**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. MURJANI SAMPIT**

**NOMOR:……………………………………..**

**TENTANG**

**PEDOMAN PELAYANAN KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI**

**DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. MURJANI SAMPIT**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tindakan | Nama | Jabatan | Tanda tangan | Tanggal |
| Disiapkan | dr. Ikhwan Setiabudi, Sp.PK | Ketua Komite PPI |  |  |
| Diperiksa | dr. Yudha Herlambang | Wadir Pelayanan |  |  |
| Disetujui | Dr. Denny Muda Perdana, Sp.Rad | Direktur |  |  |

PEMERINTAH KABUPATEN KOTA WARINGIN TIMUR

**PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR**

**RSUD dr. MURJANI SAMPIT**

Jl.HM.Arsyad No.65 Sampit. Kode Pos 74322.

Telp (0531) 21010 Fax (0531) 21782

e-mail: rsdmsampit

PERATURAN DIREKTUR RSUD DR. MURJANI SAMPIT

NOMOR: :........................................

tentang

**PEDOMAN PELAYANAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI**

**DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. MURJANI SAMPIT**

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. MURJANI SAMPIT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MENIMBANG | : | a. | Bahwa Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di rumah sakit (PPIRS) sangat penting karena merupakan gambaran mutu pelayanan rumah sakit; |
|  |  | b. | Bahwa untuk meminimalkan risiko terjadinya infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya perlu diterapkan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), yaitu kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan,  pembinaan, pendidikan, pelatihan, pengawasan, serta monitoring dan evaluasi; |
|  |  | c. | bahwa sebagaimana huruf (a) dan (b) diatas, perlu ditetapkan Pedoman Pelayanan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (KPPI) Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit; |
| MENGINGAT | : | 1. | Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit; |
|  |  | 2. | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1014/MENKES/PER/XI/2008, Tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan; |
|  |  | 3. | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1045/MENKES/PER/XI/2006, Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Di Lingkungan Departemen Kesehatan; |
|  |  | 4. | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor  986/Menkes/Per/XI/1992 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit; |
|  |  | 5. | Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 382/Menkes/SK/III/2008 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan Lainnya; |
|  |  |  | MEMUTUSKAN |
| MENETAPKAN | : | 1. | Pedoman Pelayanan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi(KPPI)Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini. |
|  |  | 2. | Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya dan akan dilakukan evaluasi setiap tahunnya. |
|  |  | 3. | Apabila hasil evaluasi mensyaratkan adanya perbaikan maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya. |

Ditetapkan di : Sampit

Tanggal :

DIREKTUR RSUD DR. MURJANI SAMPIT

**dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad**

Tembusan Yth :

1. Seluruh Manajer dan Kepala Instalasi
2. Arsip

Lampiran I :

Pedoman Pelayanan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUD dr. Murjani Sampit

Nomor :

Tanggal :

**BABI**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sangat penting untuk dilaksanakan di Rumah Sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan,disamping sebagai tolak ukur mutu pelayanan juga untuk melindungi pasien,petugas Rumah Sakit, pengunjung dan keluarganya pesien dari resiko tertularnya infeksi karena dirawat, bertugas atau berkunjung di Rumah Sakit.

Rumah Sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan yang saat ini makin berkembang seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dilain pihak rumah sakit dihadapi tantangan yang semakin besar. Rumah Sakit dituntut agar dapat memberikan pelayan kesehatan yang bermutu, akuntabel dan transparan kepada masyarakat, khususnya bagi jaminan keselamatan pasien.

Untuk hal tersebut Rumah Sakit perlu ditingkatkan pelayanan khususnya dalam pencegahan dan pengendalian infeksi. Bukan saja untuk para petugas tetapi juga pasien, keluarga pasien dan lingkungan RumahSakit.

Dengan demikian pelayanan kesehatan di Rumah Sakitakan menjadi lebih profesional, akuntabel dan transparan menuju pelayanan kesehatan yang prima. Dan diharapkan dapat mengenal cara penularan infeksi yang ditemui petugas sehingga petugas dapat mencegah dan mengendalikan infeksi dengan baik.

1. **Tujuan Pedoman**

Adapun tujuan dari Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit adalah:

1. Dapat digunakan dalam rangka meningkatkan layanan Rumah Sakit, meliputi kualitas pelayanan, manajemen resiko, serta kesehatan dan keselamatan kerja.
2. Menjadi pedoman dalam pelayanan Pencegahan dan Pengendalian di Rumah Sakit agar sesuai dengan prosedur dengan sumber daya terbatas dapat menerapkannya sehingga dapat melindungi tenaga kesehatan dan masyarakat dari penuran penyakit yang mungkin timbul.
3. **Ruang Lingkup Pelayanan**

Pedoman ini memberi panduan bagi petugas di Rumah Sakit dan fasilitas lainnya dalam melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi pada pelayanan terhadap semua pasien, pengunjung, petugas dan keluarga pasien.

1. **Batasan Operasional**
   1. **Beberapa Batasan / Definisi**
2. **Kolonisasi**: merupakan suatu keadaan dimana ditemukan adanya agen infeksi, dimana organismeter sebut hidup,tumbuh dan berkembang biak,tetapi tanpa disertai adanya respon imun atau gejala klinik. Pada kolonisasi,tubuh pejamu tidak dalam keadaan suseptibel. Pasien atau petugas kesehatan bisa mengalami kolonisasi dengan kuman patogen tanpa menderita sakit, tetapi dapat menularkan kuman tersebut ke orang lain. Pasien atau petugas kesehatan tersebut dapat bertindak sebagai**“*Carrier*”**.
3. **Infeksi** : merupakan suatu keadaan dimana ditemukan adanya agen infeksi (organisme), dimana terdapat respon imun, tetapi tidak disertai gejala klinik.
4. **Penyakit infeksi**: merupakan suatu keadaan dimana ditemukan adanya agen infeksi (organisme) yang disertai adanya respon imun dan gejala klinik
5. **Penyakit menular atau infeksius** : adalah penyakit (infeksi) tertentu yang dapat berpindah dari satu orang keorang lain,baik secara langsung maupun tidak langsung.
6. **Inflamasi** (radang atau perdangan lokal) : merupakan bentuk respon tubuh terhadap suatu agen (tidak hanya infeksi,dapat berupa trauma, pembedahan atau luka bakar),yang ditandai dengan adanya sakit/nyeri (dolor), panas (calor), kemerahan (rubor), pembengkakan (tumor) dan gangguan fungsi.
7. **“*Systemic Inflammatory Response Syndrome*” (*SIRS*)** : sekumpulan gejala klinik atau kelainan laboratorium yang merupakan respon tubuh (inflamasi) yang beRSIfat sistemik. Kriteria SIRS bila ditemukan 2 atau lebih dari keadaan berikut: (1) hipertermi atau hipotermi atau suhu tubuh yang tidak stabil, (2) takikardi (sesuaiusia), (3) takipnoe (sesuaiusia), serta (4) leukositosis atau leukopenia (sesuai usia) atau pada hitung jenis leukosit jumlah sel muda (batang) lebih dari 10%.SIRS dapat disebabkan karena infeksi atau non-infeksi seperti trauma, pembedahan, luka bakar, pankreatitis atau gangguan metabolik. SIRSyang disebabkan infeksi disebut**“Sepsis”**.
8. **Healthcare-associated infections”(HAIs)**:Aninfection occurring in **a patient** during the process of care in **a hospital or other health car efacility** which was not presentorin cubating at the time of admission. This includes infection sacquiredin the hospital but appearing after discharge,and also **occupational infections among staff** of the facility. (PERDALIN2008)
   1. **Rantai Penularan**

