

**PROGRAM KERJA
KOMITE PENGENDALIAN DAN PENCEGAHAN INFEKSI (PPI)**



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO
PURWOKERTO
2021**

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman Judul	1
DAFTAR ISI.....	2
A. PENDAHULUAN	2
B. LATAR BELAKANG.....	2
C. TUJUAN	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
D. PROGRAM KEGIATAN PPI	6
E. CARA PELAKSANAAN KEGIATAN	11
F. SASARAN PENCAPAIAN	22
G. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN	27
H. PROGRAM KERJA IPCN	32
I. PENCATATAN PELAPORAN DAN EVALUASI PELAKSANAAN	35
1. Pencacatan	35
2. Pelaporan	35
3. Evaluasi	36

**PROGRAM KERJA KOMITE PPI
RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO
TAHUN 2021**

A. PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya merupakan bagian integral dari pembangunan nasional, pada era global dimana kemajuan teknologi yang sedemikian pesat, pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab menjadi tuntutan yang sangat wajar seiring dengan kesadaran pasien akan hak-haknya.

Rumah sakit Umum Daerah Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto adalah Rumah Sakit Tipe B pendidikan, milik Provinsi Jawa Tengah, yang menempati wilayah di Jawa Tengah bagian barat selatan merupakan suatu institusi pelayanan yang kompleks artinya bahwa institusi ini merupakan lembaga yang padat sumber daya, dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan di Rumah Sakit menyangkut berbagai tingkatan maupun jenis disiplin ilmu yang ada. Agar Rumah Sakit mampu melaksanakan fungsi yang demikian kompleks, maka Rumah Rakit harus memiliki sumber daya, manusia yang profesional baik di bidang teknis medis maupun administrasi kesehatan. Untuk menjaga dan meningkatkan mutu, Rumah Sakit harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu di semua tingkatan. Dalam kegiatan peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit perlu ada suatu program yang terencana dan berkesinambungan khususnya dalam hal Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yaitu suatu prorgam kerja yang secara umum dapat sebagai acuan dalam melaksanakan program pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. margono Soekarjo Purwokerto.

B. LATAR BELAKANG

Rumah sakit selain merupakan pusat rujukan pelayanan medik, juga merupakan area yang sangat rawan dan berpotensi terhadap resiko penularan penyakit infeksi, yang sering disebut dengan *Healthcare Associated Infections* (HAIs), HAIs adalah infeksi yang terjadi pada pasien (termasuk petugas) selama perawatan/bekerja di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan dan tidak dalam masa inkubasi saat pasien/petugas masuk rumah sakit, termasuk penularan

Covid 19. Angka kejadian kasus Covid 19 yang ditularkan oleh corona virus melalui dropllet dan kontak merupakan kasus yang harus diwaspadai. Terbukti sejak bulan Maret tahun 2020 sampai dengan sekarang kasus Covid 19 belum selesai dan belum dapat dikendalikan bahkan cenderung meningkat kasusnya, tidak terkecuali tenaga kesehatan yang bertugas di Rumah Sakit juga terkena imbasnya dengan banyaknya tenaga kesehatan yang tertular penyakit Covid 19. Kejadian tersebut merupakan persoalan serius yang dapat menjadi penyebab langsung atau tidak terhadap kematian. Pada angka kejadian kasus HAIs mungkin secara langsung tidak menyebabkan kematian pasien akan tetapi salah satunya dapat menjadi penyebab lebih lama nya menjalani rawat inap (LOS/Lenght of Stay). Penyebab dari semua kasus diatas adalah adanya mikroorganisme patogen (virus, bakteri dan jamur) yang berada di lingkungan rumah sakit atau yang sudah dibawa oleh pasien dan petugas. Dengan penyebab yang sudah jelas, maka dapat disimpulkan bahwa kejadian tersebut (Covid 19 dan HAIs) secara umum dapat dicegah.

Salah satu hal yang perlu disadari bersama adalah bahwa kualitas kepatuhan terhadap kaidah pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) di Rumah Sakit masih rendah, Hal tersebut dapat berdampak pada rendahnya mutu pelayanan rumah sakit dan juga bertambahnya beban yang harus ditanggung oleh penderita baik secara psikis maupun fisik karena waktu perawatan yang lebih lama, kondisi penyakit yang tidak cenderung membaik dan ancaman kematian. Pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit semakin hari semakin penting untuk dapat dilaksanakan oleh semua petugas yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan dan diperlukan dukungan berbagai pihak khususnya para praktisi klinik serta pimpinan Rumah Sakit untuk secara terus menerus menggerakkan semua pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan kaidah PPI sebagai komitmennya dalam memberikan pelayanan dengan berbasis pada keselamatan pasien (*patient safety*).

Sehubungan dengan besarnya masalah dan akibat infeksi rumah sakit seperti dikemukakan di atas, maka tahun 2021 ini perlu disusun suatu program kerja Komite PPI RSUD.Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto lebih terarah sehingga dapat digunakan sebagai acuan dalam program penanggulangan infeksi di Rumah

Sakit, sehingga mutu kualitas pelayanan dan mutu Rumah Sakit menjadi semakin baik.

C. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Meningkatkan keselamatan pasien, petugas dan keluarga/pengunjung dari kejadian infeksi yang didapat karena pelayanan di Rumah Sakit.

2. Tujuan Khusus

- a. Mencegah dan mengendalikan kejadian infeksi (*IRS/Incident Rate HAIs*) di RSUD.Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto melalui kegiatan surveilans, investigasi *outbreak/KLB*, audit kepatuhan PPI dan edukasi tentang PPI.
- b. Sebagai acuan dalam penerapan kebijakan, pedoman, panduan dan atau SOP tentang PPI melaui kegiatan monitoring di semua unit pelayanan.
- c. Sebagai acuan dalam pengembangan fasilitas pendukung pada pelaksanaan/ penerapan PPI di unit-unit pelayanan.
- d. Meningkatkan kualitas/kompetensi petugas Tim PPI RSUD.Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

D. PROGRAM KEGIATAN PENCEGAHAN & PENGENDALIAN INFESKI

NO	URAIAN KEGIATAN	TUJUAN	SASARAN	ANGG.	TARGET	HASIL 2020
I. KEWASPADAAN STANDAR						
1.	Edukasi dan sosialisasi ulang tentang kepatuhan petugas terhadap kewaspadaan standar (kebersihan tangan, APD, Pembuangan limbah & benda tajam, pengelolaan linen, penyuntikan yang aman, pengendalian lingkungan, peralatan perawatan pasien, penempatan pasien, kesehatan karyawan dan praktek lumbal punksi).	Mmberi pemahaman ulang tentang cara memutus mata rantai infeksi	1. Dokter 2. Perawat 3. Tenaga kesehatan lain 4. Pasien & penunggu pasien 5. Pengunjung RS 6. Mahasiswa praktek 7. Pekerja di lingkungan RS	Nihil	100 %	

