



PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

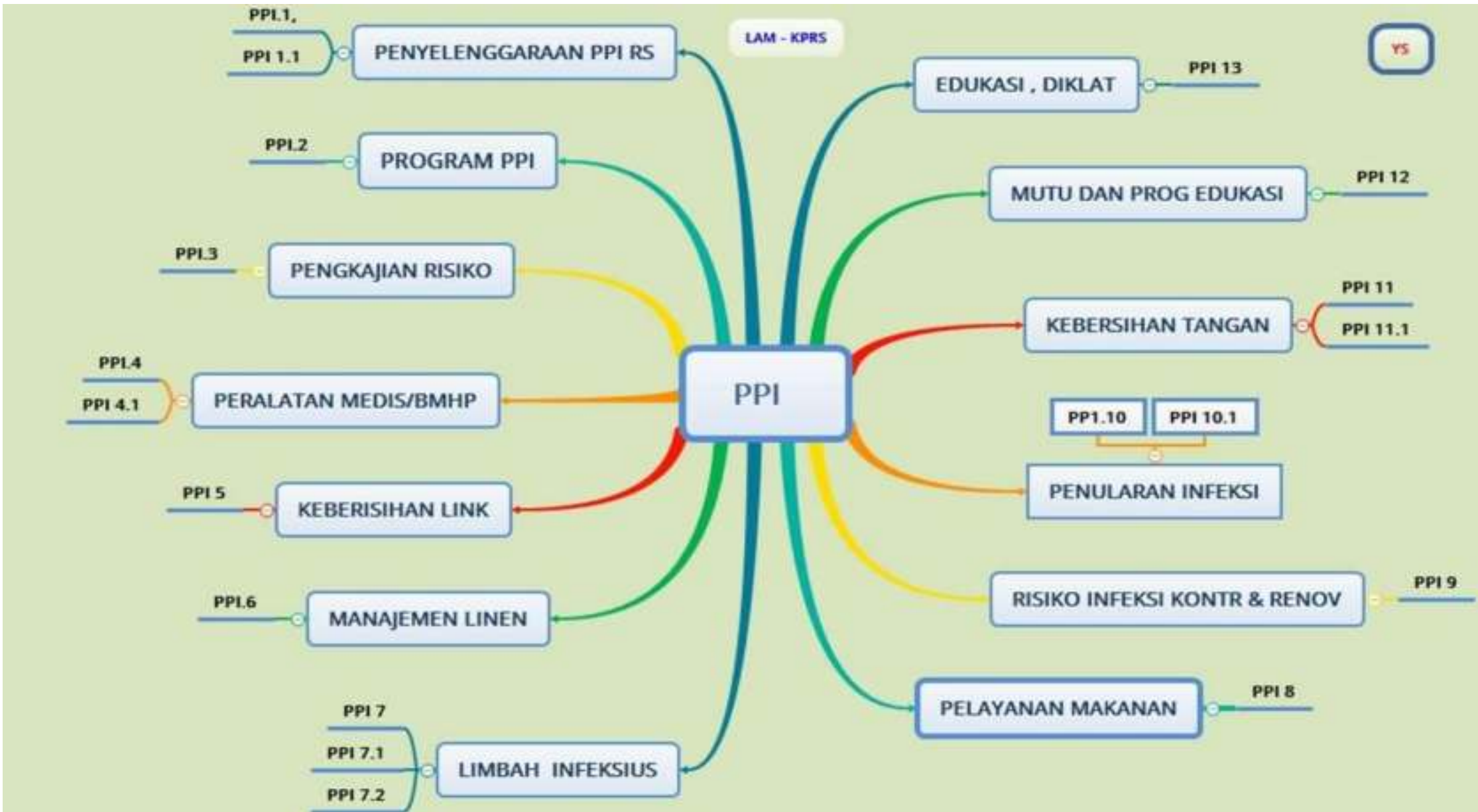
Tujuan Pembelajaran

Peserta mampu memahami dan menjelaskan struktur bab, standar dan elemen penilaian Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Gambaran umum

- ❑ Terdiri dari **19 standar** dengan total **62 elemen penilaian (EP)**
- ❑ Tujuan program pencegahan dan pengendalian infeksi adalah untuk **mengidentifikasi dan menurunkan risiko infeksi yang didapat dan ditularkan di antara pasien, staf, tenaga kesehatan, tenaga kontrak, sukarelawan, mahasiswa dan pengunjung.**
- ❑ Program PPI dapat berbeda dari satu rumah sakit ke rumah sakit yang lain, tergantung pada **kompleksitas, pelayanan klinis rumah sakit, populasi pasien yang dilayani, lokasi geografis, jumlah pasien, jumlah staf dan sumber daya lainnya.**

Materi & Sub Materi Pokok

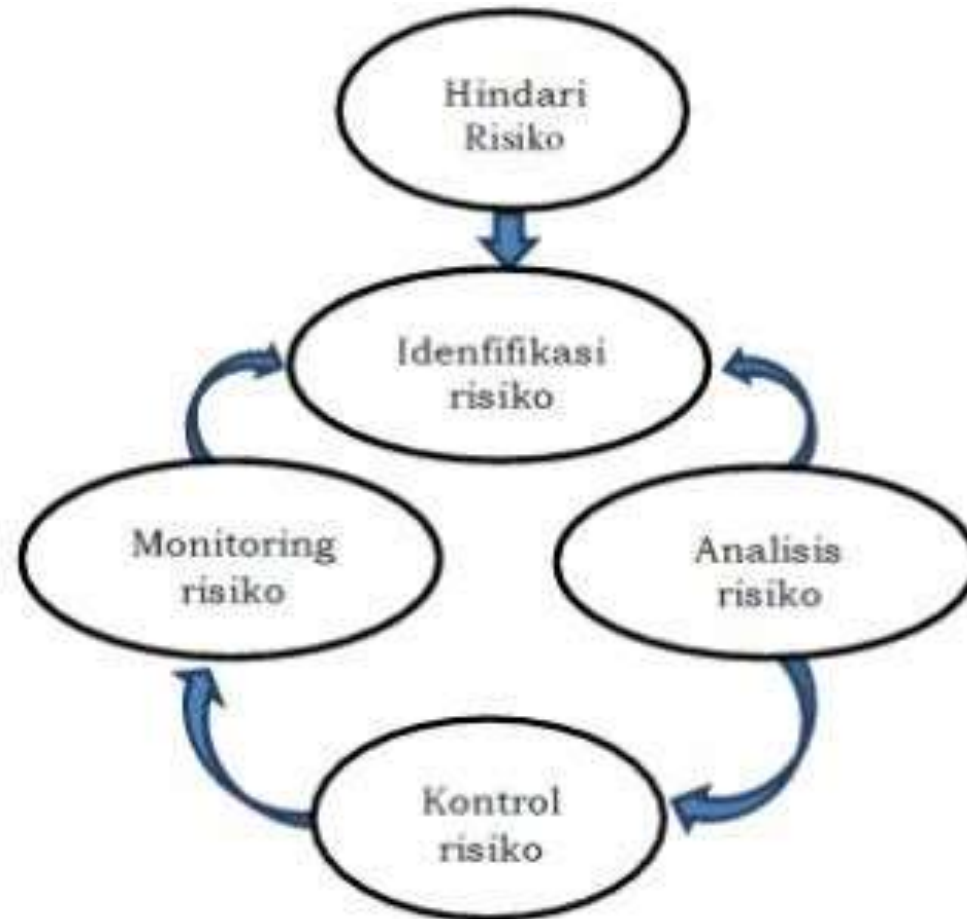


c. PENGKAJIAN RISIKO

Pengkajian risiko tersebut meliputi namun **tidak terbatas** pada:

- a) Infeksi-infeksi yang penting secara epidemiologis yang merupakan data surveilans;
- b) Proses kegiatan di area-area yang berisiko tinggi terjadinya infeksi;
- c) Pelayanan yang menggunakan peralatan yang berisiko infeksi;
- d) Prosedur/tindakan-tindakan berisiko tinggi;
- e) Pelayanan distribusi linen bersih dan kotor;
- f) Pelayanan sterilisasi alat;
- g) Kebersihan permukaan dan lingkungan;
- h) Pengelolaan linen/laundri;
- i) Pengelolaan sampah;
- j) Penyediaan makanan; dan
- k) Pengelolaan kamar jenazah

Skema langka-langkah ICRA



Contoh Kajian ICRA (emerging disease (covid 19))

NO	MASALAH	PROBABILITAS					DAMPAK					SYSTEM YANG ADA					SKORE RESIKO	RANGKING RESIKO
		5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1		
1	Belum tersedianya alur pelayanan pasien Covid-19	5						4				5					100	3
2	Kurangnya fasilitas APD Covid -19	5					5					5					125	1
3	Kurangnya kepatuhan memakai dan melepas APD Covid -19	5						4				5					100	2
4	Kurangnya fasilitas Ruang Isolasi Covid -19	5						4					4				80	6
5	Kurangnya pengetahuan petugas, pasien , keluarga dan masyarakat tentang Covid-19	5							3					3			45	11
6	Kurangnya kepatuhan penanganan Limbah Covid -19		4						3					2			24	12
7	Kurangnya kepatuhan pengelolaan Linen Covid -19		4						3					2			24	13

Prioritas Masalah

NO	POTENSIAL RISK/MASALAH	SCORE	RANGKING
1	Kurangnya fasilitas APD Covid -19	125	1
2	Kurangnya kepatuhan memakai dan melepas APD Covid -19	100	2
3	Belum tersedianya alur pelayanan pasien Covid-19	100	3
4	Kurangnya perlindungan kesehatan dan keselamatan karyawan Covid -19	100	4
5	Belum terlaksananya pengelolaan Jenazah Covid-19	100	5
6	Kurangnya fasilitas Ruang Isolasi Covid -19	80	6
7	Belum adanya surveilen Covid -19	64	7
8	Kurangnya kepatuhan kewaspadaan standar dan transmisi Covid -19	60	8
9	Kurangnya kepatuhan Desinfeksi, Dekontaminasi dan Sterilisasi Peralatan , ruangan dan ambulance Covid -19	48	9
10	Kurangnya fasilitas penunjang Covid-19	48	10
11	Kurangnya pengetahuan petugas, pasien , keluarga dan masyarakat tentang Covid-19	45	11
12	Kurangnya kepatuhan penanganan Limbah Covid -19	24	12
13	Kurangnya kepatuhan pengelolaan Linen Covid -19	24	13
14	Kurangnya kepatuhan tindakan Invasif Covid -19	24	14

POA

NO	MASALAH	SKOR	RANGKING	TUJUAN UMUM	TUJUAN KHUSUS	STRATEGI
1	Kurangnya fasilitas APD Covid -19	125	1	Tersedianya APD Covid -19 baik kualitas dan kwantitas	- Tersedianya APD standar Covid -19 yaitu : 1. Sepatu boot 2. Gaun Panjang / Cover all 3. Masker Bedah 4. Masker N95 5. Kaca mata google 6. Face Shield 7. Topi pelindung / Nurse cap 8. Sarung tangan Nitril 9. Sarung tangan Panjang - Kualitas APD yang tersedia sesuai regulasi	- Membuat Nota Dinas ke Direktur tentang permohonan fasilitas APD Covid -19 - Melaksanakan Koordinasi dengan Korbid SARPRAS Tim Covid RSUD dr. Tjitrowardojo terkait kelengkapan fasilitas APD Covid -19 baik menggunakan anggaran APBD maupun sumbangan dari masyarakat / pihak ketiga - Memberikan usulan kepada bagian pengadaan terkait persyaratan APD sesuai regulasi - Melaksanakan Distribusi APD sesuai Zonasi - Melaksanakan Up date Stok APD setiap hari - Melaksanakan pengendalian APD sesuai indikasi
2	Kurangnya kepatuhan memakai dan melepas APD Covid -19	100	2	Tercapainya kepatuhan memakai dan melepas APD Standar sesuai SPO	- Tercapainya kepatuhan memakai APD Standar - Tercapainya kepatuhan melepas APD Standar	- Menyusun SPO Memakai dan Melepas APD standar sesuai regulasi - Melakukan sosialisasi SPO Memakai dan Melepas APD - Melakukan monitoring evaluasi memakai dan melepas APD - Melakukan feed back kepatuhan memakai dan melepas APD kepada unit terkait

Surveilans HAIs

Metode Surveilans (Pmk 27 th 2017):

- Surveilans Komprehensif (*Hospital Wide/Tradisional Surveillance*)
- Surveilans Target (*Targetted Surveillance*)
- Surveilans Periodik (*Periodic Surveillance*)
- Surveilans Prevalensi (*Prevalence Surveillance*)

Langkah2 Surveilans :

- Perencanaan
- Pengumpulan data
- Analisis
- Interpretasi
- Pelaporan
- Evaluasi

d. Peralatan medis dan/atau Bahan Medis Habis Pakai

❑ Standar PPI. 4

Rumah sakit mengurangi risiko infeksi terkait peralatan medis dan/atau bahan medis habis pakai (BMHP) dengan **memastikan kebersihan, disinfeksi, sterilisasi, dan penyimpanan yang memenuhi syarat.**

❑ Maksud dan Tujuan PPI. 4

Prosedur/tindakan yang menggunakan peralatan medis dan/atau bahan medis habis pakai (BMHP), dapat menjadi **sumber utama patogen** yang menyebabkan infeksi.

Tingkat disinfeksi atau sterilisasi tergantung pada kategori peralatan medis dan/atau bahan medis habis pakai (BMHP):

a) Tingkat 1 - Kritis: Benda yang dimasukkan ke jaringan yang normal steril atau ke sistem vaskular dan membutuhkan sterilisasi.

b) Tingkat 2 - Semi-kritis: Benda yang menyentuh selaput lendir atau kulit yang tidak intak dan membutuhkan disinfeksi tingkat tinggi.

c) Tingkat 3 - Non-kritis: Benda yang menyentuh kulit intak tetapi tidak menyentuh selaput lendir, dan membutuhkan disinfeksi tingkat rendah.

❑ Standar PPI 4.1

Rumah sakit **mengidentifikasi dan menetapkan proses** untuk mengelola peralatan medis dan/atau bahan medis habis pakai (BMHP) yang **sudah kadaluwarsa dan penggunaan ulang (*reuse*)** alat sekali-pakai apabila diizinkan.

❑ Maksud dan Tujuan PPI. 4.1

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengelola peralatan medis dan/atau BMHP yang sudah habis waktu pakainya. Rumah sakit menetapkan penggunaan kembali peralatan medis sekali pakai dan/atau BMHP sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan standar profesional. **Beberapa alat medis sekali pakai dan/atau BMHP dapat digunakan lagi dengan persyaratan spesifik tertentu.**

Alat single use reuse di Soerojo Hospital

- Nasal Canul Oksigen
- Jet nebule
- Jarum RFA dan CNB
- Sirkuit CPAP

e. Kebersihan Lingkungan STANDAR & EP PPI 5

Standar
PPI. 5 Rumah sakit mengidentifikasi dan menerapkan standar PPI yang diakui untuk pembersihan dan disinfeksi permukaan dan lingkungan

No urut	Elemen Penilaian	DATA DAN BUKTI TELUSUR
a	Rumah sakit menerapkan prosedur pembersihan dan disinfeksi permukaan dan lingkungan sesuai standar PPI	Telusur / wawancara prosedur pembersihan dan disinfeksi permukaan dan lingkungan
b	Rumah sakit melaksanakan pembersihan dan desinfeksi tambahan di area berisiko tinggi berdasarkan hasil pengkajian risiko	Bukti hasil pengkajian risiko sebagai dasar pembersihan dan desinfeksi tambahan di area berisiko tinggi, Telusur / wawancara pembersihan dan disinfeksi pada area beresiko tinggi al : OK, ICU, NICU, Unit Luka bakar dll
c	Rumah sakit telah melakukan pemantauan proses pembersihan dan disinfeksi lingkungan	Wawancara atau dokumen bukti hasil proses pemantauan pembersihan dan disinfeksi lingkungan

