

**INFECTION CONTROL RISK ASSESSMENT (ICRA) PROGRAM KOMITE PPI
TAHUN 2024**

| No | Masalah / Daftar Risiko | Probabilitas | | | | | Potensi/Dampak | | | | | Sistim Yang Ada | | | | | Skore | Rangking Risiko | |
|---|---|--------------|---|---|---|---|----------------|---|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|-------|-----------------|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| A. SURVEILANS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CAUTI | 1 | | | | | | | | 3 | | | | | 2 | | | 6 | 3 |
| 2 | Plebitis | 1 | | | | | | | | | 4 | | | | 2 | | | 8 | 2 |
| 3 | Dekubitus | 1 | | | | | | | | 3 | | | | | 2 | | | 6 | 4 |
| 4 | Luka Akibat Restrain | 3 | | | | | | | | 3 | | | | | 2 | | | 18 | 1 |
| B. KEBERSIHAN TANGAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Kurang optimalnya kepatuhan petugas dalam pelaksanaan kebersihan tangan | | | | | 5 | | | | 3 | | | | | 2 | | | 30 | 1 |
| 6 | Kurang tersedianya fasilitas kebersihan tangan dipelayanan pasien | | | | 4 | | | | | 3 | | | | | 2 | | | 24 | 2 |
| C. ALAT PELINDUNG DIRI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Kurang optimalnya kepatuhan petugas dalam pemakaian APD | | | | | 5 | | | | 3 | | | | | 2 | | | 30 | 1 |
| D. PENANGANAN LIMBAH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Ketidakpatuhan dalam membuang limbah benda tajam (jarum) ke dalam safety box | | | | | 5 | | | | 3 | | | | | | 4 | | 60 | 1 |
| 9 | Ketidakpatuhan dalam pemilahan sampah infeksius dan non infeksius | | | 3 | | | | | | 2 | | | | | 2 | | | 12 | 6 |
| 10 | Tempat pengelolaan limbah untuk limbah infeksius, non infeksius dan cair belum memadai | | | | | 5 | | | | 3 | | | | | | 4 | | 60 | 2 |
| 11 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD | | | | 4 | | | | | 2 | | | | | | 4 | | 32 | 3 |
| 12 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan | | | 3 | | | | | | 3 | | | | | 2 | | | 18 | 4 |
| 13 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik/benda tajam | 1 | | | | | | | | | | 4 | | | | 4 | | 16 | 5 |
| E. PENGENDALIAN LINGKUNGAN (KEBERSIHAN LINGKUNGAN) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Kurangnya optimalnya kepatuhan petugas CS dalam pemakaian APD | | | | 4 | | | | | 3 | | | | | 3 | | | 36 | 3 |
| 15 | Kurangnya jumlah petugas CS diluar gedung | | | | 4 | | | | | 3 | | | | 2 | | | | 24 | 4 |
| 16 | Kurangnya jumlah alat kebersihan yang digunakan tenaga CS untuk membersihkan lingkungan | | | 3 | | | | | | 3 | | | | | | 4 | | 36 | 1 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|--|---|---|---|--|---|--|---|--|--|----|---|
| 17 | Kurang optimalnya kepatuhan petugas CS dalam melakukan kebersihan tangan | | | | 4 | | | | 3 | | | | 3 | | | 36 | 2 |
| 18 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik/ benda tajam pada petugas CS | 1 | | | | | | | 4 | | | | 4 | | | 16 | 5 |
| F. CSSD (PEMROSESAN PERALATAN PERAWATAN PASIEN) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | Resiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk, tergores instrument medis pada proses Dekontaminasi | | 2 | | | | | | 4 | | | | 4 | | | 32 | 2 |
| 20 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan sebelum melakukan proses dekontaminasi | | 2 | | | | | 3 | | | 2 | | | | | 12 | 3 |
| 21 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD khususnya face shield pada saat dekontaminasi | | | | 4 | | 2 | | | | | | 4 | | | 32 | 1 |
| G. KAMAR JENAZAH | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | Sarana dan prasarana kamar jenazah yang belum memadai | | 2 | | | | | 3 | | | | | 3 | | | 18 | 2 |
| 23 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD saat Pemulasaran Jenazah | | 2 | | | | | 3 | | | 2 | | | | | 12 | 4 |
| 24 | Kurangnya petugas untuk pemulasaran jenazah | | | | 4 | | 2 | | | | | | 3 | | | 24 | 1 |
| 25 | Risiko petugas terpapar cairan tubuh/infeksius dari jenazah | 1 | | | | | | | 4 | | 2 | | | | | 8 | 5 |
| 26 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan setelah pemulasaran jenazah | | 2 | | | | | 3 | | | 2 | | | | | 12 | 3 |
| H. PENGELOLAAN LINEN/LOUNDRY | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | Kurang optimalnya pengelolaan linen karena kerusakan mesin cuci dan pengering | | | | 4 | | 2 | | | | | | 3 | | | 24 | 1 |
| 28 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja terpapar cairan tubuh/infeksius pada petugas saat pengelolaan linen | | 2 | | | | 2 | | | | | | 3 | | | 12 | 5 |
| 29 | Kurangnya petugas untuk pengelolaan linen | | | 3 | | | | 3 | | | 2 | | | | | 18 | 2 |
| 30 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD saat Pengelolaan linen | | 2 | | | | | 3 | | | 2 | | | | | 12 | 4 |
| 31 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan sebelum dan setelah pengelolaan linen | | 2 | | | | | 3 | | | 2 | | | | | 12 | 3 |
| I. PELAYANAN DISTRIBUSI LINEN BERSIH DAN KOTOR | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | Linen kotor infeksius dengan linen kotor non Infeksius bercampur | | 2 | | | | | 3 | | | 2 | | | | | 12 | 4 |
| 33 | Alat transportasi untuk distribusi linen sama | | | | 4 | | 2 | | | | 2 | | | | | 16 | 2 |
| 34 | Kurangnya petugas untuk pendistribusian linen | | | 3 | | | 2 | | | | | | 3 | | | 18 | 1 |
| 35 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD | | 2 | | | | 2 | | | | 2 | | | | | 8 | 5 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|---|---|---|---|--|--|---|---|---|--|--|---|---|--|----|---|
| 36 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan | | 2 | | | | | | 3 | | | | 2 | | | 12 | 3 |
| J. LABORATORIUM | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan sebelum pengambilan sampel | | | 3 | | | | | 3 | | | | 2 | | | 18 | 3 |
| 38 | Kurangnya ketersediaan fasilitas APD khususnya jas laboratorium | | | | 4 | | | 2 | | | | | | 4 | | 32 | 1 |
| 39 | kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD khususnya jas laboratorium pada saat pengambilan dan pemeriksaan sampel | | | | 4 | | | 2 | | | | | | 4 | | 32 | 2 |
| 40 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik pada petugas saat pengambilan sampel | 1 | | | | | | | | 4 | | | | 4 | | 16 | 4 |
| K. RADIOLOGI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 41 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan sebelum Melakukan tindakan Rontgen | | | 3 | | | | 2 | | | | | 2 | | | 12 | 3 |
| 42 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD khususnya gown atau baju pelindung radiasi | | | 3 | | | | | | 4 | | | 3 | | | 36 | 1 |
| 43 | Petugas beresiko terkena droplet dari pasien yang dicurigai TB | | | 3 | | | | 2 | | | | | 3 | | | 18 | 2 |
| L. FARMASI/TINDAKAN INVASIF | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 44 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan sebelum injeksi obat suntik, pemasangan infus, rekonstitusi dan pencampuran obat suntik. | | | | 4 | | | | 3 | | | | 2 | | | 24 | 2 |
| 45 | Penyiapan obat injeksi/infus serta rekonstitusi dan pencampuran sediaan parenteral kurang aseptik | | | 3 | | | | | 3 | | | | 3 | | | 27 | 1 |
| 46 | Resiko infeksi saat pemasukan obat kedalam botol infus karena penambahan obat kedalam botol cairan infus melalui penusukan badan botol/dasar botol dan tidak melalui mulut botol, serta pemidahan obat dari vial /ampul) | | 2 | | | | | 2 | | | | | | 3 | | 12 | 4 |
| 47 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD | | | | 4 | | | 2 | | | | | 2 | | | 16 | 3 |
| 48 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik/benda tajam pada petugas | 1 | | | | | | | 3 | | | | | 3 | | 9 | 5 |
| M. GIZI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 49 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan | | | 3 | | | | | 3 | | | | 2 | | | 18 | 2 |
| 50 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD | | | | 4 | | | 2 | | | | | | 4 | | 32 | 1 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|---|---|---|---|---|--|---|---|---|--|-----|---|
| 51 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk benda tajam pada petugas saat pengolahan makanan | 1 | | | | | | | | 4 | | | | 4 | | 16 | 3 |
| N. PENEMPATAN PASIEN | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 52 | Risiko penyebaran infeksi karena penempatan pasien yang tidak sesuai transmisi | | | | | 5 | | | | 4 | | | | 4 | | 200 | 1 |
| O. PERLINDUNGAN KESEHATAN KAYAWAN | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 53 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik/benda tajam pada petugas | 1 | | | | | | | | 4 | | | | 4 | | 16 | 2 |
| 54 | Petugas beresiko terpapar droplet dari pasien yang dicurigai TB dan pasien TB | | | 3 | | | 2 | | | | | | 3 | | | 18 | 1 |
| P. PENYUNTIKAN YANG AMAN | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik/benda tajam pada petugas | 1 | | | | | | | | 4 | | | | 4 | | 16 | 1 |
| 56 | Risiko terjadi infeksi pada daerah tusukan jarum suntik akibat tidak melakukan tindakan aseptik | 1 | | | | | | 3 | | | | 2 | | | | 6 | 2 |
| Q. ETIKA BATUK | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 57 | Risiko penyebaran infeksi melalui droplet dan airborne | | | 3 | | | | | 3 | | | | 2 | | | 18 | 1 |
| R. ICRA COVID-19 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 58 | Rendahnya kebersihan tangan (63,75%) diruangan covid-19 | | | 4 | | | | | | 5 | | | | 5 | | 100 | 1 |
| 59 | Rendahnya kepatuhan penggunaan APD (70,06%) di ruang Covid-19 | | | 4 | | | | | 4 | | | | 4 | | | 64 | 3 |
| 60 | Ruang tunggu pasien poli demam tidak terpisah | | | 5 | | | | | 4 | | | | 4 | | | 100 | 2 |
| S. ICRA RENOVASI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 61 | Risiko penyebaran infeksi karena ketidakpatuhan dalam pelaksanaan pekerjaan sesuai dengan perjanjian ICRA Renovasi | | 2 | | | | | | 3 | | | | 2 | | | 12 | 1 |
| T. KEWASPADAAN TRANSMISI (KONTAK, DROPLET DAN AIRBONE) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 62 | Risiko penyebaran infeksi melalui kontak, droplet dan airborne | | | 3 | | | | | 3 | | | | 2 | | | 18 | 1 |

