IMPLEMENTASI

PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI



dr. Hj. Nia Soniawaty



1. PENDAHULUAN



Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care, WHO, 2017

KEBIJAKAN: UNDANG-UNDANG NO. 17 TAHUN 2023 TENTANG KESEHATAN

Setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan peningkatan **mutu pelayanan kesehatan secara internal dan eksternal** secara terus menerus dan berkesinambungan. Fasilitas pelayanan kesehatan wajib menerapkan standar keselamatan pasien.

MUTU YANKES SECARA INTERNAL

1. Manajemen Risiko
2. Pengukuran dan Pelaporan Indikator Mutu
3. Pelaporan insiden keselamatan pasien

MUTU YANKES SECARA EKSTERNAL

1. Lisensi
2. Registrasi
3. Akreditasi

KEGIATAN PENINGKATAN MUTU LAIN

- AUDIT
- PPRA (Program Pengendalian Resistensi Antimikroba)
- PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi)

PENTINGNYA PENERAPAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI DI FASYANKES

PPI adalah upaya sistematis untuk mencegah dan memutus rantai penularan infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan.

MENCEGAH TERJADINYA

Infeksi terkait pelayanan kesehatan (HAIs)
Mengurangi infeksi yang didapat pasien, petugas, dan pengunjung di fasilitas kesehatan.

Penyebaran penyakit menular
Mencegah penularan dari pasien ke pasien, petugas, dan lingkungan.

Kejadian luar biasa (KLB)
Menurunkan risiko terjadinya KLB di fasilitas kesehatan.

Beban biaya
Mengurangi biaya akibat perpanjangan rawat, pengobatan tambahan, dan komplikasi.

Dampak pada mutu layanan dan citra fasyankes
Meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.



MANFAAT PENERAPAN PPI

Melindungi pasien
Pasien lebih aman dari infeksi saat mendapatkan pelayanan.

Melindungi petugas dan pengunjung
Menciptakan lingkungan kerja yang aman dan sehat.

Meningkatkan mutu dan keselamatan pasien
Pelayanan lebih berkualitas dan sesuai standar keselamatan.

Mendukung upaya keselamatan pasien
Menjadi bagian penting dalam budaya keselamatan pasien.

Mendukung program kesehatan masyarakat
Membantu memutus rantai penularan penyakit di masyarakat.

CEGAH INFEKSI,
LINDUNGI DIRI, PASIEN, DAN SESAMA

Hand Hygiene | Gunakan APD Sesuai Risiko | Kebersihan Lingkungan | Kelola Limbah Dengan Benar | Edukasi & Disiplin Terapkan PPI

PPI DITERAPKAN HARI INI,
KESELAMATAN TERJAMIN, MASA DEPAN
KESEHATAN LEBIH BAIK

Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Permenkes No. 27 Tahun 2017

Ruang Lingkup PPI

1. Kewaspadaan Isolasi



2. Penggunaan Antimikroba Secara Bijak



3. Bundles



Sekumpulan praktik berbasis belbasis bukti yang sahih untuk meningkatkan keluaran proses pelayanan kesehatan.

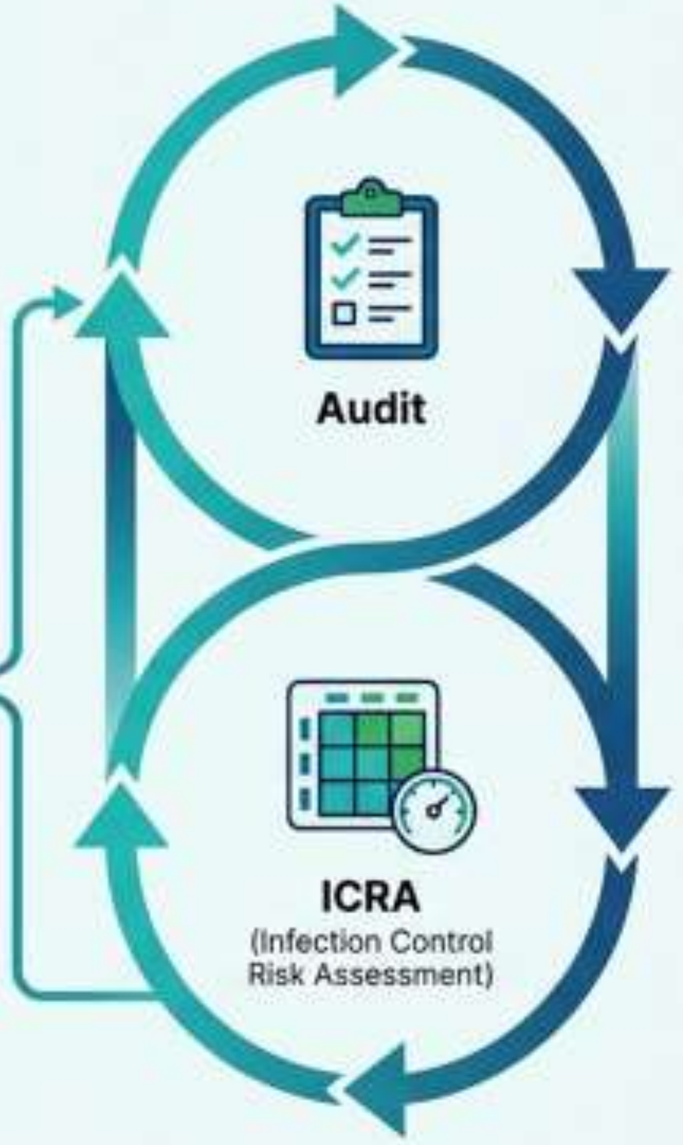
4. Surveilans HAIs



5. Pendidikan dan Pelatihan PPI



Monitoring & Evaluasi



NotebookLM

6 RANTAI PENULARAN INFEKSI

Memutus satu atau lebih mata rantai dapat mencegah terjadinya infeksi

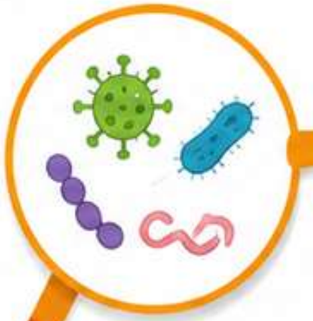
1 AGEN PENYEBAB

Mikroorganisme yang dapat menyebabkan infeksi.

Contoh: bakteri, virus, jamur, parasit.