MANAJEMEN TUMPAHAN

PERALATAN:

1. APD: sepatu boot, apron, sarung tangan karet, masker bedah, head cap, goggles
2. Larutan klorin 0,5%
3. Handrub
4. Plastik kuning ninfeksius 2 buah
5. Kain perca/ koran bekas
6. Kain pel dan cairan pel
7. Segitiga pengaman 2 buah

LANGKAH-LANGKAH:

1. Pasang segitiga pengaman di area tumpahan
2. HH, kemudian memakai APD dan siapkan peralatan
3. Lokalisir tumpahan dengan kain perca
4. Semprot larutan klorin 0,5% sampai merata
5. Serap cairan dengan kain perca, buang ke plastik infeksius (ulangi sampai cairan habis)
6. Bilas dengan kain pel dan cairan pel
7. Cuci dan keringkan alat pembersih
8. Petugas melepas APD
9. HH

f. Manajemen Linen

❑ Standar PPI 6

Rumah sakit **menerapkan pengelolaan linen/laundry sesuai prinsip PPI dan peraturan perundang undangan**

❑ Maksud dan Tujuan PPI 6

Penanganan linen, dan laundry di rumah sakit meliputi **pengumpulan, pemilahan, pencucian, pengeringan, pelipatan, distribusi, dan penyimpanan**. Rumah sakit mengidentifikasi area di mana staf harus untuk **mengenakan APD** sesuai prinsip PPI dan peraturan perundang undangan.

STANDAR & EP PPI 6

Standar
PPI 6 Rumah sakit menerapkan pengelolaan linen/laundry sesuai prinsip PPI dan peraturan perundang undangan

No Urut	Elemen Penilaian	DATA DAN BUKTI TELUSUR
a	Ada unit kerja pengelola linen/laundry yang menyelenggarakan penatalaksanaan sesuai dengan peraturan perundang-undangan	Regulasi: SK Penetapan unit kerja pengelola linen/laundry
b	Prinsip-prinsip PPI diterapkan pada pengelolaan linen/laundry, termasuk pemilahan, transportasi, pencucian, pengeringan, penyimpanan, dan distribusi	Observasi pengelolaan linen/laundry sesuai prinsip PPI (pemilahan, transportasi, pencucian, pengeringan, penyimpanan, dan distribusi)
c	Ada bukti supervisi oleh IPCN terhadap pengelolaan linen/laundry sesuai dengan prinsip PPI termasuk bila dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit	Dokumen Bukti : Hasil Supervisi IPCN dan tindak lanjutnya terhadap pengelolaan linen/laundry (termasuk jika dilakukan diluar rumah sakit)

g. Limbah infeksius

□ Standar PPI.7

Rumah sakit mengurangi risiko infeksi melalui **pengelolaan limbah infeksius sesuai peraturan perundang undangan**

□ Standar PPI.7.1

Rumah sakit menetapkan **pengelolaan kamar mayat dan kamar bedah mayat** sesuai dengan peraturan perundang- undangan

□ Standar PPI 7.2

Rumah sakit menetapkan **pengelolaan limbah benda tajam dan jarum** secara aman.

□Maksud dan Tujuan PPI.7 , PPI 7,1, PPI 7,2

Setiap hari rumah sakit banyak menghasilkan limbah, termasuk limbah infeksius. Pembuangan limbah infeksius dengan tidak benar dapat menimbulkan risiko infeksi di rumah sakit. Hal ini nyata terjadi pada **pembuangan cairan tubuh dan material terkontaminasi dengan cairan tubuh, pembuangan darah dan komponen darah, serta pembuangan limbah dari lokasi kamar mayat dan kamar bedah mayat (*post mortem*)**. Pemerintah mempunyai regulasi terkait dengan penanganan limbah infeksius dan limbah cair, sedangkan rumah sakit diharapkan melaksanakan ketentuan tersebut sehingga dapat mengurangi risiko infeksi di rumah sakit.

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

- a) Pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius;**
- b) Penanganan dan pembuangan darah serta komponen darah;**
- c) Pemulasaraan jenazah dan bedah mayat;**
- d) Pengelolaan limbah cair;**
- e) Pelaporan pajanan limbah infeksius.**

Salah satu bahaya luka karena tertusuk jarum suntik adalah terjadi penularan penyakit melalui darah (blood borne diseases). Pengelolaan limbah benda tajam dan jarum yang tidak benar merupakan kekhawatiran staf terhadap keamanannya.

