | 2 | Orang | 4.000.000 | 8.000.000 | 4 | | | | 8.000.000 | | | |
| 4) | Peningkatan Kualitas Layanan Pasien | 2.3 | Pengajaran ke Luar RS | Komite PPI PCN IPCLN | SKMAGMT E PPH | Komite PPI | Laporan | 2 | Orang | 2.000.000 | 4.000.000 | 4 | | | | 4.000.000 | | | |



Minerals Division, U.S. GEOLOGICAL SURVEY

RENCANA KERJA RUMAH SAKIT INTAN HUSADA TAHUN 2023
KOMITE Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

| NO | PROGRAM/KEGIATAN/POKOK | STRATEGI | CARA MELAKSANAKAN | TARGET | PELAKSANA | PJ | KONTROL | JUMLAH | | BIAYA | | ANGGARAN INVESTASI | | ANGGARAN OPERASIONAL | |
|----------------------------|---|----------|--------------------|--------------------------|-----------------------|------------|---------|--------|------|-----------|-----------|--------------------|----------|----------------------|----------|
| | | | | | | | | \$ | BATU | BATU | TOTAL | PREMIER | SEKUNDER | PREMIER | SEKUNDER |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 3. Peningkatan Mutu | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1) Evaluasi dan Pelaporan DO, UAP, Pledak, ISK, CVI | 12.1 | Surveilans Laporan | Pasien | PPRS/AMU | Komite PPS | Laporan | 12 | Kali | N/A | | | | | |
| | 2) Pelaporan Kejadian Cuo Iman dan APO | 12.1 | Surveilans Laporan | PPA dan Non PPA | PPRS/AMU | Komite PPS | Laporan | 12 | Kali | N/A | | | | | |
| | 3) Evaluasi Formulir Surveilans | 12.1 | Rapat | PPRS | PPRS | Komite PPS | Laporan | 1 | Kali | N/A | | | | | |
| | 4) Evaluasi dan Renc. Pedoman PPRS | 12.1 | Rapat | PPRS | PPRS | Komite PPS | Laporan | 1 | Kali | N/A | | | | | |
| | 5) Penguatan Ketersisian Target | 12.1 | Uji Kultur | PPRS/Infeksiologi | PPRS/SLAB | Komite PPS | Laporan | 1 | Kali | 1.000.000 | 1.000.000 | 1.000.000 | | 1.000.000 | |
| | 6) Penguatan Rujukan yang Beresiko | 12.1 | Uji Kultur | PPRS/Infeksiologi | PPRS/SLAB | Komite PPS | Laporan | 1 | Kali | 1.000.000 | 1.000.000 | 1.000.000 | | 1.000.000 | |
| | 7) Evaluasi Program Keptan Terharu | 12.1 | Rapat | PPRS | PPRS | Komite PPS | Laporan | 1 | Kali | N/A | | | | | |
| 2 | 8) Monev, peningkatan PP setiap unit | 12.1 | Surveilans Laporan | UNIT PELAYANAN UMUM | UNIT TERKAIT PPRS | Komite PPS | Laporan | 1 | Kali | N/A | | | | | |
| | 9) Monev Ruang ISOLASI | 12.1 | Surveilans Laporan | KAWAS ISOLASI BERTERAKUN | TERKAIT PPRS | Komite PPS | Laporan | 1 | Kali | N/A | | | | | |
| | 10) Monev Eviden | 12.1 | Surveilans Laporan | PPA | PPA dan PPRS | Komite PPS | Laporan | 1 | Kali | N/A | | | | | |
| 11) Rapat Rapat : | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Rapat Komite PPI tiap Bulan | 12.1 | Rapat | PPA dan PPRS | PPRS/AMU | Komite PPS | Laporan | 12 | Kali | N/A | | | | | |
| | Rapat Komite Hds di RS/H | 12.1 | Rapat | Unit terkait | PPRS dan Unit terkait | Komite PPS | Laporan | 12 | Kali | N/A | | | | | |
| | Rapat Peningkatan Mutu | 12.1 | Rapat | Komite Mutu | Komite Mutu | Komite PPS | Laporan | 1 | Kali | N/A | | | | | |