Untuk melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi perlu mengetahui rantai penularan. Apabila satu mata rantai dihilangkan atau dirusak, maka infeksi dapat dicegah atau dihentikan.Komponen yang diperlukan sehingga terjadi penularan tersebut adalah:

1. **Agen infeksi (*infectious agent*)** adalah mikroorganisme yang dapat menyebabkan infeksi.Pada manusia,agen infeksi dapat berupa bakteri,virus, ricketsia,jamur dan parasit.Ada tiga factor pada agen penyebab yang mempengaruhi terjadinya infeksi yaitu : patogenitas, virulensi dan jumlah (dosis,atau“*load*”).
2. **Reservoir** atau tempat dimana agen infeksi dapat hidup,tumbuh,berkembang biak dan siap ditularkan kepada orang. Reservoir yang paling umum adalah manusia,binatang,tumbuh-tumbuhan, tanah,air dan bahan-bahan organik lainnya. Pada orang sehat,permukaan kulit, selaput lender saluran napas atas, usus dan vagina merupakan reservoir yang umum.
3. **Pintukeluar *(portalof exit)*** adalah jalan dari mana agen infeksi meninggalkan reservoir. Pintu keluar meliputi saluran pernapasan, pencernaan, saluran kemih dan kelamin, kulit dan membrana mukosa, transplasenta dan darah serta cairan tubuh lain.
4. **Landasan Hukum**
5. Undang-Undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
6. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang perlindungan Konsumen (Lembaran Negara Nomor 42 Tahun 1999)
7. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Nomor 4431 Tahun 2004)
8. Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 159b/Menkes/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 986/Menkes/Per/XI/1992 tentang persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan

**BAB II**

**STANDAR KETENAGAAN**

1. **KualifikasiSumberDayaManusia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kualifikasi | Nama | Jumlah |
| IPCO | dr. Ikhwan Setiabudi, Sp.PK | 1Orang |
| IPCN | 1. Berthy Limbong Allo, SST 2. Sepsi Dwi Kusmiyana, S.Kep.Ns | 2Orang |
| IPCLN | 1. H. Ahmad Husain, Amd.Kep 2. Rukiyati, SST 3. Sri WinaRSIh Kumborowati, SST 4. Sri Uni Haryati, Amd.Keb 5. Lis Ning Sie, Amd.Keb 6. Ratna Dewi, Amd.Kep 7. Masti L. Sibarani, AMK 8. Eva Primadona, S.Kep.Ns 9. Diana Oktavia, AMK 10. M. Cholili, S.Kep.Ns 11. Haidir, Amd.Kep 12. Sarmawati, AMK 13. H. Nanang, Amd.Kep 14. Feri Erawati Burnama, Amd.Kep 15. Akhmad Suryani, Amd. Kep 16. Ryan Rinjani, AMK | 11Orang |

1. **Distribusi Ketenagaan**

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit dihandle oleh 2 IPCN dengan perbandingan 1:150 bed. Dengan susunan anggota Komite PPI yaitu:

Ketua KPPI : 1 Orang

IPCN : 2 Orang

IPCLN :16 Orang

1. **Pengaturan Jaga**

Setiap hari dibagi 2 area yaitu; area 1 atau area depan dipegang oleh IPCN Berthy Limbong Allo, dan area 2 atau area belakang oleh IPCN Sepsi Dwi Kusmiyana, S.Kep.Ns.

1. Area Depan : Mulai dari pagar depan rumah sakit s.d Ruang HD, termasuk didalamnya: area parkir dan kantin, muahola, depo rawat jalan, IRD, rawat jalan, Radiologi, laboratorium, IBS, ICU, Gedung KIA dan HD.
2. Area Belakang : Mulai dari gizi, Laundry, Sanitasi, Gedung bougenville, cempaka, pelengkapan, IPSRS, kamar jenazah dan Ruang Teratai.

**BAB III**

**STANDAR FASILITAS**

1. **DenahRuang**

Ruang secretariat PPI terletak di lantai 2 gedung cempaka.Dengan luas sekitar 8 m2.

1. **StandarFasilitas**

Daftar Inventaris Peralatan di Komite PPI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **NamaAlat** | **Jumlah** | **Keterangan** |
| 1 | Lemari kaca | 2 buah | Pinjam di rumah tangga |
| 2 | KuRSI biru | 1 buah |  |
| 3 | Meja Kerja | 3 buah | 2 untuk IPCN dan 1 untuk KPPI |
| 4 | KuRSI kerja | 2 buah |  |
| 5 | Laptop | 2 unit | Asus |
| 6 | Printer | 1 buah | EPSONL360 |
| 7 | Jam Dinding | 1 buah | Seiko |
|  | **KebeRSIhan & RumahTangga** |  |  |
| 1 | Bak sampah | 1 buah | Plastik |
| 2 | Dispenser | 1buah | Miyako |
|  | **ATK** |  |  |
| 1 | Stempel | 1buah |  |
| 2 | Penggaris | 1buah |  |

**BAB IV**

**TATA LAKSANA PELAYANAN**

1. **Pencegahandan Pengendalian Infeksi**

Proses terjadinya infeksi bergantung kepada interaksi antara suseptibilitas pejamu, agen infeksi (patogenitas, virulensi dan dosis) serta cara penularan. Identifikasi faktor risiko pada pejamu dan pengendalian terhadap infeksi tertentu dapat mengurangi insiden terjadinya infeksi (*HAIs*), baik pada pasien ataupun pada petugas kesehatan.

