

**PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)  
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH M.NATSIR SOLOK  
TAHUN 2022**

## DAFTAR ISI

<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>2</b>
<b>BAB II LATAR BELAKANG.....</b>	<b>2</b>
<b>BAB III TUJUAN UMUM DAN TUJUAN KHUSUS.....</b>	<b>3</b>
<b>BAB IV KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN</b>	
1. PENERAPAN KEWASPADAAN ISOLASI.....	4
2. SURVEILANS.....	6
3. PENDIDIKAN DAN PELATIHAN.....	6
4. PENCEGAHAN INFEKSI.....	6
5. PENGGUNAAN ANTIMIKROBA RASIONAL.....	7
<b>BAB V CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN.....</b>	<b>8</b>
<b>BAB VI SASARAN.....</b>	<b>9</b>
<b>BAB VII JADWAL KEGIATAN PPI 2021 .....</b>	<b>10</b>
<b>BAB VIII PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORAN.....</b>	<b>13</b>
<b>BAB IX CARA PELAKSAAN KEGIATAN.....</b>	<b>15</b>
<b>BAB X PENUTUP.....</b>	<b>16</b>

## **BAB I PENDAHULUAN**

Semakin pesatnya ilmu dan teknologi di bidang medis masa kini, maka semakin kompleks pula pelayanan kesehatan di rumah sakit, ditandai dengan meningkatnya prosedur – prosedur invasive baik untuk terapi maupun untuk pemantauan kondisi pasien. Keadaan ini akan menimbulkan dampak meningkatnya kejadian infeksi di pusat pelayanan terutama rumah sakit yang dikenal dengan infeksi rumah sakit *Healthcare Associated Infections* (HAIs).

Infeksi rumah sakit akan berdampak menurunkan mutu pelayanan kesehatan pada pasien karena akan meningkatkan angka kematian dan biaya perawatan akibat semakin lamanya hari rawat serta biaya pengobatan semakin besar. Disamping itu infeksi rumah sakit juga membahayakan petugas medis sendiri karena mereka beresiko tertular infeksi di tempat kerja yang penatalaksanaan umumnya sulit dan mahal. Keluarga pasien dan pengunjung juga berpotensi menularkan penyakit dari komunitas kepada pasien yang sementara dirawat, namun mereka juga berpotensi tertular infeksi rumah sakit seperti tuberkolosis atau *metisilin resisten stafilokokus aureus* (MRSA).

Dalam rangka mencegah dan mengendalikan infeksi rumah sakit tersebut, maka Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menyusun kebijakan dan pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit yang harus dilaksanakan oleh semua rumah sakit yang ada di Indonesia. Sejalan dengan amanat tersebut RSUD M.Natsir Solok juga telah membentuk Komite PPIRS dan menyusun kebijakan serta pedoman PPIRS. Guna melaksanakan kebijakan dan pedoman tersebut perlu disusun program PPIRS untuk jangka waktu 1 (satu) tahun yang wajib dilaksanakan oleh Komite PPIRS lewat Tim PPIRS serta seluruh unit pelayanan baik medis maupun non medis di lingkungan rumah sakit.

## **BAB II**

### **LATAR BELAKANG**

Kejadian infeksi rumah sakit adalah infeksi yang di dapat atau timbul pada waktu pasien dirawat di rumah sakit. Bagi pasien di rumah sakit hal ini merupakan persoalan serius yang dapat menjadi penyebab langsung atau tidak dapat langsung kematian pasien. Beberapa kejadian infeksi rumah sakit mungkin tidak menyebabkan kematian pasien akan tetapi dapat menjadi penyebab penting pasien dirawat lebih lama dirumah sakit. Penyebabnya oleh kuman yang berada di lingkungan rumah sakit atau oleh kuman yang sudah dibawa oleh pasien sendiri, yaitu kuman endogen. Dari batasan ini dapat disimpulkan bahwa kejadian infeksi rumah sakit adalah infeksi yang secara potensial dapat dicegah.