CARA MEMUTUS RANTAI

- Sterilisasi & disinfeksi
- Kebersihan lingkungan
- Penggunaan antibiotik secara tepat



2 RESERVOAR (SUMBER)

Tempat hidup dan berkembangbiaknya agen penyebab infeksi.

Contoh: manusia, hewan, air, tanah, alat, makanan.



CARA MEMUTUS RANTAI

- Kebersihan diri
- Kebersihan lingkungan
- Pengelolaan limbah
- Pengelolaan makanan dan minuman

3 PINTU KELUAR (PORTAL OF EXIT)

Jalur keluarnya agen infeksi dari reservoir.

Contoh: darah, cairan tubuh, droplet, feses, urin, luka.



CARA MEMUTUS RANTAI

- Etika batuk & bersin
- Penutup luka
- Pengelolaan ekskresi
- Kebersihan tangan

4 CARA PENULARAN (MODE OF TRANSMISSION)

Cara agen infeksi berpindah dari sumber ke pejamu.

Contoh: kontak langsung, droplet, udara (airborne), benda tidak hidup (fomit), makanan/minuman.



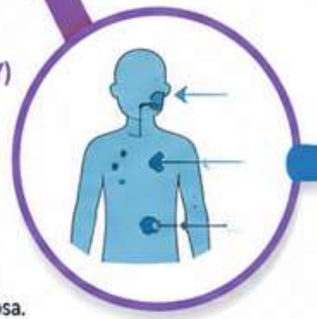
CARA MEMUTUS RANTAI

- Kebersihan tangan
- Penggunaan APD
- Disinfeksi permukaan
- Ventilasi yang baik
- Praktik injeksi aman

5 PINTU MASUK (PORTAL OF ENTRY)

Jalur masuknya agen infeksi ke dalam tubuh pejamu.

Contoh: kulit yang luka, saluran napas, saluran cerna, saluran kemih, membran mukosa.



CARA MEMUTUS RANTAI

- Perawatan luka yang benar
- Penggunaan APD
- Praktik aseptik
- Imunisasi

6 PEJAMU (SUSCEPTIBLE HOST)

Orang yang rentan terinfeksi oleh agen penyebab.

Contoh: bayi, lansia, ibu hamil, orang dengan penyakit kronis, daya tahan tubuh lemah.



CARA MEMUTUS RANTAI

- Imunisasi
- Gizi seimbang
- Istirahat cukup
- Pengendalian penyakit kronis



PUTUS RANTAI PENULARAN, CEGAH INFEKSI

INGAT!

Memutus satu atau lebih mata rantai penularan infeksi adalah kunci pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan.



Mengapa PPI dan PPRA tidak terpisahkan? Keduanya membentuk perisai ganda yang melindungi ekosistem rumah sakit dari ancaman infeksi dan kegagalan terapi.



1. **Tata Kelola & Regulasi:** Fondasi kepatuhan hukum dan rasio SDM.

2. **Implementasi Klinis:** Eksekusi standar WHO dan praktik di garda terdepan.

3. **Monitoring & Evaluasi:** Arsitektur data pelaporan digital Kemenkes.

NotebookLM

Keterkaitan Mutu Pelayanan Kesehatan dan Biaya Kesehatan dengan PPI - PPRA

Kemenkes

HAIs/Infeksi

potensi *misused* dan *overused* penggunaan antimikroba



AMR

Length of Stay meningkat

Readmisi akibat infeksi meningkat

Biaya perawatan meningkat



Morbiditas dan mortalitas meningkat

Mutu dan keselamatan pasien menurun



- **Dampak Kesehatan (mortalitas and morbiditas)**
- **Dampak kualitas layanan kesehatan**
- **Dampak ekonomi dan sosial**

Sisi Merah - Kerugian Inaksi / Kegagalan Program

- **Lonjakan LOS** (*Length of Stay*) pasien.
- **Pembengkakan biaya** akibat penggunaan antibiotik spektrum luas (*Reserve*/Mahal).
- **Peningkatan morbiditas dan mortalitas** akibat penyebaran MDRO.



Sisi Hijau - Dampak Sinergi PPI & PPRA

- **Efisiensi biaya** (*Cost-containment*) operasional RS.
- **Rantai transmisi terputus**; penggunaan antibiotik kembali rasional dan terjangkau.
- **Peningkatan outcome klinis** dan **reputasi** mutu fasilitas layanan kesehatan.

INVESTASI PADA TIM PPI DAN PPRA BUKANLAH BEBAN ADMINISTRATIF, MELAINKAN PERLINDUNGAN EKONOMI DAN ETIS RUMAH SAKIT.

NotebookLM

GAMBARAN IMPLEMENTASI PPI DI FASYANKES

Alur kerja terintegrasi dari pembentukan tim hingga perbaikan berkelanjutan

01. STRUKTUR ORGANISASI (PJ PPI)

Di SK kan oleh Pimpinan Fasyankes
Pendidikan Min pelatihan PPI Dasar

02. IDENTIFIKASI JENIS PELAYANAN DAN FAKTOR RISIKO INFEKSI

Menentukan jenis pelayanan dan faktor risiko infeksi sebagai dasar program PPI

03. PEDOMAN KERJA: PANDUAN, KEBIJAKAN, SOP, JUKNIS

Merujuk ke peraturan / literatur dan disosialisasikan

04. IMPLEMENTASI PROGRAM PPI

Supervisi dan koordinasi dan edukasi

05. MONITORING DAN EVALUASI SERTA LANGKAH PERBAIKAN

Audit, ICRA dan laporan

06. PROGRAM KERJA DI TAHUN BERIKUTNYA

Hasil monitoring menjadi bahan penyusunan program kerja berikutnya.