1. **Strategi pencegahan dan pengendalian infeksi terdiri dari:**
2. **Peningkatan daya tahan pejamu.** Daya tahan pejamu dapat meningkat dengan pemberian imunisasi aktif (contoh vaksinasi Hepatitis B), atau pemberian imunisasi pasif (imunoglobulin).Promosi kesehatan secara umum termasuk nutrisi yang adekuat akan meningkatkan daya tahan tubuh.
3. **Inaktivasi agen penyebab infeksi.** Inaktivasi agen infeksi dapat dilakukan dengan metode fisik maupun kimiawi. Contoh metodefisik adalah pemanasan (Pasteurisasi atau Sterilisasi) dan memasak makanan seperlunya.Metode kimiawi termasuk klorinasi air,disinfeksi.
4. **Memutus rantai penularan.**Hal ini merupakan cara yang paling mudah untuk mencegah penularan penyakit infeksi,tetapi hasilnya sangat bergantung kepada ketaatan petugas dalam melaksanakan prosedur yang telah ditetapkan.Tindakan pencegahan ini telah disusun dalam suatu“*Isolation Precautions*” (Kewaspadaan Isolasi) yang terdiri dari dua pilar/tingkatan yaitu “*Standard Precautions*” (Kewaspadaanstandar) dan “*Transmissionbased Precautions*” (Kewaspadaan berdasarkan cara penularan). Prinsip dan komponen apa saja dari kewaspadaan standar akan dibahas pada bab berikutnya.
5. **Tindakan pencegahan paska pajanan (*“Post Exposure Prophylaxis”* / PEP) terhadap petugas kesehatan.** Hal ini terutama berkaitan dengan pencegahan agen infeksi yang ditularkan melalui darah dan cairan tubuh lainnya,yang sering terjadi karena luka tusuk jarum bekas pakai atau pajanan lainnya. Penyakit yang perlu mendapat perhatian adalah hepatitis B,Hepatitis C dan HIV.Untuk lebih jelasnya akan dibahas pada bab selanjutnya.
6. **Kewaspadaan Standar untuk pelayanan semua pasien.**
   1. KebeRSIhan tangan/Handhygiene.
7. Hand hygiene 5 moment wajib dilakukan oleh petugas kesehatan.
8. Yang dimaksud dengan 5 moment Hand hygiene adalah:
9. Sebelum kontak dengan pasien.
10. Sebelum melakukan tindakan aseptic.
11. Setelah kontak dengan pasien.
12. Setelah kontak dengan lingkungan pasien.
13. Setelah terkena darah atau cairan tubuh pasien.
14. Hindari menyentuh permukaan disekitar pasien agar tangan terhindar kontaminasi pathogen dari dan ke permukaan.
15. Bila tangan tampak kotor, mengandung bahan berprotein,cairan tubuh,cuci tangan dengan sabun biasa/antimikroba dengan air mengalir.
16. Bila tangan tidak tampak kotor, dekontaminasi dengan alkohol*handrub.*
17. Pasien dan penunggu pasien serta pengunjung rumah sakit juga wajib cuci tangan sesui kebutuhan.
    1. Alat Pelindung Diri (APD):sarung tangan, masker, goggle (kacamata pelindung), faceshield (pelindungwajah), gaun (apron)
       * + 1. Sarung tangan:
18. Sarung tangan bedah (steril), dipakai sewaktu melakukan tindakan invasive atau pembedahan.
19. Sarung tangan pemeriksaan (beRSIh), dipakai untuk melindungi petugas pemberi pelayanan kesehatan sewaktu melakukan pemeriksaan atau pekerjaan rutin.
20. Sarung tangan rumah tangga, dipakai sewaktu memproses peralatan, menangani bahan-bahan terkontaminasi dan sewaktu membeRSIhkan permukaan yang terdekontaminasi.
    * + - 1. Masker:

Masker digunakan untuk menutupi hidung, mulut,bagian bawah dagu, dan rambut pada wajah (jenggot). Masker dipakai untuk menahan cipratan yang keluar sewaktu petugas kesehatan atau petugas bedah berbicara,batuk atau beRSIn serta untuk mencegah percikan darah atau cairan tubuh lainnya memasuki hidung atau mulut petugas kesehatan. Bila masker tidak terbuat dari bahan tahan cairan, maka masker tersebut tidak efektif untuk mencegah kedua hal tersebut.

Masker yang ada, terbuat dari berbagai bahan seperti katun ringan,kain kasa, kertas dan bahan sintetik yang beberapa di antaranya tahan cairan. Masker yang dibuat dari katun atau kertas sangat nyaman tetapi tidak dapat menahan cairan atau efektif sebagai filter.Masker yang dibuat dari bahan sintetik dapat memberikan perlindungan dari tetesan partikel berukuran besar (>5µm) yang tersebar melalui batuk atu beRSIn ke orang yang berada didekat pasien (kurang dari 1 meter). Namun masker bedah terbaik sekalipun tidak dirancang untuk benar-benar menutup pas secara erat (menempel sepenuhnya pada wajah) sehingga mencegah kebocoran udara pada bagian tepinya.Dengan demikian, masker tidak dapat secara efektif menyaring udara yang dihisap.

Pada perawatan pasienyang telah diketahui atau dicurigai menderita penyakit menular melalui udara atau droplet, masker yang digunakan harus dapat mencegah partikel mencapai membrane mukosa daripetugas kesehatan.

* + - * 1. Kaca mata pelindung (*Google*):

Melindungi petugas dari percikan darah atau cairan tubuh lain dengan cara melindungimata. Pelindungmata mencakup kacamata (goggles) plastikbening, kacamata pengaman, pelindung wajah dan visor. Kacamata koreksi atau kacamata dengan lensa polos juga dapat digunakan, tetapi hanya jika ditambahkan pelindung pada bagian sisi mata. Petugas kesehatan harus menggunakan masker dan pelindung mata atau pelindung wajah, jika melakukan tugas yang memungkinkan adanya percikan cairan secara tidak sengaja kearah wajah. Bila tidak tersedia pelindung wajah, petugas kesehatan dapat menggunakan kacamata pelindungatau kacamata biasa serta masker.

* + - * 1. Pelindung wajah (*Face shield*):

Jenisyangseringdigunakan adalah faceshield digunakan untuk melindungi wajah secara menyeluruh

* + - * 1. Topi.

Digunakan untuk menutup rambut dan kulit kepala sehingga serpihan kulit dan rambut tidak masuk ke dalam luka selama pembedahan. Topi harus cukup besar untuk menutup semua rambut. Meskipun topi dapat memberikan sejumlah perlindungan pada pasien, tetapi tujuan utamanya adalah untuk melindungi pemakainya dari darah atau cairan tubuh yang terpercik atau menyemprot

* + - * 1. Gaun:

Digunakan untuk menutupi atau mengganti pakaian biasa atau seragam lain, pada saat merawat pasien yang diketahui atau dicurigai menderita penyakit menular melalui droplet/airborne. Pemakaiangaun pelindung terutama adalah untuk melindungi baju dan kulit petugas kesehatan dari sekresi respirasi. Ketika merawat pasien yang diketahui atau dicurigai menderita penyakit menular tersebut, petugas kesehatan harus mengenakan gaun pelindung setiap memasuki ruangan untuk merawat pasien karena ada kemungkinan terpercik atau tersemprot darah, cairan tubuh, sekresi atau ekskresi. Pangkal sarung tangan harus menutupi ujung lengan gaun sepenuhnya. Lepaskan gaun sebelum meninggalkan area pasien. Setelah gaun dilepas, pastikan bahwa pakaian dan kulit tidak kontak dengan bagian yang potensial tercemar, lalu cuci tangan segera untuk mencegah berpindahnya organisme.

Kontaminasi pada pakaian yang dipakai saat bekerja dapat diturunkan 20-100 x dengan memakai gaun pelindung. Perawat yang memakai apron plastik saat merawat pasien bedah abdomen dapat menurunkan transmisi S.aureus 30 x dibandingkan perawat yang memakai baju seragam dan ganti tiap hari

* + - * 1. Apron

Yang terbuat dari karet atau plastik, merupakan penghalang tahan air untuk sepanjang bagian depan tubuh petugas kesehatan. Petugas kesehatan harus mengenakan apron di bawah gaun penutup ketika melakukan perawatan langsung pada pasien, membeRSIhkan pasien, atau melakukan prosedur dimana ada risiko tumpahan darah, cairan tubuh atau sekresi. Hal ini penting jika gaun pelindung tidak tahan air. Apron akan mencegah cairan tubuh pasien mengenai baju dan kulit petugas kesehatan.

* + - * 1. Pelindung kaki.