Salah satu hal yang perlu disadari bersama bahwa kualitas pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit yang masih sangat rendah, berdampak pada rendahnya mutu pelayanan rumah sakit maupun bertambahnya beban yang harus ditanggung oleh penderita. Suatu kejadian infeksi rumah sakit pada pasien akan mengakibatkan hal -hal seperti memperberat penyakit dan sangat mungkin menyebabkan terjadinya kematian ataupun kecacatan, perpanjangan waktu perawatan yang juga berdampak pada perpanjangan waktu tunggu bagi pasien lainnya, serta peningkatan biaya pengobatan yang ditanggung oleh pasien maupun rumah sakit.

Untuk meminimalkan terjadinya infeksi di RSUD M.Natsir Solok, maka Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang mempunyai tugas dan tanggungjawab untuk melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD M.Natsir Solok menyusun program kegiatan tahun 2022.

## **BAB III**

### **TUJUAN UMUM DAN TUJUAN KHUSUS**

#### **1. Tujuan Umum**

Meningkatkan mutu pelayanan yang meliputi kualitas pelayanan, manajemen risiko, *clinicalgovernance* dan keselamatan kerja di RSUD M.Natsir Solok

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menurunkan *insiden rate* HAIS di RSUD M.Natsir Solok
- b. Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas akibat infeksi di RSUD M.Natsir
- c. Melindungi pasien dari penularan infeksi di RSUD M.Natsir
- d. Melindungi tenaga kesehatan dari penularan infeksi di RSUD.M.Natsir
- e. Melindungi pengunjung dan masyarakat di lingkungan RSUD M.Natsir infeksi.
- f. Melindungi lingkungan di dalam dan sekitar RSUD M.Natsir

## **BAB IV**

### **KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN**

Kegiatan pokok dan rincian adalah langkah-langkah kegiatan yang harus dilakukan sehingga tercapainya program PPI. Terdapat 5 Program PPI yaitu penerapan kewaspadaan isolasi, kegiatan surveilans, pelaksanaan Diklat, Pencegahan infeksi (penerapan Bundles & ICRA), dan penggunaan antimikroba rasional. kegiatan pokok dan rincian kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

#### **1. Penerapan Kewaspadaan Isolasi**

##### **A. (Kewaspadaan Standar)**

Rincian Kegiatan :

1. Kebersihan tangan
  - Menyusun kebutuhan hand hygiene (Handwash dan Handrub ) dan monitoring ketersediaan secara berkala.
  - Pemilihan area yg membutuhkan handrub berbasis alkohol/clorhexidine 0.5% untuk area non perawatan, clorhexidine 2% untuk area perawatan, clorhexidine 4% untuk area critical care dan tindakan bedah dan invasif.
  - Melakukan audit kepatuhan hand hygiene 6 langkah dalam 5 momen HH kepada seluruh staff Rs
  - Melakukan edukasi secara berkala kepada seluruh staff RS,karyawan baru,talent yang ada di lingkungan RS,pasien,keluarga dan pengunjung.
2. Alat Pelindung Diri
  - Menyusun kebutuhan APD dan monitoring ketersediaan APD secara berkala.
  - Melakukan audit kepatuhan penggunaan APD yang tepat.
  - Melakukan edukasi secara berkala kepada seluruh staff dan karyawan baru dalam penggunaan APD
3. Dekontaminasi peralatan perawatan pasien
  - Melakukan monitoring terhadap pelayanan sterilisasi.
  - Melakukan uji kultur swab terhadap alat yang sudah dilakukan sterilisasi
4. Pengendalian lingkungan
  - Monitoring kesehatan lingkungan terhadap seluruh area lingkungan RS

- Melakukan pemeriksaan lingkungan dan kultur ruangan udara aktif dan pasif

#### 5. Pengelolaan limbah

- Monitoring secara berkala pemilahan limbah infeksius dan non infeksius.
- Monitoring secara berkala pengelolaan limbah cair infeksius, limbah darah dan komponen darah, limbah benda tajam.
- Melakukan audit secara berkala kepada pihak ketiga dalam pemusnahan limbah infeksius dan limbah non infeksius.