**PRIORITA RENCANA TINDAK LANJUT
TAHUN 2024**

| No | Jenis Kelompok Risiko | Skore | Prioritas |
|---|---|-------|-----------|
| A. SURVEILANS | | | |
| 1 | Luka Akibat Restrain | 18 | 1 |
| 2 | Plebitis | 8 | 2 |
| 3 | CAUTI | 6 | 3 |
| 4 | Dekubitus | 6 | 4 |
| B. KEBERSIHAN TANGAN | | | |
| 5 | Kurang optimalnya kepatuhan petugas dalam pelaksanaan kebersihan tangan | 30 | 1 |
| 6 | Kurang tersedianya fasilitas kebersihan tangan dipelayanan pasien | 24 | 2 |
| C. ALAT PELINDUNG DIRI | | | |
| 7 | Kurang optimalnya kepatuhan petugas dalam pemakaian APD | 30 | 1 |
| D. PENANGANAN LIMBAH | | | |
| 8 | Ketidakpatuhan dalam membuang limbah benda tajam (jarum) ke dalam safety box | 60 | 1 |
| 9 | Tempat pengelolaan limbah untuk limbah infeksius, non infeksius dan cair belum memadai | 60 | 2 |
| 10 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD | 32 | 3 |
| 11 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan | 18 | 4 |
| 12 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik/benda tajam | 16 | 5 |
| 13 | Ketidakpatuhan dalam pemilahan sampah infeksius dan non infeksius | 12 | 6 |
| E. PENGENDALIAN LINGKUNGAN (KEBERSIHAN LINGKUNGAN) | | | |
| 14 | Kurangnya jumlah alat kebersihan yang digunakan tenaga CS untuk membersihkan lingkungan | 36 | 1 |
| 15 | Kurang optimalnya kepatuhan petugas CS dalam melakukan kebersihan tangan | 36 | 2 |
| 16 | Kurangnya optimalnya kepatuhan petugas CS dalam pemakaian APD | 36 | 3 |
| 17 | Kurangnya jumlah petugas CS diluar gedung | 24 | 4 |
| 18 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik/ benda tajam pada petugas CS | 16 | 5 |
| F. CSSD (PEMROSESAN PERALATAN PERAWATAN PASIEN) | | | |
| 19 | kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD khususnya face shield pada saat dekontaminasi | 32 | 1 |
| 20 | Resiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk,tergores instrument medis pada proses Dekontaminasi | 32 | 2 |
| 21 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan sebelum melakukan proses dekontaminasi | 12 | 3 |
| G. KAMAR JENAZAH | | | |
| 22 | Kurangnya petugas untuk pemulasaran jenazah | 24 | 1 |
| 23 | Sarana dan Prasarana kamar Jenazah yang belum memadai | 18 | 2 |
| 24 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan setelah pemulasaran jenazah | 12 | 3 |
| 25 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD saat Pemulasaran Jenazah | 12 | 4 |
| 26 | Risiko petugas terpapar cairan tubuh/infeksius dari jenazah | 8 | 5 |