Digunakan untuk melindungi kaki daric edera akibat bend atajam atau benda berat yang mungkin jatuh secara tidak sengaja ke atas kaki. Olehkarena itu “sandaljepit” atau sepatu yang terbuat dari bahan lunak (kain) tidak boleh dikenakan. Sepatu boot karet atau sepatu kulit tertutup memberikan lebih banyak perlindungan, tetapi harus dijaga tetap beRSIh dan bebas kontaminasi darah atau tumpahan cairan tubuh lain. Penutup sepatu tidakd iperlukan jika sepatu beRSIh. Sepatu yang tahan terhadap benda tajam atau kedap air harus tersedia dikamar bedah.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PEMILIHAN PEMAKAIAN APD** | | | | | |
| Jenis Tindakan | Sarung Tangan | Masker | Gaun Celemek | Kaca mata / | Topi |
| Penutup wajah |
| Memandikan pasien | Tidak, kecuali kulit tidak utuh | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak |
| Menolong BAB | Ya | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak |
| Menolong BAK | Ya | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak |
| Oral Hygiene | Ya | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak |
| Penghisapan lendir | Ya | Ya | Tidak | Tidak | Tidak |
| Mengambil darah vena | Ya | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak |
| Perawatan luka mayor | Ya | Ya | Ya | Tidak | Tidak |
| Perawatan luka minor | Ya | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak |
| Perawatan luka infeksius | Ya | Ya | Tidak | Tidak | Tidak |
| Mengukur TTV | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak |
| Penanganan dan pembeRSIhan alat-alat | Ya, sarung tangan rumah tangga | Ya | Ya | Tidak | Tidak |
| Melakukan penyuntikan | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak |
| Pemasangan CVC line | Ya | Ya | Ya | Ya | Ya |
| Intubasi | Ya | Ya | Tidak | Tidak | Tidak |
| Memasang infuse | Ya | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak |
| Pemasangan dan pencabutan Implan, |  |  |  |  |  |
| kateter urin, AKDR dan lainnya (terbubgkus dalam | Ya | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak |
| paket steril dan dipasang dengan teknik tanpa sentuh |  |  |  |  |  |
| Melap meja, monitor, syringe pump di pasien | Ya, sarung tangan rumah tangga | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak |
| MembeRSIhan peralatan habis pakai | Ya, sarung tangan rumah tangga | Ya | Ya | Tidak | Tidak |
| Transportasi pasien | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak |
| Vulva Hygiene | Ya | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak |
| Laparoskopi, persalinan pervaginam | Ya, Sarung tangan bedah | Ya | Ya | Tidak | Ya |
| Pembedahan laparatomi, SC atau tulang | Ya, Sarung tangan bedah | Ya | Ya | Ya | Ya |
| Penanganan limbah terkontaminasi | Ya, sarung tangan rumah tangga | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak |
| MembeRSIhkan darah / cairan tubuh | Ya, sarung tangan rumah tangga | Tidak | Ya | Tidak | Tidak |
| Pengambilan darah | Ya | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak |
| Pemasangan dan pencabutan infus | Ya | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak |
| Pemeriksaan dalam - mucosa (vagina, rectum, mulut) | Ya, Sarung tangan bedah | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak |
| Tindakan drainase | Ya | Tidak | Ya | Tidak | Tidak |
| Menuang cairan terkontaminasi ke pembuangan | Ya, sarung tangan rumah tangga | Tidak | Ya | Tidak | Tidak |
| Menangani pasien perdarahan masif | Ya, Sarung tangan bedah | Ya | Ya | Tidak | Tidak |
| Tindakan bedah | Ya, Sarung tangan bedah | Ya | Ya | Ya | Ya |
| Perawatan gigi | Ya, Sarung tangan bedah | Ya | Ya | Tidak | Ya |

* 1. Peralatan perawatan pasien.