#### 6. Pengelolaan Linen

- Monitoring secara berkala dalam proses pemilahan linen infeksius dan linen non infeksius.
- Melakukan audit secara berkala kepada pihak ketiga dalam pengelolaan linen.

#### 7. Perlindungan kesehatan petugas

- Monitoring program MCU terhadap karyawan.
- Berkoordinasi dengan SDM dalam pemberian vaksinasi terhadap karyawan di pelayanan critical care dan instalasi yang beresiko tinggi.
- Monitoring kesehatan karyawan pasca pajanan.

#### 8. Penempatan pasien

- Monitoring penempatan pasien di ruang isolasi bertekanan negatif untuk pasien dengan penyakit menular dengan transmisi airborne.
- Monitoring penempatan pasien di ruang isolasi positif untuk pasien dengan *immunocompromised*.
- Audit suhu, kelembapan dan tekanan ruang isolasi secara berkala.
- Audit ketersediaan APD lengkap di ruang isolasi.
- Audit kepatuhan petugas dalam penggunaan APD yang tepat.

#### 9. Kebersihan pernapasan/Etika batuk dan bersin

- Edukasi etika batuk terhadap staff, pasien, keluarga dan pengunjung RS

#### 10. Praktik menyuntik yang aman

- Monitoring pelaksanaan praktek menyuntik yang aman.
- Melakukan pelatihan praktek menyuntik yang aman.

#### 11. Praktek lumbal pungsi yang aman.

- Monitoring pelaksanaan praktek lumbal pungsi yang aman
- Melakukan pelatihan praktek lumbal pungsi yang aman.

### **B. Penerapan Kewaspadaan Transmisi**

Rincian kegiatan :

#### 1. Monitoring penempatan pasien untuk kewaspadaan transmisi

berdasarkan :

- Kontak
- Droplet
- Airborne

#### 2. Komite PPI berkoordinasi untuk pengendalian wabah penyakit infeksi.

### **C. Surveilans PPI**

Rincian Kegiatan :

- Perencanaan
- Pengumpulan data surveilans di rumah sakit meliputi IADP, ISK, IDO, Phlebitis, VAP.
- Analisa data, interpretasi, rekomendasi, evaluasi
- Pengolahan data untuk menentukan insidens rate infeksi rumah sakit
- Pelaporan kepada Direktur setiap 3 bulan.

### **D. Edukasi Pendidikan dan pelatihan PPI.**

Rumah sakit menetapkan program pelatihan PPI yang meliputi pelatihan untuk :

1. Melakukan pelatihan PPI rutin periodik pada seluruh karyawan RSUD M.Natsir
2. Melakukan pelatihan PPI/sosialisasi PPI pada peserta didik yang melaksanakan praktek di RSUD M.Natsir
3. Melakukan penyuluhan tentang PPI pada pasien dan pengunjung rumah sakit
3. Mengikuti pendidikan berkelanjutan tentang pengendalian infeksi bagi anggota Tim PPI baik IPCD, IPCN dan IPCLN.

### **E. Pencegahan Infeksi**

1..Infeksi merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh mikroorganisme patogen, dengan/tanpa disertai gejala klinik. Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (*Health Care Associated*



*Infections*) yang selanjutnya disingkat HAIs merupakan infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dimana ketika masuk tidak ada infeksi dan tidak dalam masa inkubasi, termasuk infeksi dalam rumah sakit tapi muncul setelah pasien pulang, juga infeksi karena pekerjaan pada petugas rumah sakit dan tenaga kesehatan terkait proses pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