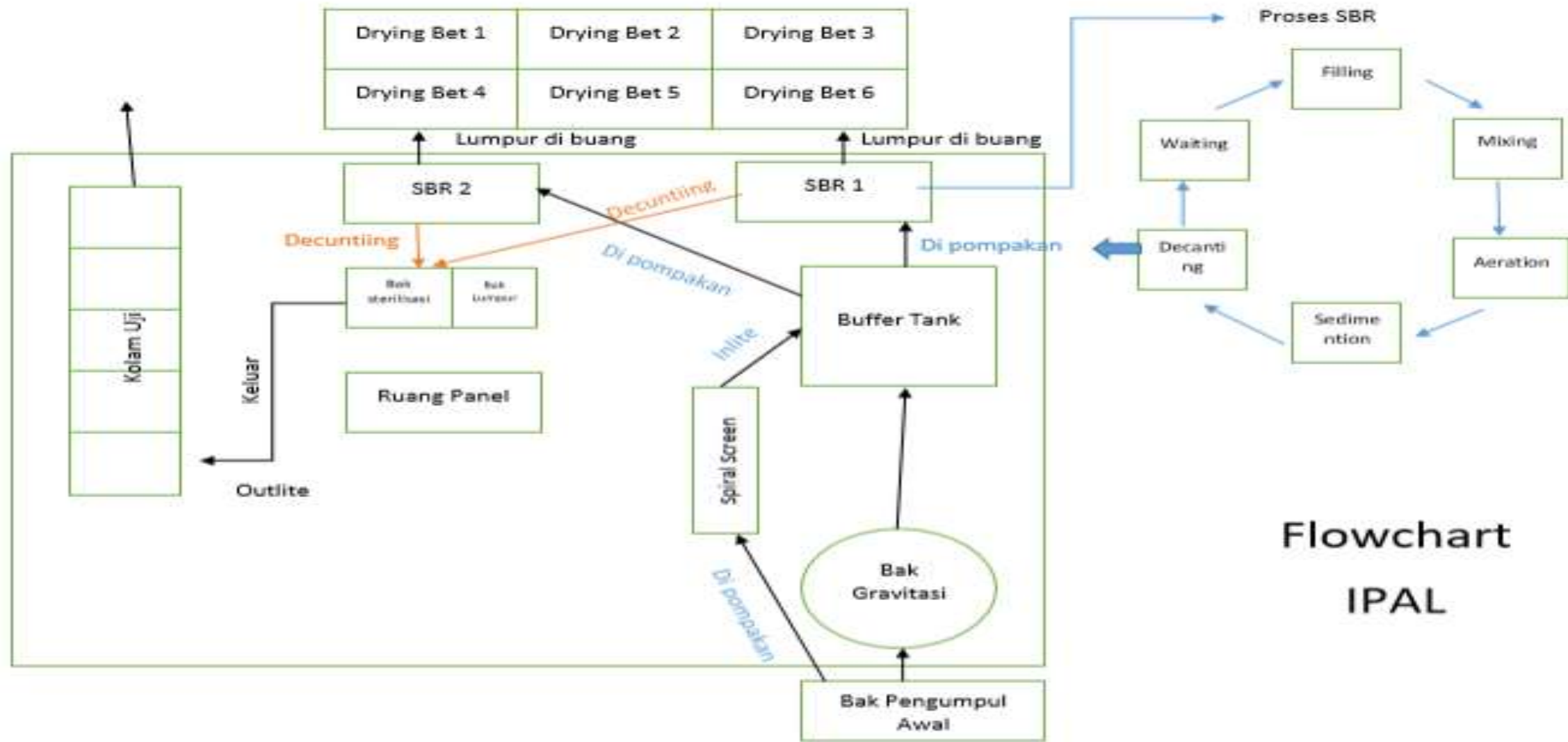


STANDAR & EP PPI 7

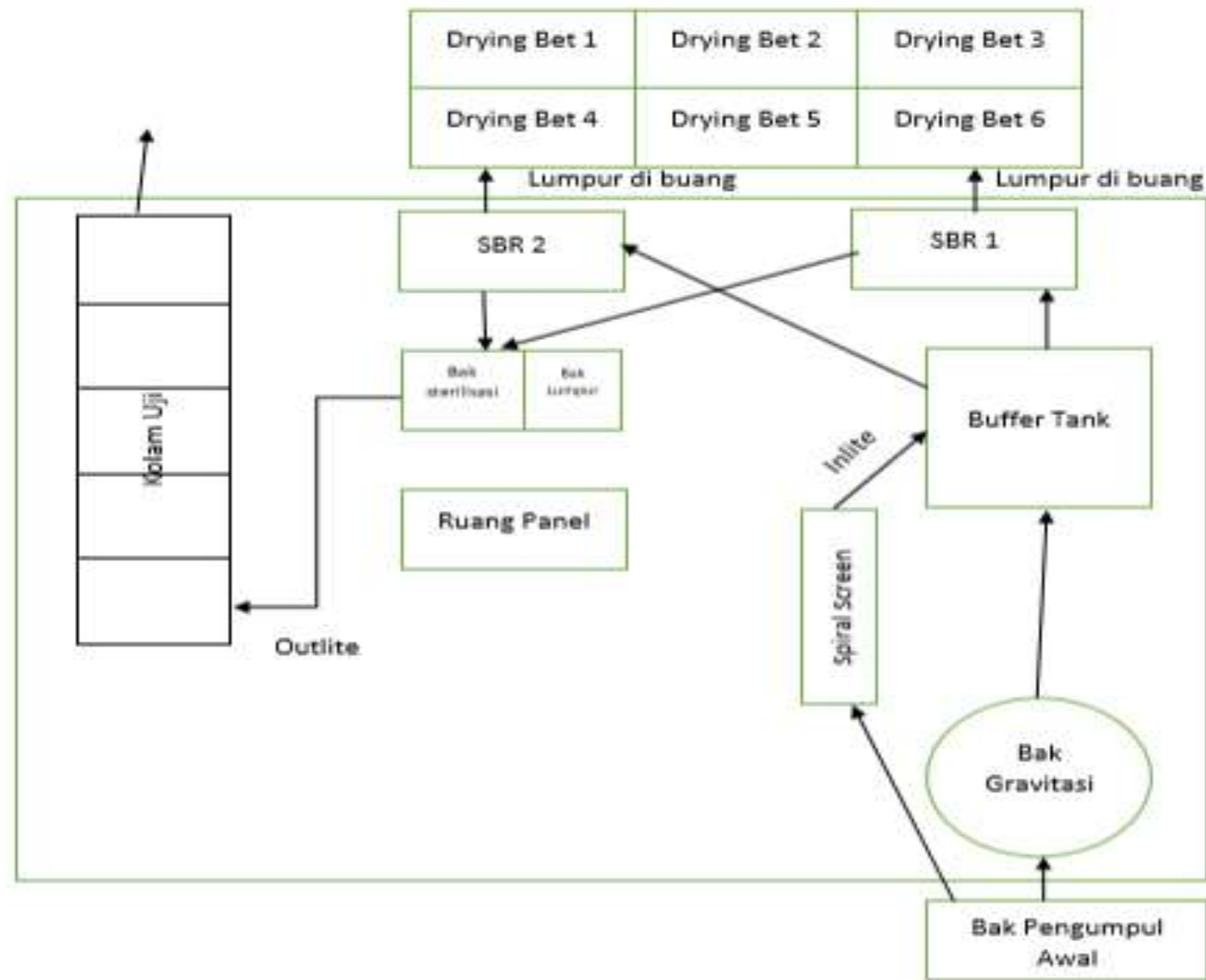
Standar

PPI.7 Rumah sakit mengurangi risiko infeksi melalui pengelolaan limbah infeksius sesuai peraturan perundang undangan

No urut	Elemen Penilaian	DATA DAN BUKTI TELUSUR
a	Rumah sakit telah menerapkan pengelolaan limbah rumah sakit untuk meminimalkan risiko infeksi yang meliputi a) – e) pada maksud dan tujuan	Bukti dokumen telusur pengelolaan limbah infeksius meliputi a) Pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius; b) Penanganan dan pembuangan darah serta komponendarah; c) Pemulasaraan jenazah dan bedah mayat; d) Pengelolaan limbah cair; e) Pelaporan pajanan limbah infeksius.
b	Penanganan dan pembuangan darah serta komponen darah sesuai dengan regulasi, dipantau dan dievaluasi, serta di tindak lanjutnya	Telusur tentang penanganan darah dan komponen darah Dokumen Bukti : Laporan hasil Monitoring dan Evaluasi serta Tindak lanjut tentang Pengelolaan Darah dan Komponen darah
c	Pelaporan pajanan limbah infeksius sesuai dengan regulasi dan dilaksanakan pemantauan, evaluasi, serta tindak lanjutnya	Dokumen Bukti : Laporan hasil Monitoring dan Evaluasi serta Tindak lanjut tentang pajanan limbah
d	Bila pengelolaan limbah dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit harus berdasar atas kerjasama dengan pihak yang memiliki izin dan sertifikasi mutu sesuai dengan peraturan perundang- undangan	Bila Pengelolaan Limbah oleh pihak luar RS: PKS/MOU; Kualifikasi Perusahaan (sertifikasi mutu), Quality Control, Izin transporter, dan Izin pengolah B3



Flowchart
IPAL



Layout
IPAL

STANDAR & EP PPI 7.1

Standar		
PPI.7.1 Rumah sakit menetapkan pengelolaan kamar mayat dan kamar bedah mayat sesuai dengan peraturan perundang undangan		
No urut	Elemen Penilaian	DATA DAN BUKTI TELUSUR
a	Pemulasaraan jenazah dan bedah mayat sesuai dengan regulasi	Bukti tentang laporan kegiatan pemulasaran jenazah dan bedah mayat
b	Ada bukti kegiatan kamar mayat dan kamar bedah mayat sudah dikelola sesuai dengan peraturan perundang-undangan	Bukti Telusur laporan kegiatan tentang Pemulasaraan jenazah dan bedah mayat, observasi prosesnya
c	Ada bukti pemantauan dan evaluasi, serta tindak lanjut kepatuhan prinsip-prinsip PPI sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	Dokumen Bukti : Laporan hasil Monitoring dan Evaluasi serta Tindak lanjut tentang penerapan PPI pada Pemulasaraan jenazah dan bedah mayat



PPI 7.2 Rumah sakit menetapkan pengelolaan limbah benda tajam dan jarum secara aman