1. Buat aturan dan prosedur untuk menampung, transportasi, peralatan yang mungkin terkontaminasi darah atau cairan tubuh
2. Lepaskan bahan organik dari peralatan kritikal, semi kritikal dengan bahan pembeRSIh sesuai dengan sebelum di DTT atau sterilisasi.
3. Tangani peralatan pasien yang terkena darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi dengan benar sehingga kulit dan mucus membrane terlindungi, cegah baju terkontaminasi, cegah transfer mikroba ke pasien lain dan lingkungan. Pastikan peralatan yang telah dipakai untuk pasien infeksius telah dibeRSIhkan dan tidak dipakai untuk pasien lain. Pastikan peralatan sekali pakaidi buang dan dihancurkan melalui cara yang benar dan peralatan pakai ulang di proses dengan benar.
4. Peralatan nonkritikal terkontaminasi didisinfeksi setelah dipakai. Peralatan semikritikal didisinfeksi atau disterilisasi. Peralatan kritikal harus didisinfeksi kemudian disterilkan
5. Peralatan makan pasien dibeRSIhkan dengan air panas dan detergen.
6. Bila tidak tampak kotor, lap permukaan peralatan yang besar (USG, X ray) setiap hari.
7. BeRSIhkan dan disinfeksi yang benar peralatan terapi pernapasan terutama setelah dipakai pasien infeksi saluran napas, dapat dipakai Na hipoklorit 0,05%. Alat makan dicuci dalam alat pencuci otomatik atau manual dengan detergen tiap setelah makan. Benda disposable dibuang ketempat sampah
   1. Pengendalian lingkungan
8. Pastikan bahwa ruma hsakit membuat dan melaksanakan prosedur rutin untuk pembeRSIhan, disinfeksi permukaan lingkungan, tempat tidur, peralatan disamping tempat tidur dan pinggirannya, permukaan yang sering tersentuh dan pastikan kegiatan ini dimonitor.
9. RS harus mempunyai disinfektan standar untuk menghalau patogen dan menurunkannya secara signifikan di permukaan terkontaminasi sehingga memutuskan rantai penularan penyakit. Disinfeksi adalah membunuh secara fisikal dan kimiawi mikroorganisme tidak termasuk spora.
10. PembeRSIhan harus mengawali disinfeksi. Benda dan permukaan tidak dapat didisinfeksi sebelum dibeRSIhkan dari bahan organic (ekskresi, sekresipasien, kotoran).
11. PembeRSIhan ditujukan untuk mencegah aerosolisasi, menurunkan pencemaran lingkungan. Ikuti aturan pakai pabrik cairan disinfektan, waktu kontak, dan cara pengencerannya.
12. Disinfektan yang biasa dipakai RS adalah Na hipoklorit (pemutih), alkohol, komponen fenol, komponen ammonium quarternary, komponen peroksigen.
13. PembeRSIhan area sekitar pasien:
14. PembeRSIhan permukaan horisontal sekitar pasien harus dilakukan secara rutin dan tiap pasien pulang.
15. Untuk mencegah aerosolisasi patogen infeksi saluran napas, hindari sapu, dengan cara basah (kain basah)
16. Ganti cairan pembeRSIh, lap kain, kepala mop setelah dipakai (terkontaminasi)
17. Peralatan pembeRSIhan harus dibersihkan, dikeringkan tiap kali setelah pakai
18. Mop dilaundry, dikeringkan tiap hari sebelum disimpan dan dipakai kembali.
19. Untuk mempermudah pembersihan bebaskan area pasien dari benda-benda/ peralatan yang tidak perlu.
20. Jangan fogging dengan disinfektan, tidak terbukti mengendalikan infeksi, berbahaya.
21. PembeRSIhan dapat dibantu dengan vacum cleaner (pakai filter, HEPA). Janganmemakaikarpet.
    1. Penatalaksanaan limbah.
22. Pemilahan sampah sejak dari penghasil sampah sampai dengan ke tempat pembuangan sampah sampah.
23. Alur proses penaganan sampah.
24. Tempat sampah mudah didapatkan.
25. Perawatan tempat sampah.
26. Operasional dan ijin operasional incenerator.
    1. Pemrosesan peralatan pasien dan penatalaksanaan linen
27. Penanganan, transport dan proses linen yang terkena darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi dengan prosedur yang benar untuk mencegah kulit, mucus membrane terekspos dan terkontaminasi linen, sehingga mencegah transfer mikroba ke pasien lain, petugas dan lingkungan
28. Buang terlebih dahulu kotoran (missal:feses), ke toilet dan letakkan linen dalam kantong linen.
29. Hindari menyortir linen di ruang rawat pasien. Jangan memanipulasi linen terkontaminasi untuk hindari kontaminasi terhadap udara, permukaan dan orang.
30. Cuci dan keringkan linen sesuai SPO. Dengan air panas 70oC, minimal 25menit. Bila dipakai suhu < 70oC pilih zat kimia yang sesuai.
31. Pastikan kantong tidak bocor dan lepas ikatan selama transportasi. Kantong tidak perlu double.
32. Petugas yang menangani linen harus mengenakan APD
    1. Kesehatan karyawan / Perlindungan petugas kesehatan
33. Berhati-hati dalam bekerja untuk mencegah trauma saat menangani jarum, scalpel dan alat tajam lain yang dipakai setelah prosedur, saat membeRSIhkan instrument dan saat membuang jarum
34. Jangan recap jarum yang telah dipakai, memanipulasi jarum dengan tangan, menekuk jarum, mematahkan, melepas jarum dari spuit. Buang jarum, spuit, pisau scalpel,dan peralatan tajam habis pakai kedalam wadah tahan tusukan sebelum dibuang ke insenerator
35. Pakai mouthpiece, resusitasi bag atau peralatan ventilasi lain pengganti metoda resusitasi mulut ke mulut
36. Jangan mengarahkan bagian tajam jarum kebagian tubuh selainakan menyuntik.
37. Imunisasi karyawan secara berkala terutama Hepatitis B pada tempat yang beresiko.
38. Pemeriksaan kesehatan karyawan secara regular pada tempat yang beresiko.
39. Ada alur pada petugas kesehatan jika terjadi luka tertusuk jarum atau benda tajam lainnya.
    1. Penempatan pasien
40. Tempatkan pasien yang potensial mengkontaminasi lingkungan atau yang tidak dapat diharapkan menjaga kebeRSIhan atau control lingkungan ke dalam ruang rawat yang terpisah.
41. Bila ruang isolasi tidak memungkinkan, konsultasikan dengan petugas PPI.
    1. Hygiene respirasi / Etikabatuk
42. Edukasi petugas akan pentingnya pengendalian sekresi respirasi untuk mencegah transmisi pathogen dalam droplet dan fomite terutama selama musim / KLB virus respiratorik di masyarakat
43. Terapkan pengukuran kandungan sekresi respirasi pasien dengan individu dengan gejala klinik infeksi respiratorik, dimulai dari unit emergensi
44. Beri poster pada pintu masuk dan tempat strategis bahwa pasien rajal atau pengunjung dengan gejala klinis infeksi saluran napas harus menutup mulut dan hidung dengan tisu kemudian membuangnya kedalam tempat sampah infeksius dan mencuci tangan. Sediakan tisu dan wadah untuk limbahnya
45. Sediakan sabun, wastafel dan cara mencuci tangan pada ruang tunggu pasien rajal, atau alcohol handrub
46. Pada musim infeksi saluran napas, tawarkan masker pada pasien dengan gejala infeksi saluran napas, juga pendampingnya. Anjurkan untuk duduk berjarak >1,8 m dari yang lain
47. Lakukan sebagai standar praktek
48. Kunci PPI adalah mengendalikan penyebaran pathogen dari pasien yang terinfeksi untuk transmisi kepada kontak yang tidak terlindungi. Untuk penyakit yang ditransmisikan melalui droplet besar dan atau droplet nuclei maka etika batuk harus diterapkan kepada semua individu dengan gejala gangguan pada saluran napas. Pasien, petugas,p engunjung dengan gejala infeksi saluran napas harus:
    * + - 1. Menutup mulut dan hidung saa tbatuk atau beRSIn
          2. Pakai tisu, masker kain/medis bila tersedia, buang ketempat sampah
          3. Lakukan cuci tangan
49. Manajemen fasilitas kesehatan/RS harus promosi hyangiene respirasi/etikabatuk:
50. Promosi kepada semua petugas, pasien, keluarga dengan infeksi saluran napas dengan demam
51. Edukasi petugas, pasien, keluarga, pengunjung akan pentingnya kandungana erosol dan sekresi dari saluran napas dalam mencegah transmisi penyakit saluran napas
52. Menyediakan sarana untuk kebeRSIhan tangan (alcohol handrub,wastafel antiseptik, tisu towel,terutama area tunggu harus diprioritaskan
    1. Praktek menyuntik yang aman
53. Pakai jarum yang steril, sekali pakai,pada tiap suntikan untuk mencegah kontaminasi pada peralatan injeksi dan terapi.
54. Jarum atau spuit yang dipakai ulang untuk mengambil obat dalam vial multidose dapat menimbulkan kontaminasi mikroba yang dapat menyebar saat obat dipakai untuk pasien lain.
    1. Praktek untuk lumbal punksi
55. Pemakaian masker pada inseRSI cateter atau injeksisuatu obat kedalam area spinal/epidural melalui prosedur lumbal punksi missal saat melakukan anastesi spinal dan epidural, myelogram, untuk mencegah transmisi droplet flora orofaring.
56. **Penerapan Bundles HAIs**

Bundles HAIs terdiri dari:

1. Bundles IAD
2. Hand Hygiene
3. Alat Pelindung Diri
4. Aseptik
5. Pemeliharaan tempat inseRSI
6. Perawatan setiap hari.
7. Bundles IDO
8. Pre operasi
9. Clipper: pencukuran menggunakan clipper.
10. Antibiotic: profilaksis diberikan kurang dari 60 menit sebelum tindakan.
11. Term: Suhu badan pasien dalam batas normal.
12. Sugar: gula darah pasien dalam batas normal.
13. Intra operasi
14. Suhu kamar operasi 19 – 240
15. Tekanan udara positif.
16. Pembatasan petugas: 1 operator, 1 assistant, 1 anastesi, 1 perawat.
17. KebeRSIhan kamar.
18. Post operasi
19. Perawatan luka post op.
20. Luka tertutup 2 hari.
21. Bundles ISK
22. Hand hygiene.
23. Kaji semua kebutuhan.
24. Teknik dan peralatan steril.
25. Pemeliharaan kateter.
26. Perawatan kateter.
27. Removal as soon as possible.
28. Bundles VAP
29. Hand hygiene.
30. Posisi kepala 30 – 450.
31. KebeRSIhan mulut.
32. Pengkajian tiap hari.
33. Penghisapan lendir.
34. Peptic ulcer profilaksis.
35. DVT profilaksis.
36. **Penggunaan Antibiotik yang bijak.**
37. Berdasarkan indikasi.
38. Profilaksis teurapetik.
39. Empiric definitive.
40. **Pendidikan dan Pelatihan**
41. Pendidikan dan Pelatihan Dasar PPI untuk semua staff perawat dan dokter.
42. Pendidikan dan Pelatihan Umum PPI untuk semua staff non medic / paramedic (analis, farmasi, penata rongent, fisioterapi, gizi).
43. Sosialisasi umum PPI untuk petugas kebeRSIhan, petugas keamanan, petugas parkir, pedagang sekitar rumah sakit.
44. Sosialisasi umum PPI kepada pasien, keluarga dan masyarakat sekitar rumah sakit.
45. Pendidikan dan pelatihan bagi anggota Komite PPI: IPCO dasar dan IPCO lanjutan, IPCN lanjutan, TOT dasar dan TOT lanjutan, pelatihan CSSD, pelatihan manajemen laundry, pelatihan ICRA, pelatihan surveilans, pelatihan PPI dalam akreditasi, worksop tentang PPI, pelatihan dan pendidikan lainnya terkait PPI, PIT PPI.
46. **Surveilans**.