2. Rantai Infeksi (*chain of infection*) merupakan rangkaian yang harus ada untuk menimbulkan infeksi. Dalam melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi dengan efektif, perlu dipahami secara cermat rantai infeksi. Kejadian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan dapat disebabkan oleh 6 komponen rantai penularan, apabila satu mata rantai diputus atau dihilangkan, maka penularan infeksi dapat dicegah atau dihentikan. Enam komponen rantai penularan infeksi, yaitu:

a. Agen infeksi (*infectious agent*) adalah mikroorganisme penyebab infeksi. Pada manusia, agen infeksi dapat berupa bakteri, virus, jamur dan parasit. Ada tiga faktor pada agen penyebab yang mempengaruhi terjadinya infeksi yaitu: patogenitas, virulensi dan jumlah (dosis, atau "*load*"). Makin cepat diketahui agen infeksi dengan pemeriksaan klinis atau laboratorium mikrobiologi, semakin cepat pula upaya pencegahan dan penanggulangannya bisa dilaksanakan

*Reservoir* atau wadah tempat/sumber agen infeksi dapat hidup, tumbuh, berkembang-biak dan siap ditularkan kepada pejamu atau manusia. Berdasarkan penelitian, *reservoir* terbanyak adalah pada manusia, alat medis, binatang, tumbuh-tumbuhan, tanah, air, lingkungan dan bahan-bahan organik lainnya. Dapat juga ditemui pada orang sehat, permukaan kulit, selaput lendir mulut, saluran napas atas, usus dan vagina juga merupakan *reservoir*

Portal of exit (pintu keluar) adalah lokasi tempat agen infeksi (mikroorganisme) meninggalkan *reservoir* melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih serta transplasenta.

1. Metode Transmisi/Cara Penularan adalah metode transport mikroorganisme dari wadah/*reservoir* ke pejamu yang rentan. Ada beberapa metode penularan yaitu: (1) kontak: langsung dan tidak langsung, (2) *droplet*, (3) *airborne*, (4) melalui vehikulum (makanan, air/minuman, darah) dan (5) melalui vektor (biasanya serangga dan binatang pengerat).
2. *Portal of entry* (pintu masuk) adalah lokasi agen infeksi memasuki pejamu yang rentan dapat melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih dan kelamin atau melalui kulit yang tidak utuh.
3. *Susceptible host* (Pejamu rentan) adalah seseorang dengan kekebalan tubuh menurun sehingga tidak mampu melawan agen infeksi. Faktor yang dapat mempengaruhi kekebalan adalah umur, status gizi, status imunisasi, penyakit kronis, luka bakar yang luas, trauma, pasca pembedahan dan pengobatan dengan imunosupresan

#### **F. Melakukan assesment berkala terhadap risiko**

Rincian Kegiatan :

1. Menyusun identifikasi risiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif yang berisiko infeksi serta strategi untuk menurunkan risiko infeksi.
2. Menyusun identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada kegiatan sterilisasi alat.
3. Menyusun identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada kegiatan pengelolaan linen/laundry.
4. Menyusun identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada kegiatan pengelolaan sampah.

5. Menyusun identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada kegiatan penyediaan makanan.
6. Menyusun identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada kegiatan pemulasaran jenazah.
7. Menganalisis dan menyusun tindak lanjut.

### **G. Menetapkan sasaran penurunan risiko**

Rincian Kegiatan :

- a. Mengevaluasi hasil surveilans setiap bulan.
- b. Menerapkan Bundle HAIs
- c. Menyusun ICRA
- d. Menganalisis dan menyusun rencana tindak lanjut.

### **H. Penggunaan antimikroba rasional**

- Perencanaan sistem pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat.
- Pemilihan.
- Perencanaan dan pengadaan sediaan farmasi dan BMHP.
- Penyimpanan.
- Pendistribusian.
- Peresepan/permintaan obat/instruksi pengobatan.
- Penyiapan (dispensing).
- Pemberian.
- Pemantauan terapi obat.