IMPLEMENTASI PPI BERKELANJUTAN

PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

PPI

8 KOMPONEN UTAMA PPI

1. **Program PPI**
   Program PPI meliputi prinsip dan pengorganisasian PPI
2. **Pedoman PPI**
   Pedoman PPI terkait Kewaspadaan Isolasi (Standar dan Transmisi)
3. **Pendidikan dan Pelatihan**
   Peningkatan kompetensi terkait PPI
4. **Surveilans HAIs**
   Proses pengumpulan, identifikasi, analisis dan interpretasi data kejadian infeksi terkait pelayanan kesehatan
5. **Strategi Multimodal**
   Melaksanakan 5 elemen area strategi untuk menurunkan HAIs dan AMR
6. **Monitoring, Audit dan Umpan Balik**
   Pelaksanaan pemantauan, audit dan umpan balik penyelenggaraan program PPI
7. **Beban Kerja, Ketenagaan, Ketersediaan Tempat Tidur**
   Perhitungan beban kerja, ketersedican SDMK dan ketersediaan temlap tidur untuk Puskesmas Rawat Inap
8. **Lingkungan, Sarana dan Peralatan**
   Pengelolaan lingkungan serta ketersediaan prasarana dan peralatan pendukung program PPI

PROGRAM PPI DI FASYANKES

RUMAH SAKIT

I. Kewaspadaan isolasi
   - Kewaspadaan Standar
   - Kewaspadaan Transmisi
2. Penerapan Bundles HAIs
3. Surveilans HAIs
4. Pendidikan & pelatihan PPI
5. Penggunaan antimikroba yang bijak

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

I. Kewaspadaan isolasi
   - Kewaspadaan Standar
   - Kewaspadaan Transmisi
2. Penerapan Bundles HAIs
3. Surveilans HAIs
4. Pendidikan & pelatihan PPI
5. Penggunaan antimikroba yang bijak

MONITORING PELAKSANAAN PROGRAM PPI

1. Supervisi pelaksanaan program PPI
2. Audit Program PPI
3. Pencatatan dan pelaporan
4. Umpan balik dan langkah perbaikan

KEWASPADAAN ISOLASI : STANDAR & TRANSMISI



KEWASPADAAN ISOLASI

Komponen standar dan transmisi dalam pelayanan kesehatan

KEWASPADAAN STANDAR

01 **Risk Assessment**

02 **Kebersihan Tangan**

03 **Alat Pelindung Diri**

04 **Etika Batuk dan Bersin**

05 **Penempatan Pasien**

06 **Dekontaminasi Peralatan**

07 **Pengendalian Lingkungan**

08 **Pengelolaan Linen**

FOKUS UTAMA

09 **Penyuntikan yang aman**

10 **Pengelolaan Limbah**

11 **Perlindungan Kesehatan Petugas**

KEWASPADAAN TRANSMISI

Dilakukan sesuai cara penularan untuk mencegah penyebaran infeksi.

01 **Kewaspadaan Transmisi Kontak**

kontak langsung/tidak langsung

02 **Kewaspadaan Transmisi Droplet**

percikan saluran napas

03 **Kewaspadaan Transmisi Airborne**

partikel udara/aerosol

Kewaspadaan isolasi membantu menjaga keselamatan pasien, petugas, dan lingkungan pelayanan.

KEWASPADAAN STANDAR

Upaya mencegah penularan infeksi dan melindungi pasien, petugas, serta lingkungan

1 Risk Assessment



- Nilai risiko pasien, tindakan, dan lingkungan
- Tentukan tingkat paparan dan transmisi
- Pilih pengendalian yang sesuai

2 Kebersihan Tangan



- Lakukan sebelum dan sesudah kontak
- Gunakan handrub atau sabun air mengalir
- Terapkan 5 momen kebersihan tangan

3 APD



- Gunakan sesuai risiko pajanan
- Sarung tangan, masker, gaun, pelindung mata
- Pakai dan lepas dengan benar

4 Limbah



- Pisahkan limbah sesuai jenis
- Infeksius, non infeksius, benda tajam, cair
- Gunakan wadah/kantong berlabel

5 Pengendalian Lingkungan



- Bersihkan dan disinfeksi permukaan rutin
- Ventilasi, sanitasi, dan area kerja terkontrol
- Fokus pada area sering disentuh

6 Linen



- Tangani linen kotor dengan hati-hati
- Jangan dikibas, masukkan ke kantong tertutup
- Pisahkan linen terkontaminasi

7 Pengelolaan Alkes



- Dekontaminasi setelah digunakan
- Pembersihan, DTT/ sterilisasi sesuai prosedur
- Simpan alat bersih dan steril dengan aman

8 Etika Batuk & Kebersihan Pernapasan



- Tutup mulut dan hidung saat batuk/bersin
- Gunakan masker bila bergejala
- Buang tisu dan cuci tangan

9 Penyuntikan yang Aman



- Gunakan alat steril sekali pakai
- Terapkan teknik aseptik
- Jangan recap jarum, buang ke safety box



10 Perlindungan Petugas



- Imunisasi, pelatihan, dan pemeriksaan kesehatan
- Laporkan pajanan dan lakukan PEP bila perlu
- Jaga keselamatan kerja setiap saat