2.	Melakukan monitoring sarana & prasarana yang berhubungan dengan PPI dalam menunjang kewaspadaan standar.	Untuk mengetahui kelengkapan sarana dan prasarana PPI dalam menunjang kepatuhan petugas terhadap kepatuhan pelaksanaan kewaspadaan standar.	1. Kepala Instalasi Rawat jalan, Rawat Inap, IRI, IGD, IHD. 2. Kepala Instalasi penunjang medik 3. Kepala Instalasi Kendaraan 4. Kepala IPJ 5. Kepala Ruang dan PJ	Nihil	100 %	
3.	Melakukan monitoring kepatuhan petugas terhadap kewaspadaan standar.	Untuk melihat kepatuhan petugas terhadap pelaksanaan kewaspadaan standar.	1. Dokter (DPJP) 2. Perawat 3. Tenaga kesehatan lain 4. House Keeper 5. Petugas kebersihan	Nihil	100 %	
4.	Melakukan rekapitulasi hasil monitoring sarana & prasarana PPI terhadap kewaspadaan standari.	Untuk menentukan kriteria hasil monitoring kelengkapan sarana & prasarana PPI.	-	Nihil	100 %	

5.	Melakukan rekapitulasi hasil monitoring kepatuhan petugas terhadap kewaspadaan standar.	Untuk menentukan kriteria hasil monitoring petugas terhadap Kewaspadaan Standar.	-	Nihil	100 %	
6.	Membuat rencana tindak lanjut (RTL) dari hasil monitoring yang dilakukan oleh Komite PPI terhadap Kewaspadaan Standar.	Sebagai acuan dalam meningkatkan hasil monitoring sarana & prasarana PPI dan kepatuhan petugas terhadap kewaspadaan standar	1. Dokter 2. Perawat 3. Tenaga kesehatan lain 4. Pasien & penunggu pasien 5. Pengunjung RS 6. Mahasiswa praktek 7. Pekerja di lingkungan RS	-	100 %	
II. KEWASPADAAN BERDASARKAN TRANSMISI						
1.	Melakukan Edukasi dan sosialisasi ulang tentang penularan penyakit lewat KONTAK, DROPLET dan AIRBORNE .	Memberi pemahaman ulang untuk memutus mata rantai infeksi berdasarkan transmisi.	1. Dokter 2. Perawat 3. Tenaga kesehatan lain 4. Pasien & penunggu pasien 5. Pengunjung RS	Nihil	100 %	

			6. Mahasiswa praktek 7. Pekerja di lingkungan RS			
2.	Melakukan monitoring sarana & prasarana yang berhubungan dengan PPI dalam menunjang kewaspadaan berdasarkan transmisi.	Untuk mengetahui kelengkapan sarana dan prasarana PPI terhadap pelaksanaan kewaspadaan berdasarkan transmisi.	1. Kepala Instalasi Rawat jalan, Rawat Inap, IRI, IGD, IHD. 2. Kepala Instalasi penunjang medik 3. Kepala Instalasi Kendaraan 4. Kepala IPJ 5. Kepala Ruang dan PJ	Nihil	100%	
3.	Melakukan monitoring kepatuhan petugas yang berhubungan dengan PPI dalam menunjang kewaspadaan berdasarkan transmisi.	Untuk mengetahui petugas terhadap kepatuhan pelaksanaan kewaspadaan berdasarkan transmisi.	1. Dokter (DPJP) 2. Perawat 3. Tenaga kesehatan lain 4. House Keeper 5. Petugas kebersihan	Nihil	100 %	

4.	Melakukan analisa data hasil monitoring sarana & prasarana terhadap Kewaspadaan berdasarkan Transmisi.	Untuk menentukan kriteria hasil monitoring kelengkapan sarana & prasarana PPI terhadap kewaspadaan berdasarkan transmisi.	Komite PPI Rumah Sakit	Nihil		
5.	Melakukan analisa data hasil monitoring kepatuhan petugas terhadap Kewaspadaan berdasarkan Transmisi.	Untuk menentukan kriteria hasil monitoring kepatuhan petugas terhadap kewaspadaan berdasarkan transmisi..	Komite PPI Rumah Sakit	Nihil	100 %	
6.	Membuat rencana tindak lanjut (RTL) dari hasil monitoring yang dilakukan oleh Komite PPI terhadap Kewaspadaan berdasarkan Transmisi..	Sebagai acuan dalam meningkatkan hasil monitoring sarana & prasarana PPI dan kepatuhan petugas terhadap kewaspadaan berdasarkan transmisi.	1. Dokter 2. Perawat 3. Tenaga kesehatan lain 4. Pasien & penunggu pasien 5. Pengunjung RS 6. Mahasiswa praktek 7. Pekerja di lingkungan RS	-	100 %	

III. Program Surveilans						
1	Melakukan edukasi ulang tentang kepatuhan petugas dalam pengisian data HAls.	Meningkatkan kepatuhan petugas (IPCLN) dalam pengisian data HAls di ruang rawat.	1. IPCN 2. IPCLN 3. Petugas SIM		ISK <10‰ IDO<2% VAP<10‰ IADP<10‰	
2	Melakukan validasi data HAls dari masing-masing ruang rawat melalui melalui sistem dan kunjungan.	Mendapatkan data HAls berdasarkan hasil surveilans	1. IPCN 2. Petugas SIM		ISK <10‰ IDO<2% VAP<10‰ IADP<10‰	
3	Melakukan analisa data HAls yang didapat dari hasil surveilans melalui sistem dan kunjungan.	Mendapatkan angka kejadian HAls dari masing-masing ruang rawat.	IPCN		ISK <10‰ IDO<2% VAP<10‰ IADP<10‰	
4	Membuat laporan data HAls dan tindak lanjut untuk perbaikan kejadian HAls	Sebagai acuan dalam menentukan tindak lanjut perbaikan kejadian HAls di RS.	IPCN		ISK <10‰ IDO<2% VAP<10‰ IADP<10‰	

IV. Program Penerapan Bundle HAIs.						
1.	Melakukan edukasi ulang tentang penerapan bundles HAIs pada petugas pelaksana rawat	Mencegah terjadinya HAIs	1. Dokter 2. Perawat		100 %	
2.	Melakukan audit Bundles HAIs	Untuk meningkatkan kepatuhan petugas terhadap penerapan bundles HAIs pada tindakan keperawatan.	Perawat		100 %	
3.	Membuata analisa data dari hasil audit bundles HAIs.	Untuk mengetahui penerapan bundles HAIs dalam mencegah infeksi.	Komite PPI (IPCN)		100 %	
4.	Membuat RTL dari hasil Audit bundles HAIs.	Sebagai acuan dalam menentukan strategi penerapan bundles HAIs.	Perawat		100 %	
V. Program monitoring fasilitas pendukung program PPI						
1	Menempatkan Digital Banner di area tunggu pasien rawat jalan dan TPPRI	Sarana sosialisasi menggunakan digital (Poster, Video).	1. Pengunjung RS 2. Masyarakat RS.		100 %	