### **BAB III**

#### **CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN**

Adapun untuk melakukan kegiatan program PPI di atas maka dilakukan :

1. Rapat komite PPI rutin setiap 3 bulan
2. Rapat tim PPI rutin minggu pertama setiap bulan
3. IPCN melakukan surveilans sesuai jadwal
4. Seluruh anggota komite PPI dan anggota tim PPI mendapat pengetahuan mengenai pentingnya program kerja PPI
5. Kerjasama dengan pihak diklat dalam pendidikan dan pelatihan
6. Kerjasama dengan pihak komite medik, K3RS dalam kesehatan karyawan
7. Kerjasama dengan pihak rumah tangga dalam penyediaan sarana dan prasarana
8. Kerjasama dengan pihak kesehatan lingkungan dalam pemeriksaan air dan udara
9. Audit pelaksanaan PPI, kepatuhan petugas
10. Laporan dan evaluasi dalam bentuk rutin ke Direktur tiap 3 bulan.
11. Bersinergi dengan seluruh Direktorat untuk aspek PPI terkait pandemi Covid-19.
12. Surveilans kewaspadaan transmisi (airbone, droplet, contact) di seluruh lingkungan RS. Cemerlang

## **BAB IV**

### **SASARAN**

#### **A. Sasaran program dengan melibatkan (SMART)**

1. Sasaran pelaksanaan pencegahan infeksi IAD,ISK,VAP, dan IDO berdasarkan bundles sebesar 95%
2. Sasaran kepatuhan kebersihan tangan 85%
3. Sasaran kepatuhan penggunaan APD sebesar 95%
4. Sasaran surveilans IAD sebesar 2,5 ‰, ISK 1 ‰, VAP 3,5‰, IDO 2 ‰
5. Sasaran membuat infection control risk assessment (icra) program tahun 2021 100%
6. Pasien

Pasien diberikan edukasi tentang PPI dengan harapan ikut serta dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi. Pada masa pandemi Covid-19 seperti saat ini dimana edukasi diberikan secara langsung tidak mungkin diberikan, maka edukasi berupa leaflet atau melalui media informasi di RSUD M.NATSIR

#### 7. Pengunjung

Dimaksud dengan Pengunjung RS dalah keluarga pasien, tamu RS, pihak ketiga (vendor), mahasiswa, yang datang ke RSUD M.NATSIR diberikan edukasi tentang PPI dengan harapan ikut pula dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi terutama tentang aturan yang harus dipatuhi dan dijauhi, terutama pada masa pandemi Covid-19 maka pelaksanaan kewaspadaan transmisi harus sangat diperhatikan.



## BAB V

### A. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN PPI TAHUN 2022 Sesuai dengan rencana kegiatan diatas

NO	KEGIATAN	BULAN														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
1	Menyusun program PPI RS, Membuat ICRA Program, perbaikan SPO												√			
2	Sosialisasi Program kerja dan beberapa SPO PPI		√													
3	Surveilans HAIs (IAD, ISK, VAP, IDO) di ruang ICU, HCU, SCN/NICU, Ranap Dewasa, Ranap Anak dan Ranap Kebidanan.	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
4	Monitoring kelengkapan pencatatan suhu dan kelembaban di area high care CSSD, Laundry, Gizi, Farmasi	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
5	Monitoring penerapan PPI di lingkungan RS (Ruang perawatan, ruang gizi, CSSD, Laundry, Kamar Jenazah, Farmasi, IPAL, Laboratorium, Radiologi, Poliklinik)	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
6	Melakukan investigasi petugas yang terjadi kecelakaan limbah benda tajam bekas pakai	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
7	Audit kebersihan tangan di seluruh unit pelayanan	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
8	Rapat rutin bulanan IPCD, IPCN, IPCLN, anggota lain	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
9	Monitoring pemilahan limbah di ruangan (seluruh area pelayanan perawatan)	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		

10	Memastikan ketersediaan APD & monitoring kepatuhan penggunaan APD diseluruh unit	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
----	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