| H. PENGELOLAAN LINEN/LOUNDRY | | | |
|---|---|-----|---|
| 27 | Kurang optimalnya pengelolaan linen karena kerusakan mesin cuci dan pengering | 24 | 1 |
| 28 | Kurangnya petugas untuk pengelolaan linen | 18 | 2 |
| 29 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan sebelum dan setelah pengelolaan linen | 12 | 3 |
| 30 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD saat Pengelolaan linen | 12 | 4 |
| 31 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja terpapar cairan tubuh/infeksius pada petugas saat pengelolaan linen | 12 | 5 |
| I. PELAYANAN DISTRIBUSI LINEN BERSIH DAN KOTOR | | | |
| 32 | Kurangnya petugas untuk pendistribusian linen | 18 | 1 |
| 33 | Alat transportasi untuk distribusi linen sama | 16 | 2 |
| 34 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan sebelum dan setelah pengelolaan linen | 12 | 3 |
| 35 | Linen kotor infeksius dengan linen kotor non Infeksius bercampur | 12 | 4 |
| 36 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD | 8 | 5 |
| J. LABORATORIUM | | | |
| 37 | Kurangnya ketersediaan fasilitas APD khususnya jas laboratorium | 32 | 1 |
| 38 | kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD khususnya jas laboratorium pada saat pengambilan dan pemeriksaan sampel | 32 | 2 |
| 39 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan sebelum pengambilan sampel | 18 | 3 |
| 40 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik pada petugas saat pengambilan sampel | 16 | 4 |
| K. RADIOLOGI | | | |
| 41 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD khususnya gown atau baju pelindung radiasi | 36 | 1 |
| 42 | Petugas beresiko terkena droplet dari pasien yang dicurigai TB | 18 | 2 |
| 43 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan sebelum melakukan tindakan rontgen | 12 | 3 |
| L. FARMASI/TINDAKAN INVASIF | | | |
| 44 | Penyiapan obat injeksi/infus serta rekonstitusi dan pencampuran sediaan parenteral kurang aseptik | 27 | 1 |
| 45 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan sebelum injeksi obat suntik, pemasangan | 24 | 2 |
| 46 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD | 16 | 3 |
| 47 | Resiko infeksi saat pemasukan obat kedalam botol infus karena penambahan obat kedalam botol cairan | 12 | 4 |
| 48 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik/benda tajam pada petugas | 9 | 5 |
| M. GIZI | | | |
| 49 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD | 32 | 1 |
| 50 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan | 18 | 2 |
| 51 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk benda tajam pada petugas saat pengolahan makanan | 16 | 3 |
| N. PENEMPATAN PASIEN | | | |
| 52 | Risiko penyebaran infeksi karena penempatan pasien yang tidak sesuai transmisi | 200 | 1 |
| O. PERLINDUNGAN KESEHATAN KAYAWAN | | | |
| 53 | Petugas beresiko terpapar droplet dari pasien yang dicurigai TB dan pasien TB | 18 | 1 |
| 54 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik/benda tajam pada petugas | 16 | 2 |
| P. PENYUNTIKAN YANG AMAN | | | |
| 55 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik/benda tajam pada petugas | 16 | 1 |

| | | | |
|---|--|-----|---|
| 56 | Risiko terjadi infeksi pada daerah tusukan jarum suntik akibat tidak melakukan tindakan aseptik | 6 | 2 |
| Q. ETIKA BATUK | | | |
| 57 | Risiko penyebaran infeksi melalui droplet dan airborne | 18 | 1 |
| R. ICRA COVID-19 | | | |
| 58 | Rendahnya kebersihan tangan (63,75%) diruangan covid-19 | 100 | 1 |
| 59 | Ruang tunggu pasien poli demam tidak terpisah | 100 | 2 |
| 60 | Rendahnya kepatuhan penggunaan APD (70,06%) di ruang Covid-19 | 64 | 3 |
| S. ICRA RENOVASI | | | |
| 61 | Risiko penyebaran infeksi karena ketidakpatuhan dalam pelaksanaan pekerjaan sesuai dengan perjanjian ICRA Renovasi | 12 | 1 |
| T. KEWASPADAAN TRANSMISI (KONTAK, DROPLET DAN AIRBONE) | | | |
| 62 | Risiko penyebaran infeksi melalui kontak, droplet dan airborne | 18 | 1 |

**PLAN OF ACTION
TAHUN 2024**

| NO | KEGIATAN | TUJUAN UMUM | INTERVENSI | PENANGGUNG JAWAB | WAKTU | HASIL YANG DIHARAPKAN |
|-----------------------------|---|---|--|---|---------|---|
| A. SURVEILANS | | | | | | |
| 1 | Luka Akibat Restrain | Tercapainya angka kejadian luka akibat restrain <1,5% dalam 1 tahun | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan restrain 2. Gunakan alat restrain yang nyaman untuk klien 3. Monitoring posisi tangan dan kaki klien saat restrain/ 15 menit 4. Penggantian posisi / 2 jam 5. Edukasi staf terkait melakukan restrain 6. Revisi SPO restrain | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Ruangan 2. IPCLN/IPCN 3. Komite PPI | 1 Bulan | Angka kejadian luka akibat restrain < 1,5% tercapai |
| 2 | Plebitis | Tercapainya angka kejadian plebitis <1% dalam 1 tahun | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kebutuhan 2. Pemasangan oleh petugas yg terlatih 3. Lakukan kebersihan tangan 4. Lakukan tehnik insersi yang tepat 5. Ikuti petunjuk penggunaan obat-obatan 6. Monitor laju tetesan 7. Observasi area insersi regular 8. Lakukan penggantian infus dan adminitrasi set sesuai kebijakan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Ruangan 2. IPCLN/IPCN 3. Komite PPI | 1 Bulan | Angka kejadian plebitis < 1% tercapai |
| 3 | CAUTI (ISK) | Tercapainya angka kejadian Cauti <4,7% dalam 1 tahun | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kebutuhan 2. Pemasangan oleh petugas yg terlatih 3. Kebersihan tangan 4. Tekhnik steril 5. Perawatan kateter 6. Pemeliharaan kateter 7. Segera lepas jika tdk dibutuhkan lagi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Ruangan 2. IPCLN/IPCN 3. Komite PPI | 1 Bulan | Angka kejadian cauti < 4,7% tercapai |
| 4 | Dekubitus | Tercapainya angka kejadian dekubitus <1,5% dalam 1 tahun | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan 2. Periksa kondisi kulit 3. Mengubah posisi duduk/berbaring 4. Memakai kasur anti dekubitus | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Ruangan 2. IPCLN/IPCN 3. Komite PPI | 1 Bulan | Angka kejadian dekubitus < 1,5% tercapai |
| B. KEBERSIHAN TANGAN | | | | | | |
| 5 | Kurang optimalnya kepatuhan petugas dalam pelaksanaan kebersihan tangan | Tercapainya kepatuhan kebersihan tangan menjadi 85% dalam 1 tahun | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi petugas untuk melakukan kebersihan tangan 2. Menyediakan sarana kebersihan tangan 3. Melakukan monitoring dan audit kebersihan tangan 4. Edukasi ulang pentingnya kebersihan tangan 5. Mendisiminasikan hasil audit kebersihan tangan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Komite PPI 2. IPCLN/IPCN 3. Kepala Ruangan 4. Kepala Bidang terkait | 1 Bulan | Kepatuhan kebersihan tangan tercapai 85% |