Surveilans proses dalam PPI

1. Aspek manajerial: Kebijakan, Pedoman, Program PPI.
2. Aspek klinis: SPO, kebeRSIhan tangan, APD, APD, penerapan bundles HAIs.
3. Sarana dan prasarana: ke;engkapan fasilitas kebeRSIhan tangan, APD dan lingkungan, tempat sampah, air beRSIh dan IPAL.
4. Alur secara fisik dan system: CSSD, laundy, gizi.
5. **Infection Control Risk Assassment (ICRA)**
6. Pedoman dan Kebijakan ICRA.
7. ICRA HAIs dan ICRA bangunan.
8. Alur ICRA
9. Matrix ICRA
10. Analisa dan solusi ICRA.
11. Alur pembangunan di rumah sakit baik bangunan baru ataupun bangunan perbaikan.
12. Alur cairan desinfeksi sesuai dengan ICRA HAIs.

**BAB V LOGISTIK**

1. **Permintaan Barang (Stock) ke Logistik**

Logistik merupakan segala sesuatu baik sarana, prasarana dan semua barang yang diperlukan untuk Komite PPI dalam rangka pelaksanaan PPI di rumah sakit.

Adapun prosedur yang perlu diperhatikan dalam proses permintaan barang(stock)ke logistic yaitu:

1. Petugas Administrasi / staff PPI / anggota komite PPI menulis bon permintaan barang (stock) secara tertulis di form permintaan barang.
2. Bon permintaan dicek dan ditanda tangani oleh IPCN Senior
3. Petugas Administrasi / staff PPI / anggota komite PPI menyerahkan bon permintaan kepada Petugas Logistik.
4. Petugas Logistik menerima bon permintaan barang.
5. Pada hari berikutnya Petugas Administrasi / staff PPI / anggota komite PPI mengambil barang yang telah diminta ke Gudanglogistik.
6. Petugas Administrasi / staff PPI / anggota komite PPI melakukan pengecekan antara Bon permintaan dengan barang yang diserahkan
7. Apabila barang yang diserahkan sesuai dengan permintaan, Petugas Administrasi / staff PPI / anggota komite PPI menandatangani peneriman pada Bon permintaan.
8. Barang yang telah diterimadicatat oleh Petugas Administrasi / staff PPI / anggota komite PPI ke dalam kartu inventaris barang logistik.
9. Petugas Administrasi / staff PPI / anggota komite PPI menempatkan Barang ke dalam lemari stok barang.

**BAB VI**

**KESELAMATAN PASIEN**

1. **Pengertian**

Merupakan suatu system yang membuat asuhan pasien di Rumah Sakit menjadi lebih aman.Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnyadiambil.

1. **Tujuan**

Adapun yang menjadi tujuan pelaksanaan keselamatan pasien (PatientSafety):

* 1. TerciptanyabudayakeselamatanpasiendiRumahSakit.
  2. MeningkatnyaakuntabilitasRumahSakitterhadappasiendanmasyarakat.
  3. MenurunnyaangkaKejadianTidakDiharapkan(KTD)diRumahSakit.
  4. Terlaksananya program – program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulanganKejadianTidakDiharapkan(KTD).

1. **KeselamatanUmum**

**Aturan Umum Mencuci Tangan**

Mencuci tangan merupakan aturan yang penting untuk mencegah penyebaran infeksi,langkah– langkahnya sebagai berikut:

* 1. Tuangkan Cairan antiseptik/sabun ketelapak tangan secukupnya.
  2. Gosokkan kedua telapak tangan.
  3. Gosok punggungt angan dan sela–sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya.
  4. Gosok kedua telapak tangan dansela–sela jari.
  5. Jari–jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci.
  6. Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya.
  7. Gosokkan dengan memutar ujung jari–jari tanagn kanan ditelapak tangan kiri dan sebaliknya.
  8. Bilas kedua tangan dengan air mengalir.
  9. Keringkan kedua tangan dengantissue.

**Dengan memperhatikan *5 moment* mencuci tangan sebagai berikut**:

* + - 1. Sebelum Menyentuh Pasien.
      2. Setelah Menyentuh Pasien.
      3. Sebelum Melakukan Tindakan AntiSeptik.
      4. Setelah Terkontaminasi (Cairan, darah, Tertusuk Jarum, ddl).
      5. Setelah dari Lingkungan Pasien.