2	Melakukan Sosialisasi pencegahan infeksi melalui media RS (TV Kabel)	Sosialisasi dan edukasi program dan pencegahan Infeksi	Pasien rawat inap, pasien rawat jalan, pengunjung dan petugas Rumah Sakit.		100 %	
3	Menempatkan Anti septik Hand Rub pada tempat strategis dan mudah dijangkau.	Tersedianya antiseptik berbasis alkohol 70% siap pakai dan mudah dijangkau.	Semua pengunjung RS.		100 %	
4	Menempatkan sabun cair dan tissue pada semua sarana cuci tangan dengan air mengalir.	Semua wastafel di RS tersedia sabun cuci tangan cair dan tissue	Semua pengunjung RS		100 %	
6	Menyediakan Bahan pembersih untuk area permukaan, lantai, dan toilet pada semua unit kerja.	Agar area permukaan, lantai, dan toilet di seluruh unit kerja selalu dibersihkan secara rutin dan berkala.	Semua petugas		100 %	

7	Membuat ICRA bangunan pada semua pembangunan dan atau renovasi di RS	Pengembang/pemborong bangunan yang bekerjasama dengan RS dalam melakukan pembangunan atau renovasi gedung.	Agar pembangunan unit baru atau renovasi bangunan yang ada tetap dilaksanakan dengan mengeliminasi transmisi/kontaminasi debu dan kotoran pada unit kerja.		100 %	
8	Membuat ICRA HAIs pada program pelayanan di RS.	Semua unit kerja mempunyai strategi yang jelas dalam mengantisipasi terjadinya kontaminasi pada semua unit kerja.	Agar semua unit kerja selalu berpedoman pada standar minimalisasi transmisi/kontaminasi debu dan kotoran pada unit kerja.		100 %	
9	Pemanfaatan tempat pusat cucian brankart.	Semua brankart yang telah dipakai pasien infeksius dapat dicuci di tempat yang terpusat.	Semua brankart bersih dan bebas dari kuman		100 %	

VI. PROGRAM KEWASPADAAN <i>OUT BREAK</i> /WABAH/ KLB						
1.	Melakukan kordinasi dengan bidang pelayanan, bidang keperawatan, Sarana dan Rumah tangga) untuk persiapan tempat/ruang rawat kasus <i>out break</i> /wabah/KLB (kontakdrpolet/airborn)	Untuk penyediaan tempat yang berstandar PPI pada perawatan kasus menular (droplet/kontak/airborn)	1. Kepala Instalasi Rawat Inap 2. Kepala Ruang Unit Isolasi 3. Bagian Rumah Tangga 4. Bagian Sarana RS		100 %	
2.	Membuat form monitoring perawatan pasien di ruang isolasi	Sebagai pedoman dalam melakukan pemantauan di ruang isolasi	1. Perawat 2. House keeper 3. Tenaga kebersihan		100 %	
3.	Melakukan monitoring sarana & prasarana PPI dan kepatuhan petugas di ruang isolasi	Sebagai evaluasi kelengkapan sarana & prasarana & kepatuhan petugas dalam standar PPI.	1. Kepala ruang rawat. 2. Petugas Administrasi 3. House keeper 4. Petugas kebersihan		100 %	

4.	Melakukan olah data hasil monitoring sarana & prasarana PPI dan kepatuhan petugas di ruang isolasi	Sebagai tolok ukur dalam menentukan standarisasi PPI di ruang isolasi	Komite PPI (IPCN)		100 %	
5.	Membuat rencana tindak lanjut (RTL)	Sebagai acuan dalam meningkatkan ruang isolasi sesuai standar PPI	Komite PPI (IPCN)		100 %	
VII. PROGRAM EDUKASI, SOSIALISASI DAN PELATIHAN PPI						
1.	Bersama dengan PKRS membuat program edukasi PPI kepada pengunjung rawat jalan	Sebagai jadwal untuk melakukan edukasi kepada pengunjung Rawat Jalan.	Pengunjung rawat jalan (pasien dan pendamping pasien)		100 %	
2.	Melakukan edukasi dan sosialisasi ualng tentang PPI pada mahasiswa praktek dan petugas di rawat inap, rawat jalan dan penunjang.	Dilaksanakan oleh IPCN sesuai dengan wilayah kerjanya.	1. Dokter 2. Perawat 3. Petugas penunjang		100 %	
3.	Mengusulkan program pelatihan IPCN lanjut bagi IPCN yang belum mengikuti.	Untuk meningkatkan sumber daya IPCN dan memenuhi standar tenaga IPCN di Rumah Sakit.	IPCN		100 %	

4.	Mengusulkan program pelatihan IPCN (baru)	Untuk mempersiapkan tenaga IPCN yang akan direkrut untuk pemenuhan jumlah IPCN sesuai standar akreditasi (1:100 TT)	Tenaga perawat yang akan diproyeksikan sebagai IPCN			
5.	Mengusulkan program pelatihan/seminar/workshop yang berhubungan dengan PPI bagi petugas secara umum.	Untuk meningkatkan sumber daya petugas pelayanan RS.	1. Dokter 2. Perawat 3. Petugas penunjang		100 %	
6.	Mengusulkan penyelenggaraan program seminar/workshop/ pelatihan yang berhubungan dengan PPI secara regional dan nasional oleh RSMS.	Sebagai bentuk kepedulian dan support RS terhadap program PPI.	IPCN dan tenaga Perawat di regional Jawa tengah dan nasional.		60 %	

E. CARA PELAKSANAAN KEGIATAN

Cara pelaksanaan kegiatan program pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit adalah sebagai berikut :

NO	KEGIATAN	CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN	ALAT YANG DIGUNAKAN
A. KEWASPADAAN STANDAR			
1.	Melakukan Edukasi, sosialisasi dan pelatihan kepada petugas kesehatan, non nakes, petugas kebersihan, pasien dan pengunjung RS	1. Sosialisasi ulang kepada semua petugas melalui morning report, pertemuan bulanan ruangan. 2. Pelatihan PPI bagi tenaga kebersihan 3. Edukasi bagi pengunjung Rawat jalan 4. Edukasi bagi pasien rawat inap & rawat jalan.	Leadlet, LCD, Video, TV kabel di ruang tunggu pasien rawat jalan dan TPPRI, banner
2	Melakukan monitoring sarana, prasarana dan kepatuhan petugas terhadap kewaspadaan standar PPI yang ditetapkan berdasarkan Permenkes No. 27 tahun 2017 dan kebijakan direktur RS.	1. Melakukan supervisi langsung dengan melakukan pengisian menggunakan instrumen form monitoring. 2. Melakukan analisa data monitoring 3. Melakukan hasil minitoring 4. Membuat RTL untuk perbaikan yang perlu di tingkatkan	Form monitoring.