11 Penempatan Pasien



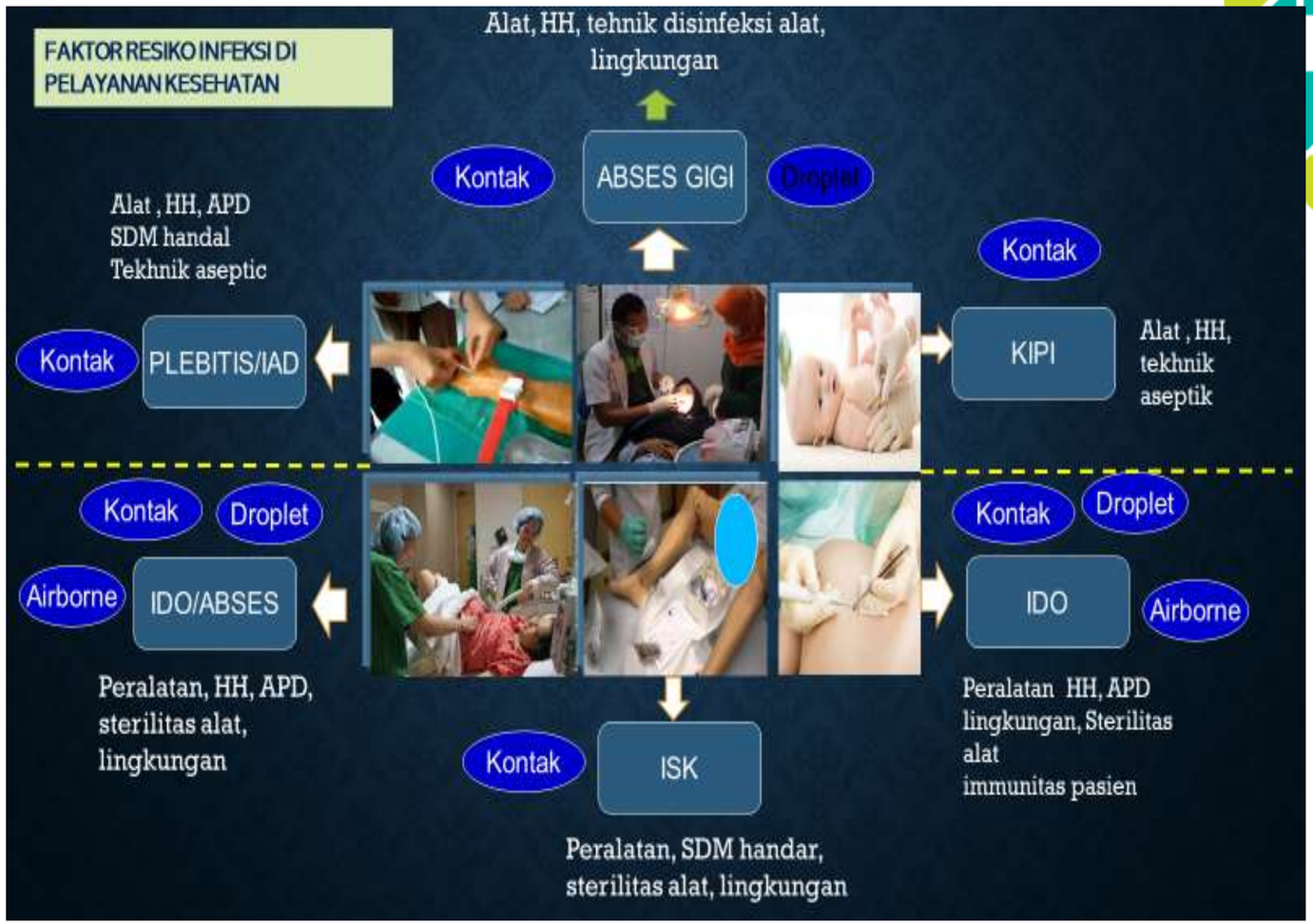
- Tempatkan sesuai risiko transmisi
- Jaga jarak/kohorting bila diperlukan
- Batasi perpindahan pasien yang berisiko

Bersih | **Aman** | **Terkontrol** | **Lindungi Pasien & Petugas**

1

RISK ASSESMENT INFEKSI DI PELAYANAN KESEHATAN DI FASYANKES

1. PUSKESMAS : Identifikasi jenis pelayanan Kesehatan yang diberikan dari :
   - Klaster 1/2/3/4/lintas klaster
2. KLINIK : Identifikasi jenis pelayanan Kesehatan yang diberikan dari :
   - Poliklinik
   - Ruang tindakan
   - Ruang persalinan
3. Kaji resiko infeksi yang mungkin terjadi pada Tindakan dan penggunaan alat Kesehatan yang dilakukan
4. Tetapkan rencana program PPI



MENJADI PEDOMAN/PANDUAN PPI

BUAT

PROGRAM KERJA PPI

2. KEBERSIHAN TANGAN

01

PENGERTIAN DAN TUJUAN

Pengertian
Proses menghilangkan kotoran dan debris secara mekanis dari kulit kedua belah tangan dan mereduksi jumlah mikroorganisme transient dengan menggunakan bahan tertentu.

Tujuan
Memutus transmisi mikroorganisme melalui tangan.

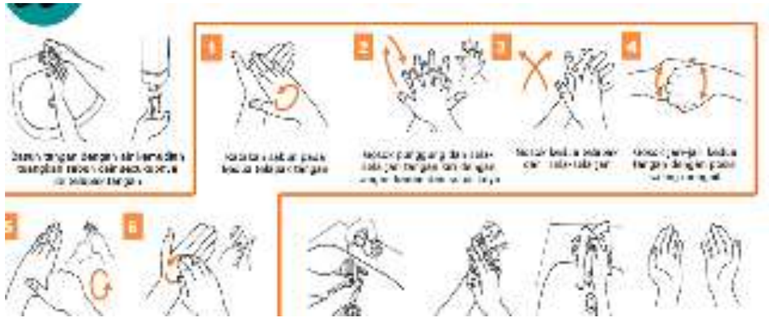
02

METODE KEBERSIHAN TANGAN

Hand Wash: Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh. **Waktu 30–60 detik.**
Hand Rub: Menggunakan antiseptik alcohol-based handrubs berkandungan alkohol 60–80% bila tangan tidak tampak kotor. **Waktu 20–40 detik.**

03

LANGKAH KEBERSIHAN TANGAN



Prinsip: lakukan seluruh tahapan secara berurutan hingga tangan bersih dan aman.

04

5 MOMEN / KESEMPATAN



Kunci keselamatan pasien: kebersihan tangan dilakukan pada momen yang tepat.

3. ALAT PELINDUNG DIRI

Cegah Infeksi
Lindungi Diri
Lindungi Sesama

CONTOH ALAT PELINDUNG DIRI (APD)


Masker


Pelindung wajah (kacamata)


Topi


Gaun (coverall)


Sarung tangan


Sepatu boot

Gunakan sesuai indikasi dan jenis paparan

KEWASPADAAN STANDAR

Gunakan APD pada setiap tindakan sesuai risiko

1 Saat Kontak dengan Pasien

Gunakan APD sesuai jenis tindakan dan potensi pajanan (darah, cairan tubuh, sekret, ekskresi, kulit tidak utuh, membran mukosa).


Kontak pasien


Risiko darah dan cairan tubuh


Risiko sekret pernapasan


Kontak lingkungan pasien

2 Urutan Penggunaan APD (Donning)



KEWASPADAAN STANDAR

Patuhi prinsip kewaspadaan pada setiap layanan kesehatan

3 Situasi Penggunaan APD

Situasi / Tindakan	Masker	Pelindung wajah (kacamata)	Gaun	Sarung tangan	Sepatu boot
Pertolongan persalinan	✓	✓	✓	✓	✓
Pemeriksaan/tindakan ke pasien (sesuai indikasi dan jenis pajanan)	✓	✓	✓	✓	–
Pembersihan lingkungan/ dekontaminasi	✓	✓	✓	✓	✓

4 Hal yang Perlu Diperhatikan

- Buang APD sekali pakai ke limbah infeksius
- APD yang dapat digunakan ulang (re-use) dimasukkan ke kontainer tertutup untuk dekontaminasi
- Lepaskan APD sesuai urutan pelepasan *(doffing)*

ALAT PELINDUNG DIRI (APD)

1. Penggunaan APD harus dipatuhi dan dilaksanakan oleh setiap individu secara benar sesuai indikasi dan jenis tindakan
2. Gunakan APD sesuai ukuran petugas dan lepaskan sesuai urutan pelepasan
3. Memahami aturan pakaian:
   - **Pertolongan persalinan**: bersih, higienis tangan, APD lengkap (topi, masker, pelindung wajah, gaun, sarung tangan, dan sepatu boot)
   - **Pemeriksaan/tindakan ke pasien**: sesuai indikasi dan jenis pajanan
4. Segera lepaskan APD dan buang ke limbah infeksius, dan untuk re-use masukkan ke dalam kontainer tertutup untuk dilakukan proses dekontaminasi
5. Jangan menggunakan APD selesai tindakan pelayanan dibawa keluar ruangan pasien

Contoh APD Lengkap untuk Pertolongan Persalinan



> APD digunakan dengan benar, untuk layanan kesehatan yang lebih aman.