D. Jadwal Kegiatan

Jadwal kegiatan Program Kerja diatur sedemikian rupa dengan dikoordinasikan dengan pihak terkait, jadwal kegiatan dibuat per bulan dalam satu tahun.

| No | Kegiatan | Bulan | | | | | | | | | | | | Keterangan |
|----|--|-------|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|-----|---------|-----|-----|------------------------------|
| | | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Jun | Juli | Agus | Sep | Oktober | Nov | Des | |
| 1 | Revisi Regulasi (Pedoman, Panduan, SPO) | ✓ | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Membuat Program Kerja 2023 | ✓ | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Sosialisasi Regulasi dan Program Kerja | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | |
| 4 | Rapat IPCLN | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | ✓ | |
| 5 | Rapat Komite PPI | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | ✓ | |
| 7 | Rapat unit terkait | | | | | | | | | | | | | Sewaktu-waktu diperlukan |
| 8 | In House Training PPI bagi staff Klinis | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | |
| 9 | In House Training PPI bagi staff Non Klinis | | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | |
| 10 | Orientasi Pegawai baru | | | | | | | | | | | | | Menyesuaikan jadwal yg ada |
| 11 | Edukasi berkala staf Klinis/Non Klinis | | | | | | | | | | | | | Jika ada perubahan kebijakan |
| 12 | Pelatihan PPI Dasar, TOT PPI, Workshop, Seminar dll (External) | | | | | | | | | | | | | Menyesuaikan jadwal yg ada |
| 13 | Usulan kelengkapan fasilitas PPI | | | | ✓ | | | | | ✓ | | | | |
| 14 | Monitoring Kebersihan Tangan | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 15 | Monitoring APD | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 16 | Audit Kewaspadaan transmisi dan penempatan pasien | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | |
| 17 | Audit Kebersihan lingkungan | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | |
| 18 | Audit Etika Batuk | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | |

A. Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan

Evaluasi pelaksanaan kegiatan dilakukan berdasarkan

1. Ketepatan waktu pelaksanaan
2. Pencapaian terhadap sasaran
3. Kesesuaian antara anggaran dan realisasi biaya
4. Kendala-kendala yang dihadapi

Pelaporan evaluasi kegiatan disusun dalam bentuk Laporan Kegiatan oleh penanggung jawab kegiatan kepada atasan langsung dan dikoordinasikan dengan unit terkait. Pelaporan dibuat paling lambat 1 (satu) minggu setelah kegiatan selesai dilakukan. Laporan kegiatan berisi undangan, materi, daftar hadir, notulensi dan bukti-bukti kegiatan lain (seperti foto). Format laporan sesuai dengan Tata Naskah Laporan yang telah ditentukan.

PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI PROGRAM KERJA

A. Pencatatan

Setiap hari IPCN yang dibantu IPCLN mencatat data infeksi rumah sakit di unit-unit pelayanan (surveilens) dengan menggunakan SIMRS, mendokumentasikan hasil monitoring kepatuhan kebersihan tangan, kepatuhan APD dan penerapan PPI di semua unit. Data yang terkumpul dibuatkan analisa data oleh Komite PPI.

B. Pelaporan

Setiap 1(satu) bulan sekali data surveilens dikumpulkan dan dibuatkan laporan oleh IPCN untuk didiskusikan dengan Komite PPI dan selanjutnya setiap 3 (tiga) bulan laporan dikirim ke Direktur RS Intan Husada Garut dan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP). Audit unit dikumpulkan selama periode 3 bulan, dianalisa dan didiskusikan dengan Komite PPI, selanjutnya dibuatkan laporan dan rekomendasi yang dikirim ke Direktur RS Intan Husada Garut.

C. Evaluasi

1. Evaluasi Proses

Semua kegiatan program berjalan sesuai jadwal. Formulir monitoring/audit terisi sesuai jadwal.

2. Evaluasi Hasil

Hasil kegiatan program PPI setiap 3 (tiga) bulan akan diberikan feed back oleh Direktur untuk dilakukan tindak lanjut oleh Komite PPI dan unit terkait

Direktur,

drg. Muhammad Hasan, MARS