B. KEWASPADAAN BERDASARKAN TRANSMISI			
1.	Melakukan Edukasi, sosialisasi dan pelatihan kepada petugas kesehatan, non nakes, petugas kebersihan, pasien dan pengunjung RS	1. Sosialisasi ulang kepada semua petugas melalui morning report/pertemuan bulanan ruangan. 2. Pelatihan PPI bagi tenaga kebersihan 3. Edukasi bagi pengunjung Rawat jalan 4. Edukasi bagi pasien rawat inap & rawat jalan. 5.	Leadlet, LCD, Video, TV kabel di ruang tunggu pasien rawat jalan dan TPPRI, banner
2	Melakukan monitoring sarana, prasarana dan kepatuhan petugas terhadap kewaspadaan berdasarkan transmisi yang ditetapkan berdasarkan Permenkes No. 27 tahun 2017 dan kebijakan direktur RS.	1. Melakukan supervisi langsung dengan melakukan pengisian menggunakan instrumen form monitoring. 2. Melakukan analisa data monitoring 3. Melakukan hasil minitoring 4. Membuat RTL untuk perbaikan yang perlu di tingkatkan	Form monitoring.

C. PROGRAM SURVEILANS			
1	Melakukan Edukasi, sosialisasi dan pelatihan kepada IPCLN/PIC dalam memasukan data HAIs pasien rawat inap, HCU dan ICU/ICCU.	1. Sosialisasi ulang kepada IPCLN dan petugas PIC ruang rawat inap, HCU, dan ICU/ICCU melalui morning report dan pertemuan bulanan. 2. Pendampingan dalam pengisian data HAIs ruang rawat inap, HCU, dan ICU/ICCU	Komputer
2	Melakukan validasi data melalui sistem (jaringan) yang sudah ada	1. Melakukan validasi data HAIs dari masing-masing ruang rawat inap, HCU, ICU/ICCU melalui sistem yang sudah ada di komputer.	Komputer ISK = $\frac{\text{Jumlah kasus ISK} \times 1000}{\text{Jumlah lama hari pemakaian alat}}$ IADP = $\frac{\text{Jumlah kasus IADP} \times 1000}{\text{Jumlah lama hari pemakaian alat}}$ IDO = $\frac{\text{Jumlah kasus IDO} \times 100}{\text{Jumlah Pasien dilakukan operasi}}$ VAP = $\frac{\text{Jumlah kasus VAP} \times 1000}{\text{Jumlah lama hari pemakaian alat}}$

D. PROGRAM PENERAPAN BUNDLES HAIs			
1.	Melakukan Edukasi, sosialisasi dan pelatihan kepada petugs (perawat) dalam menerapkan bundles HAIs.	Sosialisasi ulang kepada IPCLN dan petugas PIC ruang rawat inap, HCU, dan ICU/ICCU melalui morning report dan pertemuan bulanan.	LCD, Materi bundles HAIs.
2	Melakukan audit kepada petugas dalam penerapan bundles HAIs	Melakukan audit dengan menggunakan form monitoring	Form monitoring bundles HAIs
3	Melakukan evaluasi penerapan bundles HAIs.	Melakukan analisa dari hasil monitoring/audit bundles HAIs.	Form monitoring
4	Membuat RTL dalam perbaikan penerapan bundles HAIs.	Menetapkan RTL sesuai dengan prioritas yang ditetapkan.	Hasil analisa data
E. PROGRAM MONITORING FASILITAS PENDUKUNG PROGRAM PPI			
1	Malakukan kordinasi dengan PKRS dalam pengadaan banner, leaflet, media untuk edukasi dan sosialisasi program pencegahan dan penegndalian infeksi di RSMS.	Berkordinasi dengan PKRS untuk pengadaan alat bantu edukasi dan sosialisasi	Notulen rapat/kordinasi.
2	Melakukan kordinasi dengan bagian RT dan kordinator CS untuk pengadaan cairan pembersih dan desinfektan permukaan.	Melakukan monitoring cairan pembersih dan desinfektan permukaan yang tersedia di masing-masing unit kerja.	Notulen rapat/kordinasi

3	Membuat ICRA bangunan dan ICRA HAIs	1. Melakukan kordinasi dengan pimpinan unit kerja untuk pembuatan ICRA HAIs dan pemborong pada pembuatan ICRA bangunan (pra pelaksanaan konstruksi atau renovasi) 2. Membuat Inform consent dengan pemborong dan rumah sakit 3. Melakukan monitoring pelaksanaan ICRA dan melakukan teegura jika tidak sesuai dengan kesepakatan 4. Membuat laporkan hasil dalam bentuk dokumen ICRA (HAIs dan bangunan)	Form pengisian ICRA
4	Melakukan kordinas untuk pemanfaatan tempat cucian brankart yang disentralkan.	1. Melakukan kordinasi dengan bagian RT dan ICPH dalam pembuatan tempat cucian brankart pada satu tempat. 2. Melakukan monitoring pada pelaksanaan mencuci brankart	Form monitoring

5	Melakukan monitoring pelaksanaan manajemen peralatan kadaluarsa, <i>single use</i> yang menjadi <i>re-use</i> .	1. Monitoring pelaksanaan apakah sesuai dengan SPO yang berlaku, terutama pada alat/ barang/instrument bedah yang di reuse di sentral sterilisasi 2. Tanggal atau batas kadaluarsa 3. Batas utiliti pemakaian sesuai SPO	Form monitoring
6	Melakukan monitoring pelaksanaan dokontaminasi	1. Melakukan monitoring : pre celaning, cleaning, dreying, packing, proses sterilisasi (monitoring,: suhu, tekanan, cara sterilisasi, fisika, kimia dan biologi) penyimpann dan distribusi 2. Kepatuhan penggunaan APD 3. Alur proses kerja& distribusi alat	Form monitoring
7	Melakukan monitoring pelaksanaan manajemen loundry dan linen rumah sakit.	1. Monitoring : penerimaan linen kotor, proses pencucian, pengeringan, penyetrikaan , pelipatan, penyimpanan dan distribusi 2. Kepatuhan penggunaaan APD 3. Monitoring swab mikroorganisma, sebagai uji kualitas program PPI	Form monitoring

8	Melakukan monitoring pembuangan sampah dan benda tajam	1. Kepatuhan petugas dalam pembuangan sampah infeksius, non infeksius dan benda tajam, sesuai SPO 2. Jumlah sampah $\frac{3}{4}$ dari volume/isi tempat sampah 3. Edukasi dan sosialisasi (review) kepada seluruh civitas hospitalia. 4. Tempat sampah sesuai dengan standar PPI	Form monitoring
9	Melakukan monitoring pelayanan makanan dan kebersihan alat masak/makan.	1. Penyediaan bahan makanan 2. Penyimpanan/penataan bahan makanan (FIFO) 3. Tempat penyimpanan bahan makanan 4. Pengolahan makanan 5. Penyajian dan distribusi makanan 6. Kepatuhan penggunaan APD 7. Kepatuhan kebersihan tangan 8. Monitoring pengelolaan alat makan (pencucian/penyimpanan) 9. Monitoring suhu alat penyimpan bahan makanan (pencatatan)	Form monitoring