| | | | | | | |
|------------------------------|--|---|---|--|---------|--|
| 6 | Kurang tersedianya fasilitas kebersihan tangan dipelayanan pasien | Tercapainya fasilitas kebersihan tangan menjadi 85% dalam 1 tahun | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan sarana fasilitas kebersihan tangan sesuai kebutuhan 2. Melakukan Monitoring dan audit fasilitas APD | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Farmasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Ketersediaan fasilitas APD khususnya jan laboratorium tercapai 85% |
| C ALAT PELINDUNG DIRI | | | | | | |
| 7 | Kurang optimalnya kepatuhan petugas dalam pemakaian APD | Tercapainya kepatuhan pemakaian APD 100% | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi petugas untuk memakai APD sesuai indikasi 2. Edukasi ulang pentingnya penggunaan APD sesuai indikasi 3. Melakukan monitoring & audit kepatuhan pemakaian APD sesuai indikasi 4. Mendisiminasikan hasil audit pemakaian APD | <ol style="list-style-type: none"> 1. Komite PPI 2. IPC/N/IPC/N 3. Kepala Ruangan 4. Kepala Bidang terkait | 1 Bulan | Kepatuhan penggunaan APD tercapai 100% |
| D PENANGANAN LIMBAH | | | | | | |
| 8 | Ketidakpatuhan dalam membuang limbah benda tajam (jarum) ke dalam safety box | Tercapainya kepatuhan dalam membuang limbah benda tajam (jarum) ke dalam safety box | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan safety Box 2. Edukasi ulang tentang pengelolaan limbah 3. Monitoring dan audit pembuangan limbah benda tajam (jarum) ke dalam safety box 4. Mendisiminasikan hasil audit pengelolaan limbah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesling 2. Komite PPI 3. Kepala Ruangan | 1 Bulan | Kepatuhan dalam pembuangan limbah benda tajam ke dalam safety box tercapai 85% |
| 9 | Tempat pengelolaan limbah untuk limbah infeksius, non infeksius dan cair belum memadai | Tercapainya tempat pengelolaan limbah yang memadai | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajukan perbaikan pembuangan limbah yang rusak 2. Sosialisasi pengelolaan limbah 3. Melakukan monitoring dan audit pengelolaan limbah 4. Mendisiminasikan hasil audit pengelolaan limbah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesling 2. Komite PPI 3. Kepala Ruangan | 1 Bulan | Kepatuhan dalam pemilahan sampah infeksius dan non infeksius tercapai |
| 10 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD | Tercapainya kepatuhan pemakaian APD 100% | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi petugas untuk memakai APD sesuai indikasi 2. Edukasi ulang pentingnya penggunaan APD sesuai indikasi 3. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan pemakaian APD sesuai indikasi 4. Mendisiminasikan hasil audit pemakaian APD | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesling 2. Komite PPI 3. Kepala Ruangan 4. Supervisor CS | 1 Bulan | Kepatuhan penggunaan APD tercapai 100% |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---------|---|
| 11 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan | Tercapainya kepatuhan kebersihan tangan mencapai 80% dalam satu tahun | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi petugas untuk melakukan kebersihan tangan 2. Menyediakan sarana kebersihan tangan 3. Melakukan monitoring dan audit kebersihan tangan 4. Edukasi ulang pentingnya kebersihan tangan 5. Mendokumentasikan hasil audit kebersihan tangan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Keading 2. Komite PPI 3. Kepala Ruangan 4. Supervisor CS | 1 Bulan | kepatuhan kebersihan tangan tercapai 80% |
| 12 | Nilainya terdapatnya kesalahan kerja terstruktur jamah suntik, benda tajam | Tercapainya tidak terjadi kesalahan kerja terstruktur jamah suntik pada petugas CS | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pakai APD sesuai indikasi 2. Edukasi kembali tentang pengelolaan limbah 3. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan pengelolaan limbah 4. Mendokumentasikan hasil audit pengelolaan limbah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Keading 2. Komite PPI 3. Kepala Ruangan 4. Supervisor CS | 1 Bulan | kecelakaan kerja terstruktur jamah suntik tidak terjadi tercapai 100% |
| 13 | Ketidaksiharian dalam penulisan limbah infeksius dan non infeksius | Tercapainya penulisan limbah sesuai jenisnya | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nandahar limbah sesuai jenisnya 2. Edukasi kembali tentang pengelolaan limbah 3. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan pengelolaan limbah 4. Mendokumentasikan hasil audit pengelolaan limbah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Keading 2. Komite PPI 3. Kepala Ruangan 4. Supervisor CS | 1 Bulan | Penulisan limbah sesuai jenis tercapai 80% |
| E PENGENDALIAN LINGKUNGAN (KEBERSIHAN LINGKUNGAN) | | | | | | |
| 14 | Kurangnya jumlah alat kebersihan yang digunakan tenaga CS untuk membersihkan lingkungan | Tercapainya jumlah alat kebersihan CS 100% | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajukan jumlah kebutuhan alat kebersihan petugas CS di RHA 2. Kosultasikan alat kebersihan petugas CS pada pengelola CS 3. Monitoring kelengkapan alat kebersihan petugas CS di lingkungan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Keading 2. Komite PPI 3. Supervisor CS | 1 Bulan | Jumlah alat kebersihan petugas CS terpenuhi 100% |
| 15 | Kurang optimalnya kepatuhan petugas CS dalam melakukan kebersihan tangan | Tercapainya kepatuhan kebersihan tangan mencapai 85% dalam satu tahun | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi CS untuk melakukan kebersihan tangan 2. Menyediakan sarana kebersihan tangan 3. Melakukan monitoring dan audit kebersihan tangan 4. Edukasi ulang pentingnya kebersihan tangan 5. Mendokumentasikan hasil audit kebersihan tangan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Keading 2. Komite PPI 3. Supervisor CS | 1 Bulan | kepatuhan kebersihan tangan tercapai 85% |
| 16 | Kurangnya optimalnya kepatuhan petugas CS dalam pemakaian APD | Tercapainya kepatuhan pemakaian APD 100% | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi CS untuk memakai APD sesuai indikasi 2. Edukasi ulang pentingnya penggunaan APD sesuai indikasi 3. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan pemakaian APD sesuai indikasi 4. Mendokumentasikan hasil audit pemakaian APD | <ol style="list-style-type: none"> 1. Keading 2. Komite PPI 3. Supervisor CS | 1 Bulan | kepatuhan penggunaan APD tercapai 100% |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---------|--|
| 17 | Kurangnya jumlah petugas CS diluar gedung | Tercapainya kebutuhan petugas CS | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajukan usulan menambahkan tenaga untuk CS ke kapid penunjang 2. Koordinasi dengan pengelola/ supervisor CS | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesling 2. Pengelola/ Supervisor CS | 1 Bulan | Kebutuhan petugas CS terpenuhi 100% |
| 18 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik/ benda tajam pada petugas CS | Tercapainya tidak terjadi kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik pada petugas CS | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pakai APD (sepatu) 2. Edukasi kembali tentang pengelolaan limbah 3. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan pengelolaan limbah 4. Mendisiminasikan hasil audit pengelolan limbah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesling 2. Komite PPI 3. Supervisor CS | 1 Bulan | Kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik pada petugas CS tidak terjadi tercapai 100% |
| F CSSD (PEMROSESAN PERALATAN PERAWATAN PASIEN) | | | | | | |
| 19 | kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD khususnya face shield pada saat dekontaminasi | Tercapainya kepatuhan pemakaian APD khususnya face shield pada saat dekontaminasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi staff untuk memakai APD sesuai indikasi 2. Edukasi ulang pentingnya penggunaan APD sesuai indikasi 3. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan pemakaian APD sesuai indikasi 4. Mendisiminasikan hasil audit pemakaian APD | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Kepatuhan penggunaan APD tercapai 100% |
| 20 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk/tergores instrument medis pada proses dekontaminasi | Tercapainya tidak terjadi kecelakaan kerja tertusuk/tergores instrument medis pada proses dekontaminasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan peralatan/APD sesuai kebutuhan 2. Melakukan monitoring dekontaminasi 3. Meningkatkan daya tahan tubuh petugas 4. Melakukan imunisasi berkala sesuai kebutuhan 5. Melakukan MCU sekali setahun | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Kesling 3. Komite PPI | 1 Bulan | Kecelakaan kerja tertusuk/tergores instrument medis pada proses dekontaminasi |
| 21 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan sebelum melakukan proses dekontaminasi | Tercapainya kepatuhan kebersihan tangan menjadi 85% dalam satu tahun | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi staff untuk melakukan kebersihan tangan 2. Menyediakan sarana kebersihan tangan 3. Melakukan monitoring dan audit kebersihan tangan 4. Edukasi ulang pentingnya kebersihan tangan 5. Mendisiminasikan hasil audit kebersihan tangan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Kepatuhan kebersihan tangan tercapai 85% |
| G KAMAR JENAZAH | | | | | | |
| 22 | Kurangnya petugas untuk pemulasaran jenazah | Tercapainya kebutuhan petugas untuk pemulasaran jenazah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajukan usulan menambahkan tenaga untuk pemulasaran jenazah ke kapid penunjang 2. Mengajukan usulan untuk pelatihan bagi petugas pemulasaran jenazah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kapid Penunjang 2. Ka Instalasi | 1 Bulan | Kebutuhan petugas untuk pemulasarn jenazah terpenuhi 100% |

| | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|--|---------|--|
| 23 | Sarana dan Prasarana kamar Jenazah yang belum memadai | Tercapainya sarana dan prasarana kamar jenazah yang memadai | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajukan usulan pembangunan/ renovasi kamar jenazah sesuai standar 2. Mengajukan usulan prasarana penunjang untuk kamar jenazah sesuai standar | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kabid Penunjang 2. Ka Instalasi | 1 Bulan | Sarana dan prasarana kamar jenazah terpenuhi 85% |
| 24 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan setelah pemulasaran jenazah | tercapainya kepatuhan kebersihan tangan menjadi 85% dalam satu tahun | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi staff untuk melakukan kebersihan tangan 2. Menyediakan sarana kebersihan tangan 3. Melakukan monitoring dan audit kebersihan tangan 4. Edukasi ulang pentingnya kebersihan tangan 5. Mendisiminasikan hasil audit kebersihan tangan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Kepatuhan kebersihan tangan tercapai 85% |
| 25 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD saat Pemulasaran Jenazah | Tercapainya kepatuhan pemakaian APD saat pemulasaran jenazah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi staff untuk memakai APD sesuai indikasi 2. Menyediakan sarana APD 3. Edukasi ulang pentingnya penggunaan APD sesuai indikasi 4. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan pemakaian APD sesuai indikasi 5. Mendisiminasikan hasil audit pemakaian APD | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Kepatuhan penggunaan APD tercapai 100% |
| 26 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja terpapar cairan tubuh/infeksius pada petugas saat pemulasaran jenazah | Tercapainya tidak terjadi kecelakaan terpapar cairan tubuh/infeksius pada petugas saat pemulasaran jenazah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memakai APD sesuai indikasi 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Edukasi kembali tentang pentingnya pemakaian APD sesuai indikasi dan kebersihan tangan 4. Menjelaskan cara melakukan tindakan pertama setelah terpapar/terpajan dan menjelaskan alur pelaporan terpapar/terpajan cairan tubuh/infeksius 5. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan pemakaian APD, kebersihan tangan dan petugas yang terpapar/terpajan 6. Mendisiminasikan hasil audit kepatuhan pemakaian APD, kebersihan tangan dan angka petugas yang terpapar | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Kesling 3. Komite PPI | 1 Bulan | Kecelakaan kerja terpapar cairan tubuh/infeksius pada petugas saat pemulasaran jenazah tidak terjadi tercapai 100% |
| H PENGELOLAAN LINEN/LOUNDRY | | | | | | |
| 27 | Kurang optimalnya pengelolaan linen karena kerusakan mesin cuci dan pengering | Tercapainya pengelolaan linen dengan mesin cuci dan pengering yang baik | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajukan usulan penambahan/ pengadaan mesin serta maintenance rutin | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kabid Penunjang 2. Ka Instalasi | 1 Bulan | Pengelolaan linen dengan mesin cuci dan pengering yang baik tercapai 100% |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|--|---------|--|
| 28 | Kurangnya petugas untuk pengelolaan linen | Tercapainya kebutuhan petugas untuk pengelolaan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajukan usulan menambahkan tenaga untuk pengelolaan linen ke kabid penunjang 2. Mengajukan usulan untuk pelatihan bagi petugas pengelolaan linen | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kabid Penunjang 2. Ka Instalasi | 1 Bulan | Kebutuhan petugas untuk pemulasarn jenazah terpenuhi 100% |
| 29 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan sebelum dan setelah pengelolaan linen | tercapainya kepatuhan kebersihan tangan menjadi 85% dalam satu tahun | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi staff untuk melakukan kebersihan tangan 2. Menyediakan sarana kebersihan tangan 3. Melakukan monitoring dan audit kebersihan tangan 4. Edukasi ulang pentingnya kebersihan tangan 5. Mendisiminasikan hasil audit kebersihan tangan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Kepatuhan kebersihan tangan tercapai 85% |
| 30 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD saat Pengelolaan linen | Tercapainya kepatuhan pemakaian APD saat Pengelolaan linen 100% | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi staff untuk memakai APD sesuai indikasi 2. Menyediakan sarana APD 3. Edukasi ulang pentingnya penggunaan APD sesuai indikasi 4. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan pemakaian APD sesuai indikasi 5. Mendisiminasikan hasil audit pemakaian APD | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Kepatuhan penggunaan APD tercapai 100% |
| 31 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja terpapar cairan tubuh/infeksius pada petugas saat pengelolaan linen | Tercapainya tidak terjadi kecelakaan terpapar cairan tubuh/infeksius pada petugas saat pemulasaran jenazah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memakai APD sesuai indikasi 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Edukasi kembali tentang pentingnya pemakaian APD sesuai indikasi dan kebersihan tangan 4. Menjelaskan cara melakukan tindakan pertama setelah terpapar/ terpajan dan menjelaskan alur pelaporan terpapar/ terpajan cairan tubuh/ infeksius 5. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan pemakaian APD, kebersihan tangan dan petugas yang terpapar/terpajan 6. Mendisiminasikan hasil audit kepatuhan pemakaian APD, kebersihan tangan dan angka petugas yang terpapar | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Kesling 3. Komite PPI | 1 Bulan | Kecelakaan kerja terpapar cairan tubuh/infeksius pada petugas saat pengelolaan linen tidak terjadi tercapai 100% |
| I PELAYANAN DISTRIBUSI LINEN BERSIH DAN KOTOR | | | | | | |
| 32 | Kurangnya petugas untuk pendistribusian linen | Tercapainya kebutuhan petugas untuk pendistribusian linen | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajukan usulan penambahan tenaga untuk pendistribusian ke kabid penunjang 2. Mengajukan usulan untuk pelatihan bagi petugas pendistribusian linen | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kabid Penunjang 2. Ka Instalasi | 1 Bulan | Kebutuhan petugas untuk pemulasarn jenazah terpenuhi 100% |