Tenaga Kesehatan Terlindungi | Pasien Lebih Aman | Pelayanan Kesehatan Berkualitas

Bersama Cegah Infeksi

PENGELOLAAN ALAT KESEHATAN

suatu proses untuk menghilangkan/memusnahkan mikroorganisme dan kotoran yang melekat pada peralatan kesehatan, sehingga aman untuk penggunaan selanjutnya, meliputi pembersihan, disinfeksi, sterilisasi terdiri dari :

Peralatan Kritikal



Peralatan medis yang masuk kedalam jaringan tubuh steril atau sistem pembuluh darah, pengelolaan peralatan dilakukan dengan cara STERILISASI
Contoh : Instrument bedah, kateter intravena, kateter jantung

Peralatan SEMI Kritikal



Peralatan medis yang masuk/ kontak dengan membran mukosa . Pengelolaan peralatan semi krtikal dilakukan dengan Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) contoh *Ambu bag*, ETT, *handpiece*, *speculum*, diagnostik set gigi.

Peralatan NON Kritikal



Peralatan medis yang kontak dengan permukaan kulit yang utuh pengelolaan peralatan medis ini dengan cara Disinfeksi Tingakt rendah contoh : tensimeter, *stethoscope* dan lain lain.

PERAN PPI DALAM PELAYANAN CSSD

MENJAMIN ALAT STERIL AMAN, MUTU TERJAGA, INFEKSI TERKENDALI



01 MENYUSUN KEBIJAKAN & PROSEDUR
- Menyusun, mengkaji dan memperbarui kebijakan, pedoman, dan SPO CSSD
- Mengacu pada standar nasional dan rekomendasi terkini

02 MELAKUKAN RISK ASSESSMENT
- Mengidentifikasi risiko infeksi dan bahaya kerja di setiap tahapan proses CSSD
- Menentukan langkah pengendalian yang tepat

03 MEMASTIKAN KEPATUHAN
- Memantau dan memastikan kepatuhan petugas terhadap PPI, SPO, dan penggunaan APD
- Memberikan edukasi dan pelatihan berkala

04 MENGAWASI PROSES DEKONTAMINASI
- Memastikan proses prapembersihan, pembersihan, disinfeksi/sterilisasi dilakukan sesuai standar
- Mencegah kontaminasi silang di setiap area

05 MONITORING & EVALUASI
- Melakukan audit, surveilans dan monitoring indikator mutu CSSD
- Menindaklanjuti temuan dan melakukan perbaikan berkelanjutan

06 BERKOLABORASI & KOMUNIKASI
- Berkolaborasi dengan tim layanan lain (unit klinis, K3RS, manajemen) untuk meningkatkan keselamatan pasien
- Menjadi sumber konsultasi PPI di CSSD



ZONASI & ALUR SATU ARAH CSSD



MENCEGAH KONTAMINASI SILANG DENGAN PEMISAHAN AREA DAN ALUR YANG JELAS

DAMPAK PERAN PPI DI CSSD



FOKUS PERAN PPI DI SETIAP TAHAPAN CSSD

PENERIMAAN ALAT KOTOR
- ✓ Gunakan APD
- ✓ Periksa & catat
- ✓ Transport alat tertutup



DEKONTAMINASI (PRA CLEANING)
- ✓ Rendam enzimatik
- ✓ Sikat di area khusus
- ✓ Cegah percikan & aerosol



PEMBERSIHAN & PENGERINGAN
- ✓ Cuci dengan alat yang tepat
- ✓ Bilas sampai bersih
- ✓ Keringkan sempurna



PEMERIKSAAN & PENGEMASAN
- ✓ Periksa fungsi alat
- ✓ Kemas sesuai standar
- ✓ Label & indikator kimia



STERILISASI & MONITORING
- ✓ Pilih metode yang tepat
- ✓ Monitoring fisik, kimia, biologi
- ✓ Catat & dokumentasi



PENYIMPANAN & DISTRIBUSI
- ✓ Simpan di area steril
- ✓ FEFO (First Expired First Out)
- ✓ Distribusi tertutup



INGAT!
- ✓ PATUH PROSEDUR
- ✓ GUNAKAN APD
- ✓ JAGA KEBERSIHAN
- ✓ CEGAH KONTAMINASI
- ✓ DOKUMENTASI LENGKAP

CSSD BERSIH, ALAT STERIL, PASIEN AMAN



PPI KUAT, CSSD BERMUTU, PELAYANAN AMAN & BERMUTU

4. PENGENDALIAN LINGKUNGAN

PENGENDALIAN LINGKUNGAN

Pengendalian lingkungan adalah upaya mengendalikan lingkungan melalui perbaikan mutu air, udara/ventilasi, permukaan lingkungan, desain dan konstruksi bangunan.