		10. Pemeliharaan mesin pendukung yang digunakan (kalibrasi) 11. Uji swab petugas pengolah makanan (rectal swab) 12. Monitoring uji kualitas air	
10	Melakukan monitoring pengendalian lingkungan rumah sakit.	1. Pantauan kebersihan unit pelayanan 2. Pantauan kebersihan lantai dan dinding 3. Prosedur pembuatan atau pencampuran larutan desinfektan 4. Membuat laporan hasil monitoring berkala.	• Formulir pantauan • Spilkit • MOP • Troly kebersihan
11	Melakukan monitoring pelaksanaan PPI di kamar jenazah.	1. Monitoring pemulasaran jenazah infeksius/dengan penyakit menular. 2. Ketaatan penggunaan APD 3. Ketaatan menjaga kebersihan tangan 4. Pemenuhan ketersediaan APD 5. Kebersihan lingkungan dan pengelolaan limbah.	Form monitoring
12	Melakkan monitoring pola pelayanan farmasi khususnya tentang dispensing obat dan kadaluarsa obat.	1. Prosedur dispensing obat 2. Kebersihan peralatan yang digunakan 3. Kebersihan lingkungan 4. Penempatan obat & AHP	Form monitoring

		5. Penataalaksanaan Obat kadaluarsa 6. Ketaatan penggunaan APD	
13	Melakukan monitoring Kamar Operasi	1. Ketersediaan sarana prasarana 2. Persiapan pasien misal pencukuran rambut 3. Kepatuhan penggunaan APD 4. Kepatuhan kebersihan tangan 5. Pencatatan suhu ruang, penyimpan obat 6. Pengelolaan limbah (cairan & jaringan tubuh) 7. Pengelolaan linen 8. Penyuntikan yang aman dan lumbal fungsi 9. Tekanan dan kelembaban ruangan	Form monitoring
14	Melakukan monitoring penatalaksanaan kebersihan/dekontaminasi Ambulan	1. Kebersihan ambulance 2. Ketaatan desinfeksi ambulan paska digunakan khususnya pasien infeksius 3. Pantauan kebersihan tangan 4. Kepatuhan menggunakan APD sesuai indikasi 5. Ambulan siap pakai.	Form monitoring

15	Melakukan monitoring pelaksanaan PPI di kantin/kafetaria rumah sakit.	1. Penyediaan /penataan bahan makanan 2. Pengolahan makanan & APD 3. Kepatuhan kebersihan tangan 4. Pengelolaan sampah kantin 5. Etika batuk 6. Pengemasan makanan 7. Penempatan makanan dalam tempat tertutup.	Form monitoring
F. PROGRAM KEWASPADAAN OUT BREAK/WABAH/KLB			
1	Mempersiapkan ruang khusus untuk pasien ² yang masuk dalam kategori out break/wabah/KLB dengan standar PPI (bertekanan negatif)	a. Persiapan lapangan b. Memastikan KLB c. Verifikasi diagnosa d. Definisi dan penemuan kasus e. Pengolahan data f. Membuat hipotesis g. Evaluasi hipotesis h. Memperbaiki hipotesis i. Pencegahan dan penanggulangan j. Komunikasi dan hasil temuan	• Dokumen rekam medik • Format pantauan kepatuhan
2	Melakukan monitoring di ruang khusus untuk pasien out break/wabah/KLB.	a. Melakukan kunjungan ke ruang rawat b. Kelengkapan sarana prasarana standar PPI	Form monitoring

		c. Kepatuhan penggunaan APD d. Kepatuhan kebersihan tangan e. Penempatan pasien/tata ruang f. Kelembaban ruangan	
G. PROGRAM EDUKASI, SOSIALISASI DAN PELATIHAN PPI			
1	Melakukan edukasi dan sosialisasi PPI kepada pengunjung rawat jalan RS	1. Bekerjasama dengan PKRS untuk melakukan edukasi kepada pengunjung rawat jalan sesuai dengan jadwal yang ditetapkan. 2. Menetapkan materi edukasi a.l : kebersihan tangan, APD, pembuangan sampah, etika batuk dan mematuhi anjuran pemerintah terhadap protokol kesehatan.	Jadwal pemberian edukasi dan sosialisasi PPI
2	Melakukan pelatihan PPI kepada petugas kebersihan	1. Bekerjasama dengan bagian rumah tangga dan koordinator CS untuk membuat jadwal pelatihan PPI 2. Bersama dengan diklat RS untuk menetapkan waktu, tempat dan penunjang pelatihan PPI.	Proposal pelatihan

		3. Menetapkan materi pelatihan PPI disesuaikan dengan peserta pelatihan. 4. Melaksanakan pelatihan PPI 5. Membuat laporan pelaksanaan pelatihan PPI	
3	Membuat perencanaan pelaksanaan pelatihan PPI bagi karyawan/wati RS bersama dengan materi lain (kompetensi dasar)	1. Bekerjasama dengan bagian mutu untuk membuat jadwal pelatihan PPI dan kompetensi dasar. 2. Bersama dengan diklat RS untuk menetapkan waktu, tempat dan penunjang pelatihan PPI dan kompetensi dasar. 3. Menetapkan materi pelatihan PPI disesuaikan dengan peserta pelatihan. 4. Melaksanakan pelatihan PPI 5. Membuat laporan pelaksanaan pelatihan PPI	Usulan pelatihan
4	Membuat program pelatihan untuk IPCN & IPCLN di dalam dan luar negeri.	1. Melakukan pendataan bagi IPCLN yang belum mengikuti pelatihan PPI Dasar 2. Mengikuti pelatihan/workshop dengan melibatkan IPCLN untuk up date ilmu PPI terkini	Usulan pelatihan

		3. Mengajukan permohonan kepada direktur untuk mengikuti pelatihan/workshop bagi IPCN baik di dalam maupun luar negeri.	
5	Melakukan edukasi dan sosialisasi tentang PPI bagi seluruh mahasiswa praktek di RSMS	1. Bekerjasama dengan bagian diklit membuat jadwal edukasi dan sosialisasi PPI bagi mahasiswa praktek PPI di RSMS. 2. Bersama dengan diklat RS untuk menetapkan waktu, tempat dan penunjang edukasi dan sosialisasi PPI bagi mahasiswa praktek. 3. Menetapkan materi edukasi dan sosialisasi PPI disesuaikan dengan peserta pelatihan. 4. Melaksanakan edukasi dan sosialisasi PPI	Hasil edukasi (absensi, bukti laporan kegiatan)
H. PROGRAM ADMINISTRATIF DAN PELAPORAN			
1	Melakukan analisa data hasil monitoring dan suoervisi wilayah berdasarkan wilayah kerjanya (kewaspadaan standar,	1. IPCN dan IPCLN sesuai dengan wilayah kerjanya melakukan supervisi wilayah dan monitoring kegiatan dengan menggunakan form yang tersedia.	Form monitoring sesuai dengan wilayah kerjanya.