| | | | | | | |
|-----------------------|---|--|--|--------------------------------------|---------|---|
| 33 | Alat transportasi untuk pendistribusian linen sama | Tercapainya alat transportasi pendistribusian linen yang berbeda | 1. Mengajukan usulan penambahan alat transportasi untuk pendistribusian linen 2. Sosialisasikan SPO pendistribusian linen | 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Kebutuhan alat transportasi untuk pendistribusian |
| 34 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan sebelum dan setelah pengelolaan linen | tercapainya kepatuhan kebersihan tangan menjadi 85% dalam satu tahun | 1. Memotivasi staff untuk melakukan kebersihan tangan 2. Menyediakan sarana kebersihan tangan 3. Melakukan monitoring dan audit kebersihan tangan 4. Edukasi ulang pentingnya kebersihan tangan 5. Mendisiminasikan hasil audit kebersihan tangan | 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Kepatuhan kebersihan tangan tercapai 85% |
| 35 | Linen kotor infeksius dengan linen kotor non Infeksius bercampur | Tercapainya pemisahan linen kotor infeksius dan linen kotor non infeksius | 1. Pengadaan Box atau tempat khusus yang membedakan linen infeksius dengan linen non infeksius 2. Sosialisasi SPO | 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Pemisahan linen kotor infeksius dan linen kotor non infeksius tercapai 100% |
| 36 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD | Tercapainya kepatuhan pemakaian APD saat Pengelolaan linen 100% | 1. Memotivasi staff untuk memakai APD sesuai indikasi 2. Menyediakan sarana APD 3. Edukasi ulang pentingnya penggunaan APD sesuai indikasi 4. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan Pemakaian APD sesuai indikasi 5. Mendisiminasikan hasil audit pemakaian APD | 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Kepatuhan penggunaan APD tercapai 100% |
| J LABORATORIUM | | | | | | |
| 37 | Kurangnya ketersediaan fasilitas APD khususnya jas laboratorium | Tercapainya fasilitas APD khususnya jas laboratorium menjadi 85% dalam 1 tahun | 1. Menyediakan sarana APD khususnya jas laboratorium sesuai kebutuhan 2. Melakukan Monitoring dan audit fasilitas APD | 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Ketersediaan fasilitas APD khususnya jas laboratorium tercapai 85% |
| 38 | kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD khususnya jas laboratorium pada saat pengambilan dan pemeriksaan sampel | Tercapainya kepatuhan pemakaian APD khususnya jas laboratoium pada saat pengambilan dan pemeriksaan sampel | 1. Memotivasi staff untuk memakai APD sesuai indikasi 2. Edukasi ulang pentingnya penggunaan APD sesuai indikasi 3. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan pemakaian APD sesuai indikasi 4. Mendisiminasikan hasil audit pemakaian APD | 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Kepatuhan penggunaan APD tercapai 100% |

| | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|--|---------|---|
| 39 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan sebelum pengambilan sampel | tercapainya kepatuhan kebersihan tangan menjadi 85% dalam satu tahun | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi staff untuk melakukan kebersihan tangan 2. Menyediakan sarana kebersihan tangan 3. Melakukan monitoring dan audit kebersihan tangan 4. Edukasi ulang pentingnya kebersihan tangan 5. Mendisiminasikan hasil audit kebersihan tangan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Kepatuhan kebersihan tangan tercapai 85% |
| 40 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik pada petugas saat pengambilan sampel | Tercapainya tidak terjadi kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik pada petugas saat pengambilan sampel | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan safety Box 2. Melakukan praktek penyuntikan yang aman 3. Tidak menutup kembali jarum suntik setelah dipakai 4. Edukasi kembali tentang pengelolaan limbah 5. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan pengelolaan limbah 6. Mendisiminasikan hasil audit pengelolaan limbah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Kesling 3. Komite PPI | 1 Bulan | Kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik pada petugas saat pengambilan sampel tidak terjadi |
| K RADIOLOGI | | | | | | |
| 41 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD khususnya gown atau baju pelindung radiasi | Tercapainya kepatuhan pemakaian APD khususnya gown atau baju pelindung radiasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi staff untuk memakai APD sesuai indikasi 2. Edukasi ulang pentingnya penggunaan APD sesuai indikasi 3. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan pemakaian APD sesuai indikasi 4. Mendisiminasikan hasil audit pemakaian APD | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Kepatuhan penggunaan APD tercapai 100% |
| 42 | Petugas beresiko terkena droplet dari pasien yang dicurigai TB Paru | Tercapainya petugas tidak terkena droplet pasien yang dicurigai TB paru | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan sarana APD sesuai kebutuhan 2. Melakukan Monitoring dan audit fasilitas APD dan kepatuhan pemakaian APD 3. Pakai APD sesuai indikasi 4. Pasien memakai masker bedah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Tidak terjadi cipratan droplet yang mengenai Petugas dari pasien |
| 43 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan sebelum melakukan tindakan rontgen | Tercapainya kepatuhan kebersihan tangan menjadi 85% dalam satu tahun | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi staff untuk melakukan kebersihan tangan 2. Menyediakan sarana kebersihan tangan 3. Melakukan monitoring dan audit kebersihan tangan 4. Edukasi ulang pentingnya kebersihan tangan 5. Mendisiminasikan hasil audit kebersihan tangan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Kepatuhan kebersihan tangan tercapai 85% |

| L FARMASI/TINDAKAN INVASIF | | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|---|---------|---|
| 44 | Penyiapan obat injeksi/infus serta rekonstitusi dan pencampuran sediaan parenteral kurang aseptik | Tercapainya penyiapan obat injeksi/infus serta rekonstitusi dan pencampuran sediaan parenteral yang aseptik | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan kebersihan tangan 2. Melakukan tehnik aseptik 3. Pelatihan tentang teknis aseptis penyiapan obat parenteral 4. Membuat daftar stabilitas obat parenteral 5. Membuka layanan PIO untuk tenaga kesehatan terkait stabilitas dan pemberian obat parenteral | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Kepatuhan penyiapan obat secara aseptik tercapai 100% |
| 46 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan tangan sebelum injeksi obat suntik, pemasangan infus, rekonstitusi dan pencampuran obat suntik. | tercapainya kepatuhan kebersihan tangan menjadi 85% dalam satu tahun | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi staff untuk melakukan kebersihan tangan 2. Menyediakan sarana kebersihan tangan 3. Melakukan monitoring dan audit kebersihan tangan 4. Edukasi ulang pentingnya kebersihan tangan 5. Mendisiminasikan hasil audit kebersihan tangan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Kepatuhan kebersihan tangan tercapai 85% |
| 46 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD | Tercapainya kepatuhan pemakaian APD khususnya jas laboratoium pada saat pengambilan dan pemeriksaan sampel | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi staff untuk memakai APD sesuai indikasi 2. Edukasi ulang pentingnya penggunaan APD sesuai indikasi 3. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan pemakaian APD sesuai indikasi 4. Mendisiminasikan hasil audit pemakaian APD | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Kepatuhan penggunaan APD tercapai 100% |
| 47 | Resiko infeksi saat memasukan obat kedalam botol infus karena penambahan obat kedalam botol cairan infus melalui penusukan badan botol/dasar botol dan tidak melalui mulut botol, serta pemedahan obat dari vial /ampul) | Tercapainya tidak terjadi infeksi saat memasukan obat kedalam botol infus | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan kebersihan tangan 2. Melakukan tehnik aseptik 3. Edukasi tentang teknis aseptis penyiapan obat parenteral 4. Monitoring staff saat melakukAn memasukan obat kedalam botol infus | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI 3. Kepala Ruangan | 1 Bulan | Infeksi saat memasukan obat kedalam botol infus tidak terjadi tercapai 100% |

| | | | | | | |
|---------------|--|---|---|--|---------|---|
| 48 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik/benda tajam pada petugas | Tercapainya tidak terjadi kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik pada petugas saat pengambilan sampel | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan safety Box 2. Melakukan praktek penyuntikan yang aman 3. Tidak menutup kembali jarum suntik setelah dipakai 4. Edukasi kembali tentang pengelolaan limbah 5. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan pengelolaan limbah 6. Mendisiminasikan hasil audit Pengelolaan limbah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Kesling 3. Komite PPI | 1 Bulan | Kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik pada petugas saat pengambilan sampel tidak terjadi tercapai 100% |
| M GIZI | | | | | | |
| 49 | Kurang optimalnya kepatuhan pemakaian APD | Tercapainya kepatuhan pemakaian APD | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi staff untuk memakai APD sesuai indikasi 2. Edukasi ulang pentingnya penggunaan APD sesuai indikasi 3. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan pemakaian APD sesuai indikasi 4. Mendisiminasikan hasil audit pemakaian APD | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Kepatuhan penggunaan APD tercapai 100% |
| 50 | Kurang optimalnya kepatuhan melakukan kebersihan | Tercapainya kepatuhan kebersihan tangan menjadi 85% dalam satu tahun | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi staff untuk melakukan kebersihan tangan 2. Menyediakan sarana kebersihan tangan 3. Melakukan monitoring dan audit kebersihan tangan 4. Edukasi ulang pentingnya kebersihan tangan 5. Mendisiminasikan hasil audit kebersihan tangan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Kepatuhan kebersihan tangan tercapai 85% |
| 51 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk benda tajam pada petugas saat pengolahan makanan | Tercapainya tidak terjadi kecelakaan kerja tertusuk benda tajam pada petugas saat pengolahan makanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan safety Box 2. Melakukan praktek penyuntikan yang aman 3. Tidak menutup kembali jarum suntik setelah dipakai 4. Edukasi kembali tentang pengelolaan limbah 5. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan pengelolaan limbah 6. Mendisiminasikan hasil audit pengelolaan limbah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Kesling 3. Komite PPI | 1 Bulan | Kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik pada petugas saat pengambilan sampel tidak terjadi tercapai 100% |