Air

- Memenuhi syarat mutu air
- Menjamin air bersih & aman
- Mencegah pencemaran fisik, kimia, dan biologis

Sistem Penghawaan (Ventilasi)

- Mengatur sirkulasi udara
- Memperhatikan suhu, kelembaban, tekanan, dan filtrasi
- Mengurangi risiko kontaminasi

Desain & Konstruksi Bangunan

- Alur ruang dan material mudah dibersihkan
- Mendukung keamanan pasien & petugas
- Memperhatikan fungsi pelayanan

Pengendalian Lingkungan

- Pembersihan rutin
- Disinfeksi permukaan
- Monitoring & evaluasi berkala

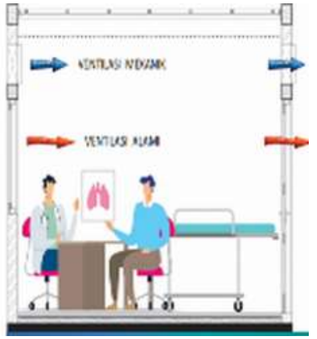
PENEMPATAN RUANGAN MEMPERHATIKAN

1. Sarana/furniture sesuai kebutuhan pelayanan pasien
2. Area tempat duduk dokter dan pasien disesuaikan dengan sistem ventilasi udara
3. Penataan peralatan tampak rapi dan mudah dibersihkan
4. Penyediaan sarana kebersihan tangan dan limbah
5. Sarana ventilasi mengatur perputaran udara 6–12 kali/jam
6. Sarana pencahayaan alam

UPAYA PENGENDALIAN UTAMA

1. **Pembersihan Lingkungan:** Pembersihan rutin dengan cairan disinfektan dan penggunaan APD.
2. **Mempertahankan Sirkulasi Udara:** Natural ventilasi, mekanik ventilasi, atau campuran.
3. **Memperkuat Budaya 5R:** Selalu menata dan membersihkan ruang terutama area kerja.
4. **Penataan/Perawatan Lingkungan:** Limbah sesuai jenis, barang tertata rapi dan siap pakai.
5. **Budaya Peduli Lingkungan:** Menempatkan pasien dalam kondisi aman dan nyaman.

ILUSTRASI VENTILASI



Lingkungan aman tercipta dari ruang bersih, ventilasi baik, permukaan mudah dibersihkan, dan alur kerja tertata.

Fokus: Air • Udara/Ventilasi • Permukaan Lingkungan • Desain & Konstruksi

Pengertian :

Pengendalian lingkungan adalah upaya mengendalikan lingkungan melalui perbaikan mutu air, udara/ventilasi, permukaan lingkungan, disain dan konstruksi bangunan



5. PENGELOLAAN LIMBAH



Jika pembuangan akhir limbah Infeksius fan limbah cair infeksius dilakukan **bekerjasama dengan pihak ketiga, dipastikan** sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Penanganan limbah

- Identifikasi Jenis imbah : Infeksius, Non Infeksius, Limbah benda Tajam, Limbah cair Infeksius
- Pemisahan Limbah : dimulai dari tempat pelyanan
- Tempat penampungan Limbah
- Pengangkutan Limbah
- Tempat Penampungan Sementara (TPS)
- Pengolahan Limbah
- Penanganan Limbah Tajam







Wadah Penampungan Sementara Limbah Infeksius/ Non Infeksius	Wadah Penampungan Sementara Limbah Benda Tajam
• Harus tertutup • Mudah dibuka dengan menggunakan pedal kaki • Mudah dibersihkan dan dicuci setiap hari • Terbuat dari bahan yang kuat, ringan dan tidak berkarat • Jarak antar wadah limbah 10-20 meter, diletakkan di ruang pelayanan pasien dan tidak boleh di bawah tempat tidur/wastafel • Ikat kantong plastik limbah jika sudah terisi ¾ penuh	• Tahan bocor dan tahan tusukan • Harus mempunyai pegangan yang dapat dijinjing dengan satu tangan • Mempunyai penutup yang tidak dapat dibuka lagi • Bentuknya dirancang agar dapat digunakan dengan satu tangan • Ditutup dan diganti setelah 2/3 bagian terisi dengan limbah • Diletakan pada area ruang tindakan (*trolley injection, nursing station* dll) serta aman dan mudah dijangkau tidak diletakan di lantai • Penanganan akhir bersama limbah medis

6. PENGELOLAAN LINEN

Jenis Linen

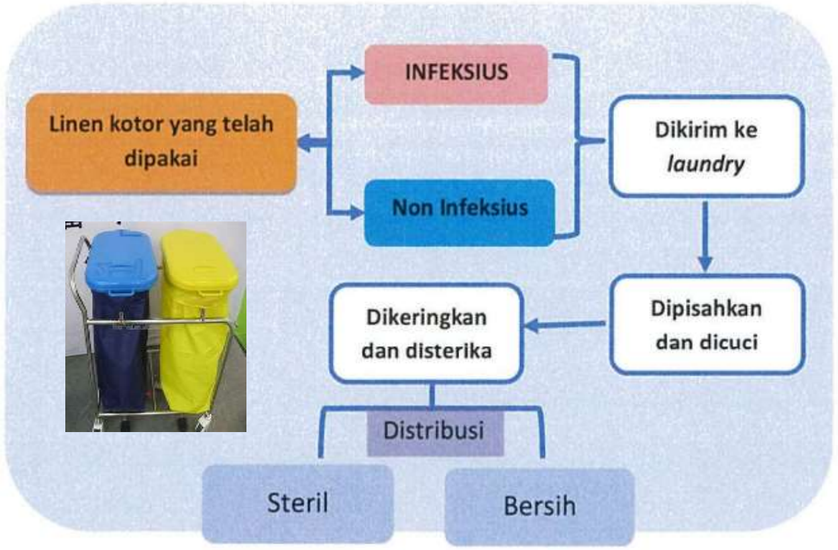
1. Linen bersih adalah linen yang sudah dilakukan proses pencucian dan siap untuk pemakaian pelayanan non steril.
2. Linen steril adalah linen yang sudah dilakukan sterilisasi,
3. Linen kotor adalah linen yang sudah dipakai oleh pasien/keluarga/ petugas.
4. Sedangkan linen infeksius adalah linen yang sudah terkontaminasi darah, cairan tubuh, sekresi dan eksres

Pengelolaan Linen

1. Gunakan gorden sebagai privasi pasien terbuat dari bahan tahan air dan segera bersihkan bila terdapat darah, cairan tubuh dengan menggunakan spiil kit
2. Petugas yang menangani linen wajib menggunakan sarung tangan rumah tangga, alas kaki tertutup kedap air, apron dan kacamata pelindung
3. Pisahkan segera linen kotor dan linen infeksius setelah pelayanan kesehatan diberikan
4. Kumpulkan dan pisahkan semua pakaian dan kain yang terkontaminasi darah atau cairan tubuh dalam kantong plastik khusus (infeksius).
5. Buang darah maupun cairan tubuh yang berlebihan dedalam spoelhock dengan hati hati sebelum dimasukan kedalam kontainer linen infeksius
6. Pengelolaan dilakukan sesuai penanganan laundri Pedoman PPI