1. **AlatPelindungDiri**

***Jenis-jenisAlatPelindungDiri:***

1. **SARUNG TANGAN** melindungi tangan dari bahan yang dapat menularkan penyakit danmelindungi pasieendarimikroorganisme yangberada ditangan petugas kesehatan.Sebelum memakai sarung tangan dan setelah melepas sarung tangan lakukan kebersihan tangan menggunakan antiseptic cair atau handrub berbahan dasar alkohol. Satu pasang sarung tangan harus digunakan untuk setiap pasien, sebagai upaya untuk menghindari kontaminasi silang. Pemakaian sepasang sarung tangan yang sama atau mencuci tangan yang masih bersarung tangan, ketika melakukan perawatan di bagian tubuh yang kotor kemudian berpindah kebagian tubuh yang beRSIh, bukan merupakan praktek yang aman.
2. **MASKER** harus cukup besar untuk melindungi hidung, mulut, bagian bawah dagu, dan rambut pada wajah jenggot). Masker dipakai untuk menahan cipratan yang keluar sewaktu petugas kesehatan atau petugas bedah berbicara, batuk atau beRSIn serta untuk mencegah percikan darah atau cairan tubuh lainnya memasuki hidung atau mulut petugas kesehatan. Bila masker tidak terbuat dari bahan tahan cairan, maka masker tersebut tidak efektif untuk mencegah kedua hal tersebut.
3. **ALAT PELINDUNG MATA** melindungi petugas daripercikan darah ataucairan tubuh lain dengan cara melindungi mata. Pelindung mata mencakup kacamata (goggles) plastik bening, kacamata pengaman, pelindung wajah dan visor. Petugas kesehatan harus menggunakan masker dan pelindung mata atau pelindung wajah, jika melakukan tugas yang memungkinkan adanya percikan cairan secara tidak sengaja ke arah wajah. Bila tidak tersedia pelindung wajah, petugas kesehatan dapat menggunakan kacamata pelindung atau kacamata biasa serta masker.
4. **TOPI** digunakan untuk menutup rambut dan kulit kepala sehingga serpihan kulit dan rambut tidak masuk dalam luka selama pembedahan.Topi harus cukup besar untuk menutup semua rambut. Meskipun topi dapat memberikan sejumlah perlindungan pada pasien, tetapi tujuan utamanya adalah untuk melindungi pemakainya dari darah atau cairan tubuh yang terpercik atau menyemprot.
5. **GAUN PELINDUNG** digunakan untuk menutupi atau mengganti pakaian biasa atau seragam lain, pada saat merawat pasien yang diketahui atau dicurigai menderita penyakit menular melalui droplet/airbone. Pemakaian gaun pelindung terutama adalah untuk melindungi baju dan kulit petugas kesehatan dari sekresi respirasi. Kontaminasi pada pakaian yang dipakai saat bekerja dapat diturunkan dengan memakai gaun pelindung.
6. **APRON** yang terbuat dari karet atau plastik, merupakan penghalang tahan air untuk sepanjang bagian depan tubuh petugas kesehatan. Petugas kesehatan harus mengenakan apron di bawah gaun penutup ketika melakukan perawatan langsung pada pasien, membersihkan pasien atau melakukan prosedur di mana ada resiko tumpahan darah, cairantubuh atau sekresi. Apron akan mencegah cairan tubuh pasien mengenai baju dan kulit petugas kesehatan.
7. **PELINDUNG KAKI** digunakan untuk melindungi kaki dari cedera akibat benda tajam atau benda berat yang mungkin jatuh secara tidak sengaja ke atas kaki. Sepatu yang tahan terhadap benda tajam atau kedap air harus tersedia di kamar bedah.

**Pemakaian APD di Fasilitas Pelayanan Kesehatan**

**Cara Mengenakan APD di Ruang Kohort:**

1. Kenakan baju kerja sebagai lapisan pertama pakaian pelindung.
2. Kenakan pelindung kaki.
3. Kenakan sepasang sarung tangan pertama.
4. Kenakan gaun luar.
5. Kenakan celemek plastik.
6. Kenakan sepasang sarung tangan kedua.
7. Kenakan masker.
8. Kenakan penutup kepala.
9. Kenakan pelindung mata.

**Cara Melepas APD:**

* 1. Disinfeksi sepasang sarung tangan bagian luar.
  2. Disinfeksi celemek dan pelindung kaki.
  3. Lepaskan sepasang sarung tangan bagian luar.
  4. Lepaskan celemek.
  5. Lepaskan gaun bagian luar.
  6. Disinfeksi tangan yang mengenakan sarung tangan.
  7. Lepaskan pelindung mata.
  8. Lepaskan penutup kepala.
  9. Lepaskan masker.
  10. Lepaskan pelindung kaki.
  11. Lepaskan sepasang sarung tangan bagian dalam.
  12. Cuci tangan dengan sabun dan air beRSIh.

1. **Prosedur Penanganan Kecelakaan Laboratorium Patologi Anatomi**
2. **Tertusuk Jarum**
3. Segera keluarkan darah.
4. Siram dengan air mengalir selama10–15 menit.
5. Cuci dengan air sabun/desinfektan. (Jikaperlubilasdenganalkohol70%)
6. Tutup dengan menggunakan sedotan.
7. Penanganan selanjutnya sesuai alur prosedur dibawah ini.
8. **Terpajan Cairan Tubuh (Kulit,Mata,HidungdanMulut)**
   * + - 1. Cuci dengan air mengalir selama 10– 15menit.
         2. Untuk mata cuci dengan air mengalir dari pangkal ujung mata dekat hidung dengan memiringkan kepala.
         3. Untuk kulit cuci dengan air mengalir dan airsabun/desinfektan (Jikaperlu, bilas menggunakana lkohol 70%) dan keringkan dengan handuk bersih.
         4. Penanganan selanjutnya sesuai alur prosedur.

**BAB VII**

**KESELAMATAN KERJA**

* 1. **FASILITAS PEMELIHARAAN KESEHATAN**

Rumah sakit memberikan fasilitas pemeliharaan kesehatan meliputi:

* + - 1. Pemeliharaan kesehatan
      2. Pemberian medical chek-up berkala
      3. Pemberian medical chekc-up untuk yang memasuki purna tugas
      4. Pemberian vaksinasi dan imunisasi
      5. Penanganan penyakit akibat kecelakaan kerja
      6. Penanganan penyakit akibat hubungan kerja
  1. **PEMELIHARAAN KESEHATAN**

Ketentuan pemeliharaan kesehatan bagi meliputi:

1. Peraturan RSI dr.Murjani Sampit tentang Jenis-Jenis Kesejahteraan, Cuti Dan Fasilitas Lain yang menyebutkan bahwa rumah sakit memberikan jaminan Jaminan Sosial Ketenagakerjaan dan Jaminan Sosial Kesehatan
2. Peraturan RSI dr.Murjani Sampit tentang Jaminan Sosial Kesehatan ayat (1) “ Rumah Sakit memberikan jaminan social kesehatan bagi pegawai dan keluarga pegawai meliputi upaya pencegahan, pengobatan, pemulihan dan peningkatan kesehatan “
3. Jaminan Sosial Kesehatan sebagaimana pasal 25 adalah mengikutsertakan pegawai dan keluarga pegawai dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan.
4. Orang yang berhak mendapatkan jaminan sosial kesehatan yaitu, Direksi, keluarga inti direksi, tetap dan keluarga inti tetap.
5. Bila /keluarga membutuhkan fasilitas spesialis, hal itu dapat diberikan berdasarkan rujukan dari PPK 1 BPJS Kesehatan, kemudian yang bersangkutan bisa mendapatkan fasilitas spesialis di poliklinik umum.
6. Bila menghendaki kelas perawatan di atas ketentuan, akan dikenakan tarif selisih dari tarif INA-CBs
7. Yang akan memasuki purna tugas, akan dilakukan pemeriksaan kesehatan selambat-lambatnya 6 (enam)bulan sebelum memasuki masa purna tugas.
8. Fasilitas pemeriksaan rawat jalan dan kelas perawatan bagi karyawan RSI dr.Murjani Sampit adalah sebagai berikut :
   1. Pelayanan tidak menggunakan BPJS
   2. Pelayanan menggunakan BPJS
9. Jenis- Jenis Pemeriksaan Kesehatan
   * + 1. Jenis pemeriksaan kesehatan sebelum kerja meliputi:
       2. Pemeriksaan fisik lengkap : tensi, nadi, telinga, buta warna
       3. Pemeriksaan Laboratorium : Urin Rutin ,Darah Rutin , HbsAg , Salmonela
       4. Pemeriksaan Rongent : Thorax
       5. Jenis pemeriksaan kesehatan berkala meliputi
10. Pemerikaan fisik lengkap : tensi, nadi, telinga, buta warna
11. Pemeriksaan Laboratorium : Urin Rutin ,Darah Rutin , HbsAg
12. Pemeriksaan Rongent : Thorax
13. Pemeriksaan lain yang direkomendasikan oleh dokter yang ditunjuk
    * + 1. Jenis pemeriksaan kesehatan khusus menyesuaikan dengan tempat dan resiko dimana tersebut bekerja seperti
14. Instalasi Gizi
15. Instalasi Farmasi untuk petugas chitostastika
16. Instalasi Radiologi
17. Instalasi Laboratorium
18. Unit CSSD
19. Pemberian imunisasi kepada yang bekerja di RSI dr.Murjani Sampit akan diberikan imunisasi meliputi:
    * + 1. Imunisasi Hepatitis B untuk semua di ruang keperawatan dan penunjang medis bagian laboratorium, instalasi gizi, CSSD, *loundry,* radiologi, sanitasi, petugas *cleaning service* di ruang perawatan, serta di bagian pemulasaraan jenasah, diberikan 2 kali dalam setahun.
        2. Imunisasi Hepatitis B, Influenza, MMR (*Mumps, measles, rubella*), dan DPT, diberikan kepada seluruh staf medis dan keperawatan.
        3. Imunisasi DPT diberikan kepada staf medis dan keperawatan setiap 1 (satu) kali dalam 10 tahun di ruang keperawatan anak.
        4. Immunisasi MMVR (*mumps, measles, varicella, rubella*), diberikan kepada staf medis dan keperawatan di ruang.