No urut	Elemen Penilaian	DATA DAN BUKTI TELUSUR
a	Benda tajam dan jarum sudah dikumpulkan, disimpan di dalam wadah yang tidak tembus, tidak bocor, berwarna kuning, diberi label infeksius, dan dipergunakan hanya sekali pakai sesuai dengan peraturan perundangundangan	observasi kepatuhan petugas dan telusur tentang limbah benda tajam dan jarum - Cek Wadah yang digunakan (bahan dan warna) -Cek Label penanda, - Wawancara proses pengelolaan limbah benda tajam dan jarum
b	Bila pengelolaan benda tajam dan jarum dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit harus berdasar atas kerjasama dengan pihak yang memiliki izin dan sertifikasi mutu sesuai dengan peraturan perundang undangan.	Bila Pengelolaanbenda tajam dan jarum oleh pihak luar RS: PKS/MOU; Kualifikasi Perusahaan (sertifikasi mutu), Quality Control, Izin transporter, dan Izin pengolah B3
c	Ada bukti data dokumen limbah benda tajam dan jarum	Dokumen Bukti : Laporan hasil Monitoring dan Evaluasi serta Tindak lanjut tentang limbah benda tajam dan jarum
d	Ada bukti pelaksanaan supervisi dan pemantauan oleh IPCN terhadap pengelolaan benda tajam dan jarum sesuai dengan prinsip PPI, termasuk bila dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit	Dokumen Bukti : Laporan hasil Supervisi IPCN terhadap pengelolaan benda tajam dan jarum (termasuk jika dilakukan pihak luar rumah sakit)
e	Ada bukti pelaksanaan pemantauan kepatuhan prinsip-prinsip PPI sesuai regulasi	Dokumen Bukti : Laporan hasil Monitoring dan Evaluasi serta Tindak lanjut tentang penerapan PPI pada pengelolaan benda tajam dan jarum

h. Pelayanan Makanan

❑ Standar PPI 8

Rumah sakit mengurangi risiko infeksi terkait penyelenggaraan pelayanan makanan

❑ Maksud dan Tujuan PPI 8

Penyimpanan dan persiapan makanan dapat menimbulkan penyakit seperti keracunan makanan atau infeksi makanan. Penyakit yang berhubungan dengan makanan dapat sangat berbahaya bahkan mengancam jiwa pada pasien yang kondisi tubuhnya sudah lemah karena penyakit atau cedera. Rumah sakit harus memberikan makanan dan juga produk nutrisi dengan aman, yaitu **melakukan penyimpanan dan persiapan makanan pada suhu tertentu yang dapat mencegah perkembangan bakteri.**

Kontaminasi silang, terutama dari makanan mentah ke makanan yang sudah dimasak adalah salah satu sumber infeksi makanan. Kontaminasi silang dapat juga disebabkan oleh **tangan yang terkontaminasi, permukaan meja, papan alas untuk memotong makanan, ataupun kain yang digunakan untuk mengelap permukaan meja atau mengeringkan piring**. Selain itu, permukaan yang digunakan untuk menyiapkan makanan; alat makan, perlengkapan masak, panci, dan wajan yang digunakan untuk menyiapkan makanan; dan juga nampan, piring, serta alat makan yang digunakan untuk menyajikan makanan juga dapat menimbulkan risiko infeksi apabila tidak dibersihkan dan disanitasi secara tepat.

Rumah sakit menetapkan regulasi yang meliputi

- a) pelayanan makanan di rumah sakit **mulai dari pengelolaan bahan makanan, sanitasi dapur, makanan, alat masak, serta alat makan untuk mengurangi risiko infeksi dan kontaminasi silang;**
- b) **standar bangunan, fasilitas dapur, dan pantry** sesuai dengan peraturan perundangan termasuk bila makanan diambil dari sumber lain di luar rumah sakit

Standar

PPI 8 Rumah sakit mengurangi risiko infeksi terkait penyelenggaraan pelayanan makanan

No urut	Elemen Penilaian	DATA DAN BUKTI TELUSUR
a	Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pelayanan makanan di rumah sakit yang meliputi a) – b) pada maksud dan tujuan	Regulasi tentang pelayanan makanan di rumah sakit meliputi: a) pelayanan makanan di rumah sakit mulai dari pengelolaan bahan makanan, sanitasi dapur, makanan, alat masak, serta alat makan untuk mengurangi risiko infeksi dan kontaminasi silang; b) standar bangunan, fasilitas dapur, dan pantry sesuai dengan peraturan perundangan termasuk bila makanan diambil dari sumber lain di luar rumah sakit
b	Ada bukti pelaksanaan yang penyimpanan bahan makanan, pengolahan, pembagian/pemorsian, dan distribusi makanan sudah sesuai dengan peraturan perundang-undangan	Telusur tentang penyimpanan bahan makanan, pengolahan, pembagian/pemorsian, dan distribusi makanan dengan peraturan perundang-undangan
c	Ada bukti pelaksanaan penyimpanan makanan dan produk nutrisi dengan memperhatikan kesehatan lingkungan meliputi sanitasi, suhu, pencahayaan, kelembapan, ventilasi, dan keamanan untuk mengurangi risiko infeksi.	Telusur tentang penyimpanan makanan dan produk nutrisi - Pantau Kebersihan lingkungan penyimpanan - Pantau Suhu ruang penyimpanan - Pantau Pencahayaan, - Pantau Kelembapan - Pantau Ventilasi

i. Risiko infeksi pada konstruksi dan renovasi

❑ Standar PPI 9

Rumah sakit menurunkan risiko infeksi pada fasilitas yang terkait dengan **pengendalian mekanis dan teknis (*mechanical* dan *engineering controls*)** serta pada saat melakukan pembongkaran, konstruksi, dan renovasi gedung.

❑ Maksud dan Tujuan PPI 9

Pengendalian mekanis dan teknis (*mechanical* dan *engineering controls*) seperti **sistem ventilasi bertekanan positif, biological safety cabinet, laminary airflow hood, termostat di lemari pendingin, serta pemanas air untuk sterilisasi piring dan alat dapur** adalah contoh peran penting standar pengendalian lingkungan harus diterapkan agar dapat diciptakan sanitasi yang baik yang selanjutnya mengurangi risiko infeksi di rumah sakit.

Rumah sakit mempunyai regulasi pengendalian mekanis dan teknis (mechanical dan engineering controls) fasilitas yang antara lain meliputi

- a) Sistem ventilasi bertekanan positif;**
- b) Biological safety cabinet;***
- c) Laminary airflow hood;***
- d) Termostat di lemari pendingin; dan**
- e) Pemanas air untuk sterilisasi piring dan alat dapur**



KEMENKES

STANDAR & EP PPI 9

Standar

PPI 9 Rumah sakit menurunkan risiko infeksi pada fasilitas yang terkait dengan pengendalian mekanis dan teknis (mechanical dan engineering controls) serta pada saat melakukan pembongkaran, konstruksi, dan renovasi gedung

No urut	Elemen Penilaian	DATA DAN BUKTI TELUSUR
a	Rumah sakit menerapkan pengendalian mekanis dan teknis (mechanical dan engineering control) minimal untuk fasilitas yang tercantum pada a) – e) pada maksud dan tujuan	Dokumen Bukti : Bukti penerapan Pengendalian mekanis dan teknis (mechanical dan engineering control) minimal meliputi a) Sistem ventilasi bertekanan positif; b) Biological safety cabinet; c) Laminary airflow hood; d) Termostat di lemari pendingin; dan e) Pemanas air untuk sterilisasi piring dan alat dapur
b	Rumah sakit menerapkan penilaian risiko pengendalian infeksi (infection control risk assessment/ICRA) yang minimal meliputi a) – f) yang ada pada maksud dan tujuan	Bukti dokumen ICRA minimal meliputi: a) Identifikasi tipe/jenis konstruksi kegiatan proyek dengan kriteria; b) Identifikasi kelompok risiko pasien; c) Matriks pengendalian infeksi antara kelompok risiko pasien dan tipe konstruksi kegiatan; d) Proyek untuk menetapkan kelas/tingkat infeksi; e) Tindakan pengendalian infeksi berdasar atas tingkat/kelas infeksi; dan f) Pemantauan pelaksanaan
c	Rumah sakit telah melaksanakan penilaian risiko pengendalian infeksi (infection control risk assessment/ICRA) pada semua renovasi, konstruksi dan demolisi sesuai dengan regulasi	Bukti dokumen ICRA pada renovasi, konstruksi dan demolisi

CECKLIST PENGENDALIAN MEKANIS DAN TEKNIS (MECHANICAL DAN ENGINERING CONTROLS)

RUANG:.....