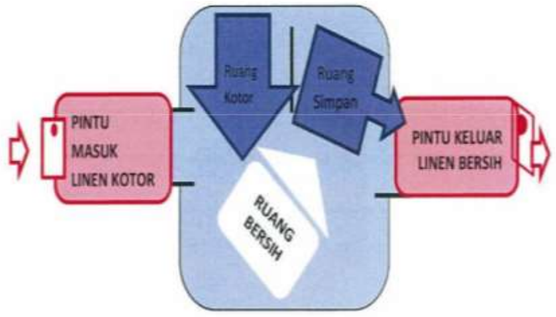
PRINSIP PENGELOLAAN LINEN

1. Mengenakan APD
2. Linen dipisahkan berdasarkan linen kotor dan linen terkontaminasi cairan tubuh, sejak dari lokasi penggunaannya oleh perawat atau petugas.
3. Minimalkan penanganan linen kotor
4. Semua linen kotor segera dibungkus/dimasukkan ke dalam kantong kuning di lokasi penggunaannya dan tidak boleh disortir atau dicuci di lokasi dimana linen dipakai.
5. Pengangkutan dengan troli yang terpisah, untuk linen kotor atau terkontaminasi dimasukkan ke dalam kantong kuning.
6. Pastikan alur linen kotor dan linen terkontaminasi sampai di laundry TERPISAH dengan linen yang sudah bersih.

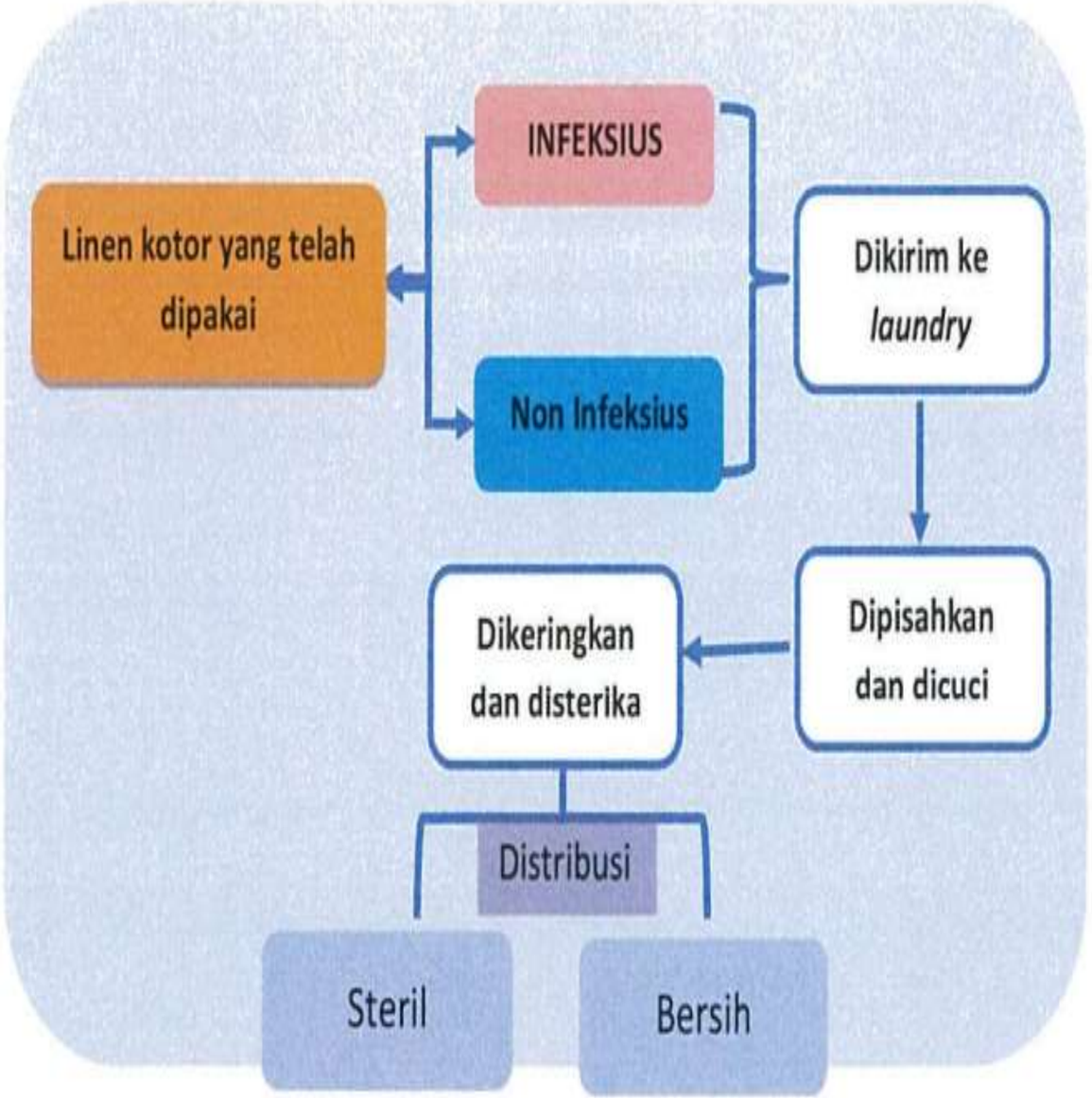


Gambar 28. Alur pengelolaan linen

(j) Alur denah ruangan penerimaan linen kotor dan linen bersih berbeda dengan prinsip pintu penerimaan dan pengeluaran satu arah.



Gambar 29. Denah ruangan pengelolaan linen



Gambar 28. Alur pengelolaan linen

PENGELOLAAN LINEN

Linen Kotor, Linen Infeksius, dan Linen Steril

1 LINEN KOTOR

Linen yang digunakan pasien tanpa kontaminasi darah atau cairan tubuh.



ALUR PENANGANAN



- Pisahkan dari linen bersih
- Jangan dikibas
- Masukkan ke kantong linen kotor
- Kirim ke laundry

2 LINEN INFEKSIUS

Linen yang terkontaminasi darah, cairan tubuh, atau bahan infeksius lainnya.



ALUR PENANGANAN



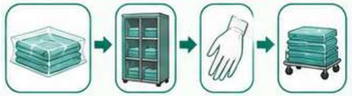
- Gunakan APD
- Masukkan ke kantong khusus infeksius
- Beri label
- Transport tertutup
- Cuci dan desinfeksi sesuai SOP

3 LINEN STERIL

Linen bersih yang telah dicuci, dikeringkan, dan disterilkan.