	kewaspadaan berdasarkan transmisi, ruang isolasi dan penunjang)	2. Untuk laporan kepatuhan HH dan APD dibuat khusus dan dilaporkan dari masing-masing wilayah kerja IPCN.	
2	Mengundang dan menghadiri rapat koordinasi dengan pimpinan unit kerja, komite lain yang berhubungan dan tim PIE (penyakit Infeksi Emerging)	1. Disiapkan UMAN 2. Disiapkan bukti pelaksanaan kegiatan.	Form UMAN
3.	Membuat laporan program dan kegiatan Komite PPI (kewaspadaan standar, kewaspadaan berdasarkan transmisi, ICRA, Isolasi dan penunjuang) Rumah Sakit secara periodik (tri wulan) dan laporan tahunan.	1. Analisa data monitoring dari masing-masing IPCN, sesuai wilayah kerjanya data ICRA dan kegiatan lain yang berhubungan dengan PPI 2. Hasil analisis ditampung sebagai laporan tri wulan Komite PPI RS. 3. Hasil analisis data kegiatan, monitoring dan ICRA serta kegiatan lain, menjadi evaluasi dan digunakan sebagai tolok ukur untuk tindak lanjut tahun berikutnya.	1. Laporan tri wulan 2. Laporan tahunan 3. RTL (PDSA)

		4. Membuat RTL sebagai acuan dalam perbaikan sarana & prasarana, kepatuhan, ICRA dan kegiatan penunjang PPI pada tahun berikutnya dengan menggunakan PDSA (Plan, Do, Study, Action)	
--	--	---	--

F. SASARAN PENCAPAIAN

No.	KEGIATAN	SASARAN PENCAPAIAN
1	KEWASPADAAN STANDAR	
	a. Melakukan edukasi dan sosialisasi ulang kepada seluruh petugas, pegawai baru dan mahasiswa praktek tentang kepatuhan melakukan kewaspadaan standar b. Melakukan monitoring dengan menggunakan form monitoring untuk menilai sarana & prasarana yang tersedia dan kepatuhan petugas terhadap kewaspadaan standar c. Membuat laporan tertulis (Tri Wulan) berdasarkan hasil monitoring kewaspadaan standar. d. Membuat RTL berdasarkan hasil evaluasi dan lapran Tri Wulan kewaspadaan standar	a. Kelengkapan sarana & prasarana kewaspadaan standar mencapai 100 % b. Kepatuhan petugas, pegawai baru dan mahasiswa praktek terhadap kewaspadaan standar mencapai 100 %
2	KEWASPADAAN BERDASARKAN TRANSMISI	
	a. Melakukan edukasi dan sosialisasi ulang kepada seluruh petugas, pegawai baru dan mahasiswa praktek tentang kepatuhan melakukan kewaspadaan berdasarkan transmisi. b. Melakukan monitoring dengan menggunakan form monitoring untuk menilai sarana & prasarana yang tersedia dan kepatuhan petugas terhadap kewaspadaan berdasarkan transmisi. c. Membuat laporan (tri wulan) berdasarkan hasil monitoring kewaspadaan berdasarkan transmisi.	a. Kelengkapan sarana & prasarana kewaspadaan standar mencapai 100 % b. Kepatuhan petugas, pegawai baru dan mahasiswa praktek terhadap kewaspadaan standar mencapai 100 %

	d. Membuat RTL berdasarkan hasil evaluasi dan lapran Tri Wulan kewaspadaan berdasarkan transmisi.	
3	PROGRAM SURVEILAN	
	a. Melakukan evaluasi hasil pengumpulan data HAIs pada tahun 2020 b. Melakukan pemantauan pengisian data HAIs melalui sistem. c. Melakukan kunjungan ke ruang rawat untuk memastikan adanya kasus HAIs berdasarkan data yang diunggah melalui sistem. d. Membuat laporan kepada direktur berdasarkan angka kejadian HAIs pada periode triwulan dan membuat RTL bila didapatkan hasil data HAIs diatas standar yang ditetapkan.	a. Angka insiden IADP termasuk phlebitis $\leq 5 \text{ ‰}$ dalam satu periode tertentu (1 bulan) yang terfokus pada pasien di ruang rawat tertentu b. Angka insiden ISK $\leq 4,7 \text{ ‰}$ dalam satu periode tertentu (1 bulan) yang terfokus pada pasien di ruang rawat tertentu c. Angka insiden IDO $\leq 2 \text{ ‰}$ dalam satu priode tertentu (1 bulan) yang terfokus pada pasien di ruang rawat tertentu d. Angka insiden VAP $\leq 5,8 \text{ ‰}$ dalam satu periode tertentu (1 bulan) yang terfokus pada pasien di ruang rawat tertentu
4	PROGRAM PENERAPAN BUNDLES HAIs	
	a. Komite PPI (IPCN) melakukan audit berdasarkan bundles HAIs yang sudah ada dengan menggunakan form audit yang disiapkan. b. Melakukan analisa data berdasarkan hasil audit bunles HAIs c. Melakukan laporan audit melalui laporan komite PPI RS dalam kurun waktu tri wulan.	a. Kepatuhan penerapan bundles HAIs diatas 85 % b. Angka kejadian infeksi HAIs (ISK,Phlebitis/IADP, IDO dan VAP) dibawah standar yang ditetapkan PPI

	d. Membuat RTL dari hasil audit bundles HAIs untuk perbaikan kepatuhan petugas terhadap bundles HAIs.	
5	MONITORING FASILITAS PENDUKUNG PPI	
	a. Mengusulkan untuk penyediaan sarana cuci tangan (wastafel dan handrub) pada semua area publik dan perawatan. b. Mengusulkan dan pemanfaatan banner, leaflet dan TV kabel sebagai sarana untuk edukasi dan sosialisasi PPI c. Bekerjasama dengan pemborong bangunan dan Komite PPI, Membuat ICRA pada setiap pembangunan gedung/sarana baru dan renovasi d. Bekerjasama sama dengan pimpinan unit penunjang, Membuat ICRA HAIs pada unit penunjang (Farmasi, Gizi, ICPH/Laundry, IPJ, dan Laboratorium) e. Mengusulkan bagian Rumah tangga melalui koordinator tenaga kebersihan untuk menyediakan sarana, bahan pembersih dan desinfektan permukaan pada setiap unit kerja.	a. Tersedia wastafel dan sarana pendukungnya (sabun cair, tissue) b. Tersedia cairan cusi tangan berbasis alkohol pada area umum dan strategis c. Tersedia banner, leaflet dan TV kabel yang dipasang pada area umum dan mudah dilihat. d. ICRA bangunan dibuat pada setiap kegiatan pembangunan dan renovasi. e. ICRA HAIs dibuat oleh setiap unit kerja, sebagai acuan dalam melakukan pencegahan infeksi. f. Semua sarana, bahan pembersih dan desinfektan permukaan tersedia pada semua unit kerja.
6	KEWASPADAAN OUT BREAK/WABAH/KLB (EMERGING DAN RE-EMERGING)	
	a. Melakukan monitoring secara berkala pada ruang Isolasi yang sudah ada b. Berkordinasi dengan bidang keperawatan dan pelayanan setiap pembukaan ruang baru untuk pasien out break/wabah/KLB/isolasi.sesuai standar PPI	a. Monitoring dilakukan secara berkala oleh komite PPI dengan menggunakan form yang tersedia.