BULAN JANUARI 2022

[illegible]

CHECK LIST PĪĻA KONSTRUKSĀ

Tanggal survey	
Area	
Jenis Konstruksi	

KETERANGAN	TA	TSM	KK
A. Apakah konkritul dapat mempengaruhi akses keluar dari area pemertan yang berkaitan dengan lokasi pembangunan?			
B. Apakah terdapat salah satu dari bahaya lingkungan di bawah ini?			
1) Asbes			
2) Batuan tumpul berbahaya			
3) Rongga sempit			
4) Lainnya (misalnya masalah pengendalian limbah)			
C. APAKAH SALAH SATU DARI SISTEM BERIKUT INI DAPAT BERDAMPAK BURUK?			
1) Alam Kalsedon			
2) Sprinkler/Pemadamkan air			
3) Listrik			
4) Air Domestik			
5) Gasgas			
6) Limbah			
7) Heating Ventilation Air Conditioner (HVAC)			
D. PEMERIKSAAN BERIKUT:			
Melakukan evaluasi kepada manajer, staf medis, petugas kesehatan lingkungan, dan staf lain tentang risiko pasien terinfeksi-exposed terhadap debu konkritul.			
1) Konkritul diberikan salinan, pengelompokan bahan berbahaya, definisi kode darurat, dan dokumentasi lainnya yang harus diuji untuk mengurangi risiko sedemikian pespektif (RHS, HSE/MSHA).			
2) Dokumen tersebut diuji bersama konkritul beserta pertanyaannya dan jawabannya.			
3) Pengujian lokal dan metode pemantauan timbre atau sementara			
4) Ventilasi eksternal yang berkaitan dengan kemampuan penghantar debu (jika berlaku) terhadap pemantauan kualitasnya partikulat udara			
5) Ventilasi eksternal ventilasi alami udara negatif dari sistem filter			
6) Terdapat peralatan untuk menangkap partikulat seperti selusin dan peralatan HEPA yang sesuai dengan ukuran selanjutnya.			
7) Evaluasi rencana pemantauan dan pengendalian			
8) Peralatan dan evaluasi kode kontrol situasi dan situasi			
9) Pengujian pemantauan / tesnya untuk kegiatan konkritul / pembangunan dengan konkritul			
10) Testasi exhaust fan dan berfungsi dengan baik.			

Cecklist monitoring selama renovasi

JURUSAN TEKNIK
KEPERAWATAN PELAKSANA
PERENCANAAN DAN PELAKSANAAN
PEKERJAAN KAWALAN KELAHIRAN

Latihan II
R1. Rangkai
20/12/2016

No	Item Kerja	Ya	Tidak	Mel
1	Membaca dan memahami			
2	Membaca dan memahami			
3	Membaca dan memahami			
4	Membaca dan memahami			
5	Membaca dan memahami			
6	Membaca dan memahami			
7	Membaca dan memahami			
8	Membaca dan memahami			
9	Membaca dan memahami			
10	Membaca dan memahami			
11	Membaca dan memahami			
12	Membaca dan memahami			
13	Membaca dan memahami			
14	Membaca dan memahami			
15	Membaca dan memahami			
16	Membaca dan memahami			
17	Membaca dan memahami			
18	Membaca dan memahami			
19	Membaca dan memahami			
20	Membaca dan memahami			
21	Membaca dan memahami			
22	Membaca dan memahami			
23	Membaca dan memahami			
24	Membaca dan memahami			
25	Membaca dan memahami			

Petugas pertama:

Petugas pertama:

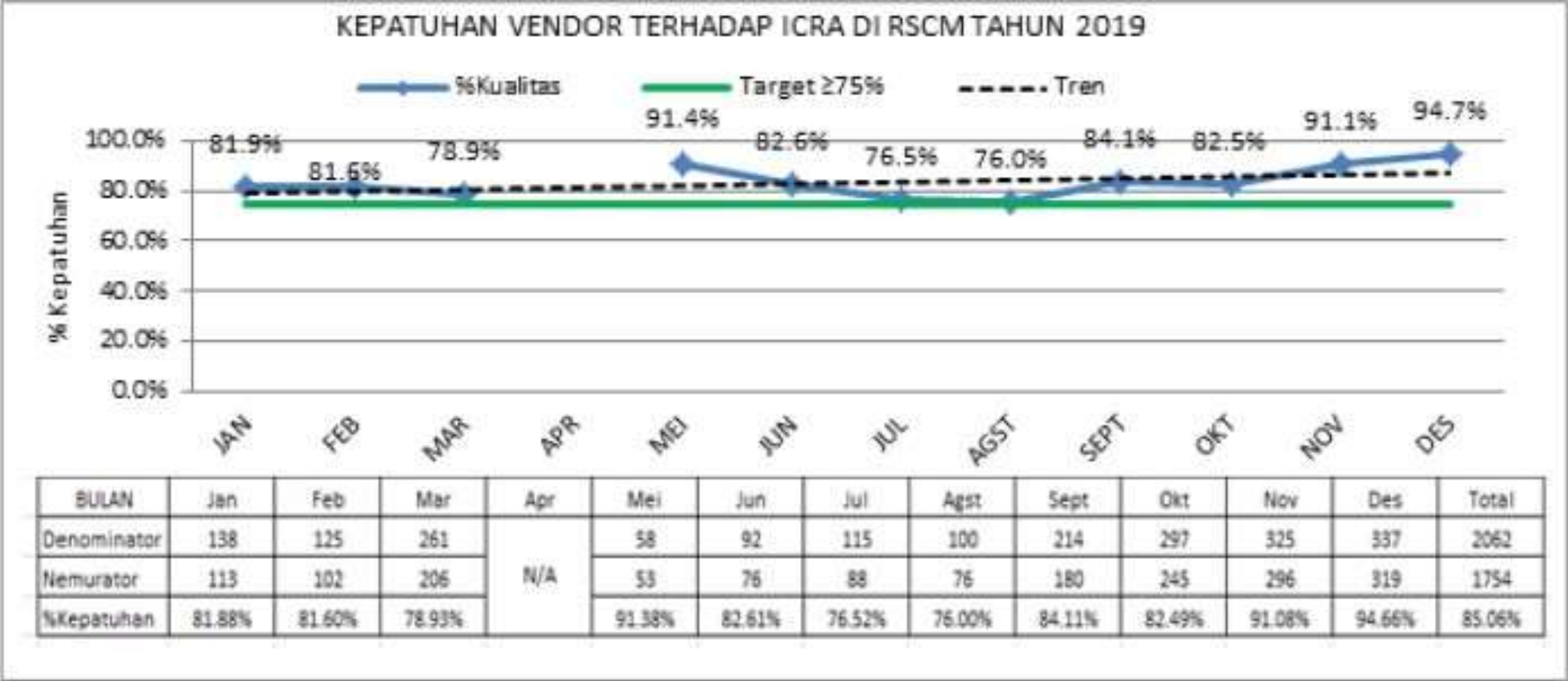
Petugas pertama:

Petugas pertama:

1. Dijumpai ada pekerja merokok 2 rokok dlm tgn
2. Mengangkut material dlm bak terbuka, pasir beracuan Asamam - mma.

Layang Supervisor Pate Rudi d. lgn

MONEV KEPATUHAN VENDOR THD ICRA RENOVASI



j. Penularan Infeksi

□ Standar PPI 10

Rumah sakit **menyediakan APD untuk kewaspadaan (barrier precautions) dan prosedur isolasi untuk penyakit menular** melindungi pasien dengan imunitas rendah (*immunocompromised*) dan mentransfer pasien dengan airborne diseases di dalam rumah sakit dan keluar rumah sakit serta penempatannya dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak mempunyai kamar dengan tekanan negatif (ventilasi alamiah dan mekanik).

□ Standar PPI 10.1

Rumah sakit mengembangkan dan menerapkan sebuah proses untuk menangani **lonjakan mendadak (outbreak) penyakit infeksi air borne**.