Kebijakan pemberian imunisasi dilakukan sesuai dengan program kerja dan kemampuan rumah sakit.

Prosedur Pemberian imunisasi

1. Dilakukan pemeriksaan oleh dokter.
2. Dilakukan *screening* di bagian laboratorium
3. Bila hasil laboratorium menunjukkan negatif, tersebut akan diberikan imunisasi.
4. Bila hasil laboratorium menunjukkan positif, tersebut akan diberikan pengobatan.
   1. **PENANGANAN KECELAKAAN KERJA**

Memberikan fasilitas penanganan kecelakaan kerja bagi setiap yang mengalami kecelakaan kerja dapat langsung ditangani di RSI dr.Murjani Sampit .

1. **Ketentuan penanganan kecelakaan kerja di RSUD dr. Murjani Sampit meliputi:**
2. Bila kecelakaan kerja terjadi di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit, unit kerja tempat yang mengalami kecelakaan kerja wajib melapor kepada bagian K3RS (Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit), dan bagian SDM (RSI dr. Murjani Sampit).
3. K3RS melakukan tindak lanjut sesuai kebutuhan penanganan kecelakaan kerja.
4. Seluruh pembiayaan akibat kecelakaan kerja , ditanggung oleh BPJS Ketenagakerjaanyang pemberkasannya diurus oleh RSUD dr. Murjani Sampit.
5. Unit kerja yang merupakan tempat terjadinya kecelakaan kerja, wajib melapor ke bagian SDM (dalam hal ini bagian Personalia), dan K3RS maksimal 2 x 24 jam.

**Prosedur Penanganan Kecelakaan Kerja**

1. yang mengalami kecelakaan kerja dibawa ke bagian IGD RSUD dr. Murjani Sampit.
2. Unit kerja melapor ke bagian K3RS dan SDM.
3. SDM bekerja sama dengan K3RS mengurus dokumen pelaporan ke BPJS Ketenagakerjaan untuk pengisian hal-hal yang terkait resiko medik.
4. SDM mengirim dokumen ke bagian Mobilisasi Dana
5. Mobilisasi Dana melakukan penagiah ke BPJS Ketenagakerjaan

**PENANGANAN PENYAKIT AKIBAT HUBUNGAN KERJA**

Penyakit akibat hubungan kerja adalah penyakit yang dialami akibat hubungan pekerjaan di RSUD dr. Murjani Sampit. Pembiayaan akibat PAK (Penyakit Akibat Hubungan Kerja) akan ditanggung oleh K3RS.

Prosedur penanganan penyakit akibat kerja:

1. yang mengalami penyakit akibat kerja (PAK) melapor ke kepala unit kerja, SDM, dan kepala unit kerja yang bersangkutan.
2. Bagian SDM akan melengkapi catatan awal *medical check up*
3. Bagian SDM menerbitkan surat keterangan bahwa yang bersangkutan mengalami penyakit akibat hubungan kerja.

**BAB VIII**

**PENGENDALIAN MUTU**

Prinsip dasar upaya peningkatan mutu pelayanan adalah pemilihan aspek yang akan ditingkatkan dengan menetapkan indikator, kriteria serta standar yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan Rumah Sakit yaitu:

**Defenisi Indikator**

Adalah ukuran atau cara mengukur sehingga menunjukkan suatu indikasi. Indikator merupakan suatu variable yangd igunakan untuk bisa melihat perubahan. Indikatoryang baik adalah yang sensitive tapi juga spesifik.

**Kriteria:**

Adalah spesifikasi dari indikator.

**Standar:**

1. Tingkat performance atau keadaan yang dapat diterima oleh seseorang yang berwenang dalam situasi tersebut, atau oleh mereka yang bertanggung jawab untuk mempertahankan tingkat performance atau kondisi tersebut.
2. Suatu norma atau persetujuan mengenai keadaan atau prestasi yang sangat baik.
3. Sesuatu ukuranatau patokan untuk mengukur kuantitas, berat, nilai atau mutu.

Dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan maka harus memperhatikan prinsip dasar sebagai berikut:

* 1. Aspek yang dipilih untuk ditingkatkan
     + - 1. Keprofesian
         2. Efisiensi
         3. Keamananpasien
         4. Kepuasanpasien
         5. Sarana dan lingkungan fisik
  2. Indikator yang dipilih
     + - 1. Indikator lebih diutamakan untuk menilai output dari pada input dan proses
         2. BeRSIfat umum, yaitu lebih baik indikator untuk situasi dan kelompok dari pada untuk perorangan.
         3. Dapat digunakan untuk membandingkan antar daerah dan antar Rumah Sakit
         4. Dapat mendorong intervensi sejak tahap awal pada aspek yang dipilih untuk dimonitor
         5. Didasarkan pada data yang ada.
  3. Kriteria yang digunakan

Kriteria yang digunakan harus dapat diukur dan dihitung untuk dapat menilai indikator, sehingga dapat sebagai batas yang memisahkan antara mutu baik dan mutu tidak baik.

4. Standar yang digunakan

Standar yang digunakan ditetapkan berdasarkan:

* + - * 1. Acuan dari berbagai sumber

1. Benchmarking dengan RumahSakit yang setara.
2. Berdasarkan trend yang menuju kebaikan

**BAB IX PENUTUP**

Pedoman pelayanan yang dicantumkan merupakan prosedur baku maksimal yang harus diupayakan untuk dilaksanakan seluruhnya oleh setiap personil Rumah Sakit yang terlibat dan berlaku setiap ruang terkait. Disadari bahwa keterbatasan sarana dan prasarana serta sumber daya dan dana masih merupakan kendaladi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit.

Namun keterbiasan ini tidak dapat dipergunakan sebagai alasan untuk menurunkan baku prosedur pelayanan kesehatan yang harus diberikan kepada pasien. Dengan memiliki pengetahuan dan sikap yang memadai, diharapkan semua personil Rumah Sakit akan memiliki perilaku dan kemampuan yang memadai pula dalam memanfaatkan sarana dan prasarana yang tersedia secara bertepat guna dan berhasil guna dalam pengendalian HAIs secara berencana dan terorganisir dengan baik merupakan suatu keharusan bagi setiap rumah sakit.