| N PENEMPATAN PASIEN | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---------|---|
| 52 | Risiko penyebaran infeksi karena penempatan pasien yang tidak sesuai transmisi | Tercapainya penempatan pasien sesuai dengan transmisi dan penyebaran infeksi tidak terjadi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempatkan pasien sesuai transmisi 2. Memakai APD sesuai indikasi 3. Lakukan kebersihan tangan 4. Edukasi ulang tentang penempatan pasien 5. Monitoring dan Audit penempatan pasien 6. Desiminasikan hasil audit penempatan pasien | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kabid Pelayanan 2. Kabid Perawatan 3. Kepala Ruangan 4. Komite PPI | 1 Bulan | Penyebaran infeksi tidak terjadi dengan penempatan pasien yang sesuai transmisi tercapai 100% |
| O PERLINDUNGAN KESEHATAN KAYAWAN | | | | | | |
| 53 | Petugas beresiko terpapar droplet dari pasien yang dicurigai TB dan pasien TB | Tercapainya petugas tidak terkena droplet pasien yang dicurigai TB paru | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan sarana APD sesuai kebutuhan 2. Melakukan Monitoring dan audit fasilitas APD dan kepatuhan pemakaian APD 3. Pakai APD sesuai indikasi 4. Pasien memakai masker bedah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Tidak terjadi cipratan droplet yang mengenai petugas dari pasien |
| 54 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik/benda tajam pada petugas | Tercapainya tidak terjadi kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik pada petugas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan safety Box 2. Melakukan praktek penyuntikan yang aman 3. Tidak menutup kembali jarum suntik setelah dipakai 4. Edukasi kembali tentang pengelolaan limbah 5. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan pengelolaan limbah 6. Mendisiminasikan hasil audit Pengelolaan limbah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Kesling 3. Komite PPI | 1 Bulan | Kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik pada petugas tidak terjadi tercapai 100% |
| P PENYUNTIKAN YANG AMAN | | | | | | |
| 55 | Risiko terjadinya kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik/benda tajam pada petugas | Tercapainya tidak terjadi kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik pada petugas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan safety Box 2. Melakukan praktek penyuntikan yang aman 3. Tidak menutup kembali jarum suntik setelah dipakai 4. Edukasi kembali tentang pengelolaan limbah 5. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan pengelolaan limbah 6. Mendisiminasikan hasil audit Pengelolaan limbah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 2. Kesling 3. Komite PPI | 1 Bulan | Kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik pada petugas tidak terjadi tercapai 100% |

| | | | | | | |
|------------------------|---|--|---|---|---------|---|
| 56 | Risiko terjadi infeksi pada daerah tusukan jarum suntik akibat tidak melakukan tindakan aseptik | Tercapainya tidak terjadi infeksi pada daerah tusukan jarum suntik dengan melakukan tindakan aseptik | 1. Melakukan kebersihan tangan 2. Melakukan teknik aseptik 3. Edukasi kembali tentang teknis aseptik | 1. Kepala Instalasi 2. Komite PPI | 1 Bulan | Infeksi tidak terjadi pada daerah tusukan jarum suntik tercapai 100% |
| Q ETIKA BATUK | | | | | | |
| 57 | Risiko penyebaran infeksi melalui droplet dan airborne | Tercapainya tidak terjadi penyebaran infeksi melalui droplet dan airborne | 1. Memakai APD sesuai indikasi 2. Lakukan kebersihan tangan 3. Edukasi ulang tentang etika batuk 5. Monitoring dan Audit etika batuk 6. Desiminasikan hasil audit etika batuk | 1. Kepala Ruangan 2. Komite PPI | 1 Bulan | Penyebaran infeksi melalui droplet dan airborne tidak terjadi tercapai 100% |
| R ICRA COVID-19 | | | | | | |
| 58 | Rendahnya kebersihan tangan (63,75%) diruangan covid-19 | Tercapainya kepatuhan kebersihan tangan menjadi 85% dalam 1 tahun | 1. Memotivasi petugas untuk melakukan kebersihan tangan 2. Menyediakan sarana kebersihan tangan 3. Melakukan monitoring dan audit kebersihan tangan 4. Edukasi ulang pentingnya kebersihan tangan 5. Mendisiminasikan hasil audit kebersihan tangan | 1. Komite PPI 2. IPCLN/IPCN 3. Kepala Ruangan 4. Kepala Bidang terkait | 1 Bulan | Kepatuhan kebersihan tangan tercapai 85% |
| 59 | Ruang tunggu pasien poli demam tidak terpisah | Tercapainya ruang tunggu demam terpisah | 1. Koordinasi dengan Kabid Pelayanan untuk ruang tunggu dipoliklinik khususnya pasien demam (dicurigai covid-19) | 1. Kabid Pelayanan 2. Komite PPI | 1 Bulan | Ruang tunggu poli demam terpisah tercapai 85% |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---------|---|
| 60 | Rendahnya kepatuhan penggunaan APD (70,06%) di ruang Covid-19 | Tercapainya kepatuhan pemakaian APD 100% | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi petugas untuk memakai APD sesuai indikasi 2. Edukasi ulang pentingnya penggunaan APD sesuai indikasi 3. Melakukan monitoring & audit kepatuhan pemakaian APD sesuai indikasi 4. Mendisiminasikan hasil audit pemakaian APD | <ol style="list-style-type: none"> 1. Komite PPI 2. IPCLN/IPCN 3. Kepala Ruangan 4. Kepala Bidang terkait | 1 Bulan | Kepatuhan penggunaan APD tercapai 100% |
| S ICRA RENOVASI | | | | | | |
| 61 | Risiko penyebaran infeksi karena ketidakpatuhan dalam pelaksanaan pekerjaan sesuai dengan perjanjian ICRA Renovasi | Tercapainya kepatuhan dalam pelaksanaan pekerjaan sesuai dengan perjanjian ICRA renovasi sehingga tidak terjadi penyebaran infeksi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tutup area renovasi 2. Memakai APD sesuai indikasi 3. Lakukan kebersihan tangan 4. Edukasi ulang tentang ICRA Renovasi 5. Monitoring dan Audit pelaksanaan ICRA Renovasi 6. Desiminasikan hasil audit pelaksanaan ICRA Renovasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kabid Pelayanan 2. Kabid Perawatan 3. Kepala Ruangan 4. Komite PPI | 1 Bulan | Penyebaran infeksi tidak terjadi dengan penempatan pasien yang sesuai transmisi tercapai 100% |
| T KEWASPADAAN TRANSMISI (KONTAK, DROPLET DAN AIRBONE) | | | | | | |
| 62 | Risiko penyebaran infeksi melalui kontak, droplet dan airborne | Tercapainya penempatan pasien sesuai dengan transmisi dan penyebaran infeksi tidak terjadi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempatkan pasien sesuai transmisi 2. Memakai APD sesuai indikasi 3. Lakukan kebersihan tangan 4. Edukasi ulang tentang penempatan pasien dan kewaspadaan berdasarkan transmisi 5. Monitoring dan Audit penempatan pasien dan kewaspadaan berdasarkan transmisi 6. Desiminasikan hasil audit penempatan pasien dan kewaspadaan berdasarkan transmisi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kabid Pelayanan 2. Kabid Perawatan 3. Kepala Ruangan 4. Komite PPI | 1 Bulan | Penyebaran infeksi melalui droplet dan airborne tidak terjadi tercapai 100% |