	c. Memberikan edukasi dan sosialisasi kepada semua petugas, mahasiswa praktek dan pengunjung secara berkala untuk selalu melaksanakan kewaspadaan standar dan berdasarkan transmisi serta protokol kesehatan dalam mencegah terjadinya wabah penyakit yang berdasarkan transmisi (kontak, droplet dan Airborn)	b. Komite PPI selalu dilibatkan dalam pembukaan ruang baru untuk pelayanan penyakit menular, outbreak, wabah/KLB pada kasus emerging maupun re-emerging. c. Edukasi dan sosialisasi dapat dilakukan secara berkala dan periodik
7	PROGRAM EDUKASI, SOSIALISASI DAN PELATIHAN PPI	
	a. Bersama dengan PKRS, membuat perencanaan edukasi dan sosialisasi PPI pada pengunjung secara berkala dan berkesinambungan dan dibuat dalam bentuk jadwal bersama dengan disiplin ilmu unit yang lain. b. Bersama dengan bagian kepegawaian (ORPEG) untuk memberikan edukasi pada setiap pegawai baru di lingkungan RSMS c. Melakukan edukasi dan sosialisasi ulang kepada semua petugas tentang kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasarkan transmisi oleh Komite PPI secara berkala dan disesuaikan dengan wilayah kerja IPCN (petugas rawat jalan, rawat inap, penunjang dan petugas ruang Isolasi) d. Membuat usulan tentang pelatihan IPCN lanjut (bagi yang belum) bagi petugas IPCN yang sudah ada. e. Membuat usulan pelatihan IPCN bagi petugas yang diproyeksikan menjadi IPCN untuk menambah jumlah IPCN sesuai dengan standar pemenuhan (1 : 100 TT).	a. Pengunjung rawat jalan (di ruang tunggu loket, sebelum pelayanan pendaftaran) b. Semua pegawai baru, baik ASN, kontrak maupun relawan. c. Petugas baik di rawat jalan, rawat inap, ruang isolasi maupun penunjang. d. IPCN yang belum mengikuti pelatihan IPCN lanjut. e. Perawat yang memenuhi kriteria menjadi IPCN.

	f. Mengusulkan pelatihan TOT & MOT bagi IPCN. g. Mengikuti seminar/simposium/workshop PPI untuk meningkatkan sumber daya dan up date ilmu PPI bagi IPCN. h. Mengusulkan mengadakan kegiatan seminar/simposium/workshop PPI secara regional/nasional yang diselenggarakan oleh RSMS	f. IPCN g. IPCN, IPCLN h. IPCN, IPCLN, Perawat, dokter, dan petugas penunjang RS.
8. PENERAPAN KEBIJAKAN DIREKTUR RS DAN PENERAPAN REGULASI PPI		
	a. Melakukan sosialisasi ulang tentang isi kebijakan dan regulasi PPI yang terkait dengan unit kerja tersebut (kelompok medis/perawatan dan penunjang) b. Melakukan monitoring aplikasi tentang kebijakan dan regulasi PPI di setiap unit kerja (kelompok medis/perawatan dan penunjang) c. Melakukan analisa data monitoring tentang kebijakan dan regulasi PPI di setiap unit kerja (kelompok medis/perawatan dan penunjang)	a. Perawat dan petugas penunjang. b. Perawat dan petugas penunjang c. Komite PPI

G. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN TAHUN 2021

NO	KEGIATAN	BULAN												KET
		Jan	Peb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Nop	Des	
1	Program Edukasi dan sosialisasi kewaspadaan standar bagi petugas (baru dan lama)	√			√			√			√		√	Sesuai kebutuhan dan bila ada rekrutmen pegawai baru
2	Program Edukasi dan sosialisasi kewaspadaan berdasarkan transmisi bagi petugas (baru dan lama)	√			√			√			√		√	Sesuai kebutuhan dan bila ada rekrutmen pegawai baru
3	Program surveilans HAIs.	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Hasil sesuai dengan data HAIs yang dimasukan melalui sistem
4	Program (Audit) penerapan bundles HAIs.			√			√			√			√	Audit dilakukan setiap 3 bulan.

5	Program Monitoring fasilitas pendukung program PPI	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Dilakukan setiap supervisi kunjungan.
6	Program kewaspadaan <i>out break</i> /wabah/KLB	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Selalu berkordinasi dan bekerjasama dengan bidang keperawatan, pelayanan dan Rumah Tangga.
7	Program edukasi, sosialisasi dan pelatihan PPI	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Sesuai jadwal edukasi, kunjungan dan program seminar/workshop/ pelatihan dari OP.
8	Edukasi pasien	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Koordinasi Ka Irna &Ka ruwat
9	Edukasi pengunjung Rawat Jalan	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√	Koordinasi dengan PKRS
10	Monitoring pengendalian lingkungan RS	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Bersama monitoring kewaspadaan standar

11	MonitoringCSSD			√			√			√			√	Menggunakan form tersendiri
12	Monitoring Sub Inst. Pengelola Linen/laundry			√			√			√			√	Menggunakan form tersendiri
13	Monitoring Gizi	√			√		√				√		√	Menggunakan form tersendiri
14	Monitoring kantin/kafetaria		√				√				√		√	Menggunakan form tersendiri
15	Monitoring Kamar Jenasah	√					√						√	Menggunakan form tersendiri
16	Monitoring peralatan <i>single use</i> yg direuse		√				√			√			√	Menggunakan form tersendiri
17	Monitoring Farmasi	√						√					√	Menggunakan form tersendiri
18	Monitoring sampah infeksius dan cairan tubuh	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Menggunakan form kewaspadaan standar
19	Monitoring pembuangan darah dan komponen darah	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Menggunakan form tersendiri