STANDAR & EP PPI 10

Standar

PPI 10 Rumah sakit menyediakan APD untuk kewaspadaan (barrier precautions) dan prosedur isolasi untuk penyakit menular melindungi pasien dengan imunitas rendah (immunocompromised) dan mentransfer pasien dengan airborne diseases di dalam rumah sakit dan keluar rumah sakit serta penempatannya dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak mempunyai kamar dengan tekanan negatif (ventilasi alamiah dan mekanik).

No urut	Elemen Penilaian	DATA DAN BUKTI TELUSUR
a	Rumah sakit menyediakan dan menempatkan ruangan untuk pasien dengan imunitas rendah (immunocompromised) sesuai dengan peraturan perundang undangan	Telusur ruang perawatan pasien pasien dengan imunitas rendah (immunocompromised)
b	Rumah sakit melaksanakan proses transfer pasien airborne diseases di dalam rumah sakit dan keluar rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan termasuk di ruang gawat darurat dan ruang lainnya	Telusur / Wawancara proses transfer pasien pasien airborne diseases Rekam medis : mengecek dokumen proses transfer pasien airborne
c	Rumah sakit telah menempatkan pasien infeksi “air borne” dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak mempunyai kamar dengan tekanan negatif sesuai dengan peraturan perundang-undangan termasuk di ruang gawat darurat dan ruang lainnya	Telusur / wawancara tentang ruang transit untuk pasien infeksi “air borne” sebelum dirujuk sesuai ketentuan peraturan perundangan
d	Ada bukti pemantauan ruang tekanan negatif dan penempatan pasien secara rutin	Dokumen bukti : Laporan hasil pemantauan/supervisi ruang tekanan negatif

STANDAR & EP PPI 10.1

Standar
PPI 10.1 Rumah sakit mengembangkan dan menerapkan sebuah proses untuk menangani lonjakan mendadak (outbreak) penyakit infeksi air borne

No urut	Elemen Penilaian	DATA DAN BUKTI TELUSUR
a	Rumah sakit menerapkan proses pengelolaan pasien bila terjadi ledakan pasien (outbreak) penyakit infeksi air borne.	Regulasi tentang pengelolaan pasien jika terjadi outbreak penyakit infeksi air borne
b	Rumah sakit menyediakan ruang isolasi dengan tekanan negatif bila terjadi ledakan pasien (outbreak) sesuai dengan peraturan perundangan	Telusur ttg penyediaan ruang isolasi dengan tekanan negatif bila terjadi outbreak
c	Ada bukti dilakukan edukasi kepada staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi ledakan pasien (outbreak) penyakit infeksi air borne	Dokumen Bukti : Program edukasi kepada staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi ledakan pasien (outbreak) penyakit infeksi air borne (TOR, laporan pelaksanaan)

k. Kebersihan Tangan

❑ Standar PPI 11

Kebersihan tangan menggunakan sabun dan desinfektan adalah sarana efektif untuk mencegah dan mengendalikan infeksi.

❑ Standar PPI 11.1

Sarung tangan, masker, pelindung mata, serta alat pelindung diri lainnya tersedia dan digunakan secara tepat apabila disyaratkan.

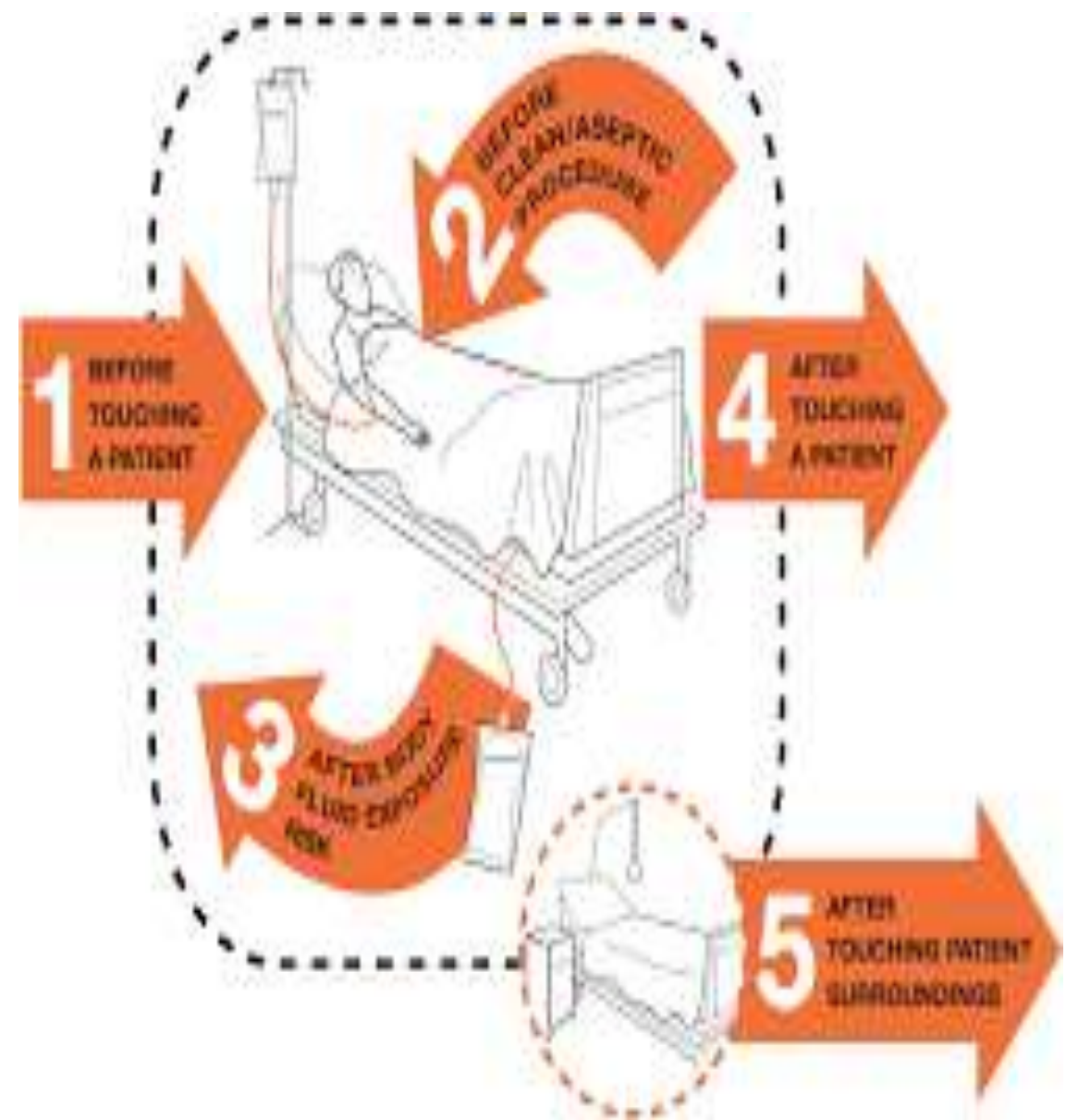
❑ Maksud dan Tujuan PPI 11 dan PPI 11.1

Kebersihan tangan, menggunakan alat pelindung diri, serta desinfektan adalah **sarana efektif untuk mencegah dan mengendalikan infeksi**. Oleh karena itu, harus tersedia di setiap tempat asuhan pasien yang membutuhkan barang ini. Rumah sakit menetapkan ketentuan tentang tempat di mana alat pelindung diri ini harus tersedia dan dilakukan pelatihan cara memakainya.

STANDAR & EP PPI 11

Standar
PPI 11 Kebersihan tangan menggunakan sabun dan desinfektan adalah sarana efektif untuk mencegah dan mengendalikan infeksi.