NO	KEGIATAN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
11	Monitoring ruang Isolasi di IGD, Isolasi Ranap	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
12	Pelaksanaan Audit Bundles HAIs (ICU/ICU, SCN/NICU,Ranap anak,Dewasa dan Kebidanan)	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
13	Melaksanakan ICRA Kontruksi (setiap ada renovasi, demolisi dan pembangunan baru)	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
14	Mengadakan Pelatihan PPI bagi seluruh stakeholder RS		√			√			√			√			
15	Melakukan pelatihan PPI secara periodik kepada karyawan baru (Program Orientasi karyawan)	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
16	Mengikuti pendidikan dan pelatihan IPCN lanjutan	√													
17	Pendidikan dan pelatihan PPI dasar	TENTATIF													
18	Penyuluhan terhadap penunggu pasien, pengunjung	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
19	Membuat laporan bulanan PPI, Laporan triwulan, Laporan tahunan	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
20	Monitoring MCU pada karyawan baru dan lama	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
21	Surveilans kewaspadaan transmisi (airborne, droplet, contact)	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
22	Rapat dengan IPCLN & anggota komite PPI, KMKP, Komite mediis, dll	√			√			√			√				
23	Rapat komite dengan manajemen (bila perlu pembahasan khusus)	√						√							



24.	Monitoring kultur udara ruang OK, ICU, IGD, RO - Udara aktif tiap semester - Udara pasif tiap 2 bulan		√		√		√		√		√		√			
25.	Monitoring dan evaluasi sterilisasi di unit CSSD	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√			
26	Pelaksanaan aspek PPI pada Pandemi Covid-19	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√			

### B. Anggaran Kegiatan PPI

No	Kegiatan	Kuantitas	Biaya	Keterangan
1	Mengikuti pendidikan dan pelatihan PPI dasar untuk IPCLN	2 orang	16.000.000	Tiap tahun untuk IPCLN
2	Mengikuti Pendidikan dan Pelatihan IPCN Lanjutan	1 orang	7.500.000	-
3	Monitoring kultur udara ruang OK, ICU, IGD A. Active air sample B. Passive air sample	a. A. Teknik Active air sampler (ke BBLK) b. @Rp 500.000 x 6 ruangan c. d. B. Teknik passive air sampler (dikerjakan sendiri di lab mikro RSY): ▪ Ruang ICU @Rp 38.000x3 ICU x 4 bh agar darah x6 ▪ R.IGD@Rp 38.000x1x 5 bh agar darah x6	3.000.000  1.368.000  1.140.000	▪ Kultur udara aktif setiap tahun (sebagai QC eksternal)  ▪ Kultur udara pasif dilakukan tiap 2 bulan (sebagai QC internal)
4	Memastikan ketersediaan sarana	▪ HR @Rp60.000 x 123x12 ▪ HW@Rp70.000x79x12 ▪ Tissue@Rp5.750x252x12	88.560.000 66.360.000 17.388.000	<b>Anggaran Farmasi (Perbekes)</b>

	kebersihan tangan ( HW,HR, Tissue)			
5	Pembuatan sticker promosi kesehatan (warning/protokol kesehatan)		4.000.000	<b>Anggaran marketing</b>
	<b>Total</b>		<b>205.964.000</b>	

## BAB VI

### CARA PELAKSANAAN KEGIATAN DAN BUKTI PELAKSANAAN KEGIATAN

1. Evaluasi proker tahun 2021

Adanya laporan kegiatan tahun 2021 di laporkan ke Direktur Utama dan Komite PMKP.

2. Evaluasi SOP dan revisi bila tidak sesuai dengan prinsip PPI

Adanya dokumen SOP yang direvisi dan SOP hasil revisi serta SOP baru.