20	Monitoring pembuangan benda tajam	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Menggunakan form kewaspadaan standr
21	Monitoring pencatatan pelaporan	√	√	√	√	√	√	√	√	√			√	-
22	Momitoring penggunaan Ruang isolasi	√					√						√	Menggunakan form tersendiri.
		Jan	Peb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Nop	Des	
23	Monitoring kejadian tertusuk jarum	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Menggunakan form tersendiri
24	Monitoring pelaksanaan renovasi/rekontruksi bangunan	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Sewaktu waktu bila ada rencana pembangunan dan renovasi
25	Monitoring ruang intensif	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Menggunakan form tersendiri
26	Monitoring kamar operasi						√						√	Menggunakan form tersendiri
27	Monitoring penatalaksanaan kebersihan/dekontaminasi ambulance						√						√	Menggunakan form tersendiri

28	Rapat Komite PPI			√		√		√			√		√	Membuat laporan berdasarkan UMAN
29	Rapat Tim PPI	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Membuat laporan berdasarkan UMAN
30	Peninjauan, perbaikan dan pengembangan kebijakan/SOP						√						√	Membuat laporan berdasarkan UMAN
31	Usulan pelatihan lanjutan PPI						√							1 kali setahun
32	Usulan pelatihan Dasar PPI	√												1 kali setahun
33	<i>In house training</i> PPI	√									√			
34	Seminar/simposium/ <i>work shop</i>	√					√							1 kali setahun

H. PROGRAM KERJA BULANAN IPCN TAHUN 2021

JENIS KEGIATAN : EDUKASI, SOSIALISASI DAN SURVEILANS

NO	JENIS KEGIATAN	RENCANA WAKTU PELAKSANAAN			
		MINGGU KE 1	MINGGU KE 1I	MINGGU KE 1II	MINGGU KE 1V
A	KEWASPADAAN STANDAR				
1	Sosialisasi dan monitoring kebersihan tangan untuk petugas				
2	Sosialisasi dan monitoring kebersihan tangan untuk pengunjung				
3	Sosialisasi dan monitoring pemakaian APD untuk petugas dan pengunjung				
4	Monitoring pemrosesan peralatan steril di CSSD				
5	Monitoring pengelolaan linen di unit Laundry				
6	Monitoring kebersihan lingkungan rumah sakit				
7	Monitoring dan edukasi kesehatan karyawan akibat pajanan				
8	Monitoring penempatan pasien				
9	Monitoring kebersihan respirasi/etika batuk				
10	Monitoring praktek penyuntikan yang aman				
11	Monitoring lumbal pungsi				
12	Monitoring pengelolaan benda tajam				

13	Monitoring kegiatan PPI pada pramu ruangan					
14	Monitoring kegiatan PPI terkait pedagang					
15	Sosialisasi PPI kepada penyaji makanan					
16	ICRA bangunan					
B	KEGIATAN SURVEILANS					
1	Kegiatan surveilans (ILO, IDO, ISK, VAP DAN IADP)					
2	Kegiatan surveilans elektronik(SIMRS)					
C	PENINGKATAN SDM					
1	Pelatihan PPI dasar untuk IPCL dan kepala ruang rawatan					
2	Pelatihan surveilans untuk IPCLN dan IPCN					
3	Kaderisasi IPCN/pelatihan IPCN					
4	Pelatihan IPCN lanjut					
5	Pelatihan TOT PPI					
6	Pelatihan MTOT PPI					
7	Workshop program PPI					
8	Rapat sub komite PPI					
9	Rapat Ka Sub Komite dengan IPCN					
10	Rapat evaluasi kegiatan dan sosialisasi program kerja PPI bersama anggota sub komite PPI					

Catatan :

1. Kegiatan ini dilaksanakan sesuai dengan tanggung jawanya masing masing wilayah kerja
2. Untuk kegiatan surveilans dilaksanakan setiap hari oleh IPCN dan IPCLN
3. Untuk kelancaran kegiatan, diperlukan koordinasi dengan kepala unit pelayanan

I. PENCATATAN PELAPORAN DAN EVALUASI PELAKSANAAN

Evaluasi pelaksanaan kegiatan dilakukan setiap 6 (enam) bulan sekali atau 2 (dua) kali setahun yang dilakukan oleh IPCN (perawat pengendali infeksi) dibawah koordinasi Sub.Komite PPI. Laporan evaluasi pelaksanaan kegiatan dibuat sesuai pelaksanaan evaluasi kegiatan ditujukan kepada Komite Keselamatan Rumah Sakit RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto, dengan tembusan ke semua Wakil direktur dan Direktur, menyangkut jadwal pelaksanaannya serta elemen kegiatan yang sudah/belum/tidak dapat dilaksanakan agar dapat dilakukan perbaikan bila mana perlu.

1. Pencatatan

- a. Setiap hari IPCN mencatat data infeksi rumah sakit di unit-unit pelayanan (surveilans) dengan formulir harian dari Komite PPI, mendokumentasikan hasil audit kepatuhan kebersihan tangan, kepatuhan APD, kepatuhan penerapan SOP/kebijakan PPI dan atau monitoring penerapan PPI di semua unit pelayanan.
- b. Data yang terkumpul akan dibuatkan analisis dengan anggota Tim PPI dan Komite PPI.

2. Pelaporan

- a. Hasil monitoring dari IPCN dibuat Setiap 1 (satu) bulan sekali dan dikumpulkan kepada Komite PPI untuk dibuat laporan setiap 3 bulan dan selanjutnya laporan dikirim ke Direktur RSUD Prof Dr Margono Soekarjo ditembuskan ke semua Wakil Direktur, Bidang Mutu,Keperawatan,dan Pelayanan
- b. Data kepatuhan kebersihan tangan dikumpulkan selama periode 3 bulan, dianalisa dan didiskusikan dengan Komite PPI dan Komite Keselamatan Pasien Rumah sakit, selanjutnya dibuatkan laporan yang dikirim ke Direktur RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto, dengan tembusan kepada semua Wakil Direktur, Bidang Keperawatan, Bidang Pelayanan dan Bidang Mutu Mutu & Kerjasama.
- c. Setiap 1 (satu) tahun semua pelaksanaan program Komite PPI dibuatkan Laporan Tahunan yang akan dikirim kepada Direktur.

d. Data laporan Monitoring di laporkan setiap 3 bulan sekali .

3. Evaluasi

a. Evaluasi Proses

- Semua kegiatan program berjalan sesuai jadwal.
- Formulir monitoring diisi sesuai dengan wilayah IPCN.

b. Evaluasi Hasil

- a. Hasil kegiatan program PPI tiap bulan akan dilakukan *feed back* oleh Direksi dalam hal ini Wadir Pelayanan dan Kerjasama untuk dilakukan tindak lanjut oleh Komite PPIRS.
- b. Hasil kegiatan pelaksanaan program Komite PPI dalam satu tahun akan dilakukan *feedback* oleh Direktur.

Ditetapkan di Purwokerto

Tanggal, Januari 2021

Mengetahui
Direktur RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo
Purwokerto

Ketua Komite PPI



Dr. TRI KUNCORO., MMR.
Pembina Utama Muda
NIP:19650526199703 1 006



Dr. GHEA DE SILVA, Sp. PD,