No urut	Elemen Penilaian	DATA DAN BUKTI TELUSUR
a	Rumah sakit telah menerapkan hand hygiene yang mencakup kapan, di mana, dan bagaimana melakukan cuci tangan mempergunakan sabun (hand wash) dan atau dengan desinfektan (hand rubs) serta ketersediaan fasilitas hand hygiene	Wawancara tentang Program Kebersihan tangan - Observasi kepatuhan 5 Moment - Telusur fasilitas untuk mendukung kebersihan tangan -Dokumen Bukti : INM Kepatuhan cuci tangan - simulasi hand hygiene
b	Sabun, desinfektan, serta tisu/handuk sekali pakai tersedia di tempat cuci tangan dan tempat melakukan disinfeksi tangan	Telusur ketersediaan Sabun, desinfektan, serta tisu/handuk sekali pakai di tempat cuci tangan dan tempat melakukan disinfeksi tangan
c	Ada bukti pelaksanaan pelatihan hand hygiene kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak.	Dokumen bukti : TOR dan laporan Pelaksanaan pelatihan tentang hand hygiene kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak



HOW TO HANDWASH?

5
Duration of the entire procedure: 20-30 seconds

1
Apply a measured volume of product to a cupped hand, covering all surfaces.



2
Rub hands palm to palm.



3
Rub hands side to side.



4
Right palm over left dorsum with interlocked fingers.



5
Repeat palm over right dorsum with interlocked fingers.



6
Rotate all fingers to opposing palm with fingers interlocked.



7
Rotational rubbing of left thumb with flexed right fingers.



8
Rotational rubbing of right thumb with flexed left fingers.



9
Dry the palm, back and side.



STANDAR & EP PPI 11.1

Standar
PPI 11.1 Sarung tangan, masker, pelindung mata, serta alat pelindung diri lainnya tersedia dan digunakan secara tepat apabila disyaratkan

No urut	Elemen Penilaian	DATA DAN BUKTI TELUSUR
a	Rumah sakit menerapkan penggunaan alat pelindung diri, tempat yang harus menyediakan alat pelindung diri, dan pelatihan cara memakainya	Dokumen bukti pelaporan INM Kepatuhan pengunan APD
b	Alat pelindung diri sudah digunakan secara tepat dan benar	Telusur / wawancara penggunan APD
c	Ketersediaan alat pelindung diri sudah cukup sesuai dengan regulasi	Telusur fasilitas ketersediaan APD
d	Ada bukti pelatihan penggunaan alat pelindung diri kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak	Dokumen bukti : TOR & laporan Pelaksanaan pelatihan tentang penggunaan APD kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak

I. Peningkatan mutu dan program edukasi

❑ Standar PPI 12

Kegiatan PPI **diintegrasikan dengan program PMKP** (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) dengan menggunakan indikator yang secara epidemiologik penting bagi rumah sakit.

❑ Maksud dan Tujuan PPI 12

Rumah sakit menggunakan indikator sebagai informasi untuk memperbaiki kegiatan PPI dan mengurangi tingkat infeksi yang terkait layanan kesehatan sampai tingkat serendah-rendahnya. **Rumah sakit dapat menggunakan data indikator dan informasi dan membandingkan dengan tingkat dan kecenderungan di rumah sakit lain.** Semua departemen/unit layanan diharuskan ikut serta menentukan prioritas yang diukur di tingkat rumah sakit dan tingkat departemen/unit layanan program PPI.

STANDAR & EP PPI 12

Standar
PPI 12 Kegiatan PPI diintegrasikan dengan program PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) dengan menggunakan indikator yang secara epidemiologik penting bagi rumah sakit

No urut	Elemen Penilaian	DATA DAN BUKTI TELUSUR
a	Ada regulasi sistem manajemen data terintegrasi antara data surveilans dan data indikator mutu di Komite/ Tim Penyelenggara Mutu	Regulasi tentang Sistem Manajemen data terintegrasi antara data surveilans dan data indikator mutu
b	Ada bukti pertemuan berkala antara Komite/ Tim Penyelenggara Mutu dan Komite/Tim PPI untuk berkoordinasi dan didokumentasikan	Dokumen bukti kordinasi pertemuan berkala antara Komite/ Tim Penyelenggara Mutu dan Komite/Tim PPI
c	Ada bukti penyampaian hasil analisis data dan rekomendasi Komite/Tim PPI kepada Komite/ Tim Penyelenggara Mutu setiap tiga bulan	Dokumen bukti : Penyampaian laporan hasil kegiatan PPI kepada Komite Mutu/Tim Penyelenggara mutu setiap tiga bulan

m. Edukasi, Pendidikan dan Pelatihan

□ Standar PPI 13

Rumah sakit melakukan **edukasi tentang PPI** kepada staf klinis dan nonklinis, pasien, keluarga pasien, serta petugas lainnya yang terlibat dalam pelayanan pasien.

□ Maksud dan Tujuan PPI 13

Agar program PPI efektif harus dilakukan edukasi kepada staf klinis dan nonklinis tentang program PPI pada **waktu mereka baru bekerja di rumah sakit dan diulangi secara teratur.**

Edukasi diikuti oleh staf klinik dan staf nonklinik, pasien, keluarga pasien, pedagang, dan juga pengunjung

Rumah sakit menetapkan program pelatihan PPI yang meliputi pelatihan untuk:

- a) **orientasi pegawai baru** baik staf klinis maupun nonklinis di tingkat rumah sakit maupun di unit pelayanan,
- b) staf klinis (profesional pemberi asuhan) **secara berkala**,
- c) staf nonklinis,
- d) pasien dan keluarga, dan
- e) pengunjung.

STANDAR & EP PPI 13

Standar

PPI 13 Rumah sakit melakukan edukasi tentang PPI kepada staf klinis dan nonklinis, pasien, keluarga pasien, serta petugas lainnya yang terlibat dalam pelayanan pasien

No urut	Elemen Penilaian	DATA DAN BUKTI TELUSUR
a	Rumah sakit menetapkan program pelatihan dan edukasi tentang PPI yang meliputi a) – e) yang ada pada maksud dan tujuan	Program pelatihan dan edukasi tentang PPI meliputi : a) orientasi pegawai baru baik staf klinis maupun nonklinis di tingkat rumah sakit maupun di unit pelayanan; b) staf klinis (profesional pemberi asuhan) secara berkala; c) staf nonklinis; d) pasien dan keluarga; dan e) pengunjung
b	Ada bukti pelaksanaan pelatihan untuk semua staf klinik dan nonklinik sebagai bagian dari orientasi pegawai baru tentang regulasi dan praktik program PPI.	Dokumen bukti : TOR & Laporan program orientasi umum untuk semua staf klinik dan nonklinik (lihat KPS 7)
c	Ada bukti pelaksanaan edukasi untuk pasien, keluarga, dan pengunjung	Dokumen bukti laporan pelaksanaan edukasi tentang PPI untuk pasien, keluarga, dan pengunjung Wawancara kepada Pasien, keluarga dan pengunjung ttg Edukasi PPI

KESIMPULAN

❑ Program PPI dapat berbeda dari satu rumah sakit ke rumah sakit yang lain, tergantung pada kompleksitas, pelayanan klinis rumah sakit, populasi pasien yang dilayani, lokasi geografis, jumlah pasien, jumlah staf dan sumber daya lainnya.

❑ BAB PPI 19 Standar, 62 EP yaitu:

Penyelenggaraan PPI (PPI 1 & 1.1)

Program PPI (PPI 2)

Pengkajian Risiko (PPI 3)

BMHP (PPI 4, 4.1)

Kebersihan Lingkungan (PPI 5)

Linen Laundry (PPI 6)

Limbah Infeksius (PPI 7, 7.1, 7.2)

Pelayanan Makanan (PPI 8)

Risiko konstruksi, renovasi (PPI 9)

Penularan Infeksi (PPI 10, 10.1)

Kebersihan tangan (PPI 11, 11.1)

Mutu dan Program Edukasi (PPI 12)

Edukasi dan Diklat (PPI 13)

TERIMA KASIH ,
SAMPAI BERJUMPA PADA SURVEI
AKREDITASI STARKES 2022