3. Sosialisasi Program PPI

Adanya undangan Sosialisasi dan daftar hadir sosialisasi Program

4. Sosialisasi Pedoman dan SPO

Adanya undangan dan daftar hadir

5. Menyusun kebutuhan stiker PPI dan Pemasangan pada seluruh areapelayanan

Adanya dokumen jumlah kebutuhan Stiker dan tempat pemasangan pada seluruh area pelayanan

6. Audit Lingkungan pada seluruh area pelayanan

Adanya dokumen hasil audit lingkungan seluruh area pelayanan

7. Surveilans :

- a. IDO,ISK, dan Phlebitis,IADP,VAP,HAP

Adanya laporan kejadian HAIs setiap 3 bulan ditujukan ke Direktur RSUD M.NATSIR

- b. Audit kepatuhan penerapan bundle HAIs.

Adanya laporan penerapan bundle HAIs

8. Rapat evaluasi penerapan kewaspadaan isolasi dan dan hasil *surveilans* setiap 3 bulan

Ada undangan, daftar hadir dan notulen rapat

9. Rapat evaluasi setiap tahun untuk menilai/mengkaji ulang pelaksanaan kebijakan dan pedoman PPIRS yang berlaku dan mendeteksi kesulitan dan hambatan-hambatannya.

Ada undangan, daftar hadir dan notulen rapat

10. Melakukan pelatihan PPI rutin periodik pada seluruh karyawan RSUD M.NATSIR

Adanya kerangka acuan dan daftar hadir peserta pelatihan

11. Melakukan pelatihan PPI pada peserta didik yang melaksanakan praktek di RSUD M.NATSIR

Adanya kerangka acuan dan daftar hadir peserta pelatihan.

12. Sosialisasi/Penyuluhan tentang PPI pada pasien, Keluarga dan pengunjung RS

Adanya kerangka acuan dan daftar hadir peserta pelatihan

13. Mengikuti pendidikan berkelanjutan tentang pengendalian infeksi bagi anggota IPCN

Adanya surat tugas dan sertifikat IPCN

14. Monitoring penanganan karyawan terkena pajanan

Adanya dokumen penanganan terkena pajanan

19. Koordinasi kejadian KLB dan melakukan tindak lanjut kejadian KLB.

20. Rapat dengan IPCLN& anggota komite PPI, komite PMKP, Komite medis.

Ada UMAN bukti rapat dan pelaporan dokumen ke komite PMKP

21. Monitoring kultur udara ruang operasi, dan alat.

Adanya hasil kultur ruangan dan alat

22. Monitoring dan evaluasi sterilisasi di unit CSSD.

Adanya monev sterilisasi

23. Koordinasi aspek PPI pada pandemi Covid-19.

Adanya kegiatan sinergi dengan direktorat lain di lingkungan RSUD M.NATSIR

24. Surveilans kewaspadaan transmisi (airborne, droplet, contact) di lingkungan RSUD M Natsir

## **BAB VII**

### **EVALUASI DAN PELAPORAN**

- a. Evaluasi dan laporan IPCN ke IPCD/ Ketua komite PPI dilakukan setiap bulan berjalan
- b. Laporan IPCD/ Ketua komite PPI ke Direktur RS dilakukan setiap 3 bulan, dilampirkan juga ke bagian Mutu.
- c. Laporan evaluasi program kerja dan rekomendasi dilakukan setiap tahun.

## BAB VIII PENUTUP

Program Komite PPI di RSUD M.NATSIR yang disusun untuk tahun 2022 meliputi kegiatan rutin dan kegiatan pencegahan dari aspek PPI terkait pandemi Covid-19 untuk peningkatan mutu pelayanan yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi.

Program Komite PPI tahun 2022 ini diharapkan dapat berjalan dengan baik tentu saja dengan kerjasama, dan bersinergi dengan seluruh direktorat dan stakeholder di lingkungan RSUD M.NATSIR, dan tentu saja dengan dukungan manajemen dan direksi RSUD M.NATSIR

Solok, 05 Januari 2022

Mengetahui,

Ketua Komite PPI



dr. Helwi Nofira, SpOG (K)

Direktur



dr. Elvi Fitraneti, Sp PD