ALUR PENYIMPANAN & DISTRIBUSI



- Simpan di tempat bersih tertutup
- Kemasan utuh
- Gunakan tangan bersih
- Siap untuk distribusi

Pisahkan, tangani, simpan, dan distribusikan linen sesuai SOP.

CEGAH INFEKSI | JAGA KESELAMATAN PASIEN DAN PETUGAS | PELAYANAN AMAN, MUTU TERJAMIN

7. PENYUNTIKAN YANG AMAN

Pengertian : Penyuntikan yang aman adalah penyuntikan yang dilakukan sesuai dengan prinsip-prinsip penyuntikan yang benar mulai saat persiapan, penyuntikan obat hingga penanganan alat alat bekas pakai, sehingga aman untuk pasien dan petugas dari risiko cedera dan terinfeksi.

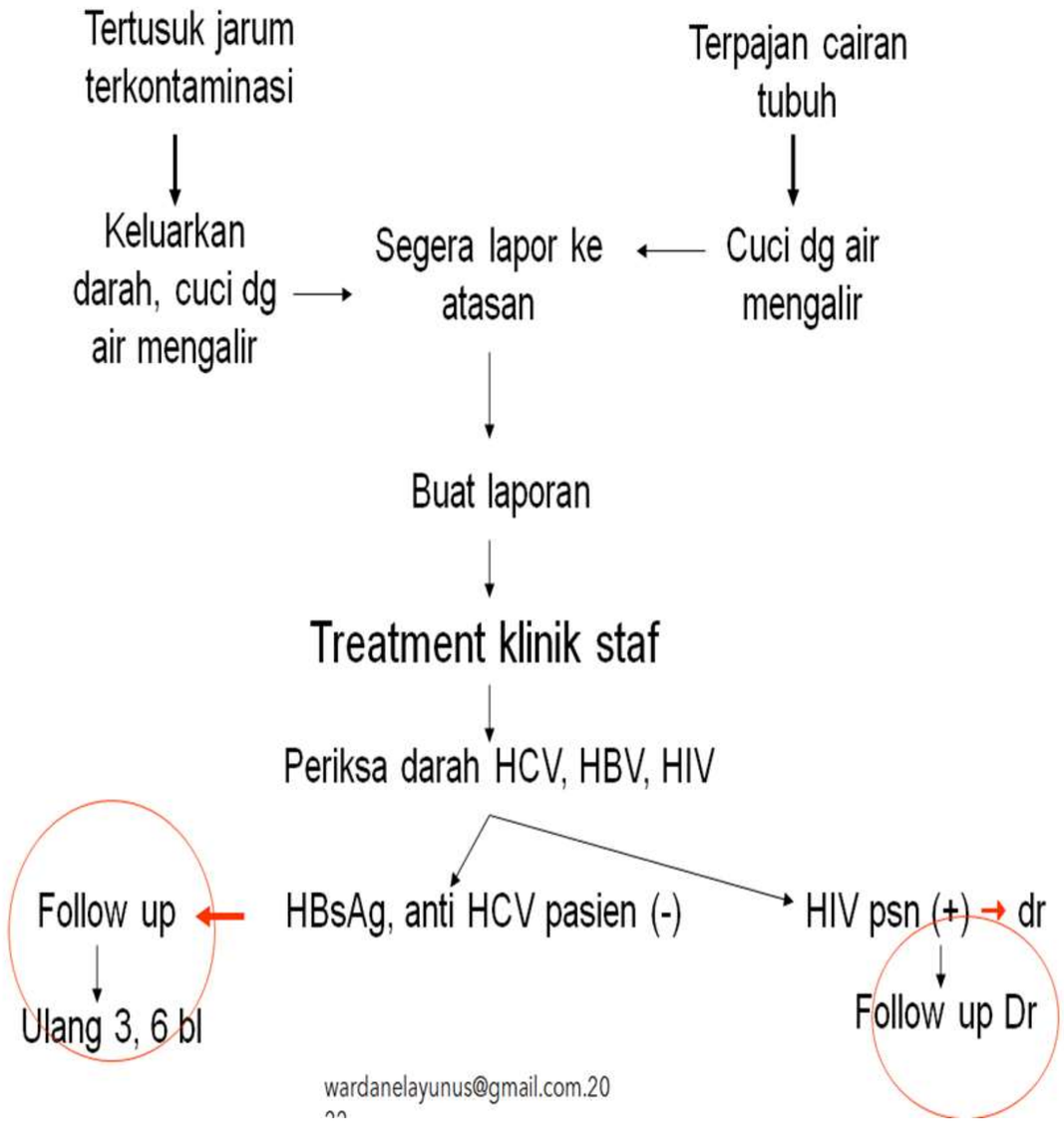
PRINSIP PENYUNTIKAN YANG AMAN

- Persiapan penyuntikan dilakukan di area khusus (dispensing area)untuk mempertahan Tindakan aseptik
- Penyuntikan yang aman dilaksanakan dengan prinsip **satu spuit, satu jenis obat dan satu prosedur** penyuntikan.
- Pastikan obat yang akan diberikan sesuai dengan : jenis obat, pasien, waktu pemberian, dosis obat, masa kadaluarsa obat
- Lakukan kebersihan tangan sebelum dan sesudah melakukan prosedur penyuntikan dan tetap mempertahankan Tindakan aseptik.
- Gunakan APD sesuai jenis dan indikasi.
- Pastikan petugas dalam mempersiapkan penyuntikan menggunakan teknik aseptik.



ALUR PASKA PAJANAN

FLOW CHART LUKA TUSUK JARUM



wardanelayunus@gmail.com.20



B. Penempatan Pasien sesuai metode Transmisi penyakit (Kewaspadaan Transmisi)

Kewaspadaan Transmisi Kontak

- **Transmisi kontak langsung** yaitu penularan **melalui sentuhan langsung dengan mikroba patogen** ke pintu masuk yang sesuai dari pejamu, seperti menyentuh permukaan tubuh pasien dengan luka terinfeksi.
- **Transmisi tidak langsung** yaitu **penularan mikroba patogen yang memerlukan adanya "media perantara".**

Kewaspadaan Transmisi Droplet

Transmisi droplet yaitu **penularan mikroorganisme melalui batuk, bersin, berbicara dan saat melakukan tindakan khusus**. Droplet atau percikan air liur **biasanya berukuran 5-10 mikron**.

Kewaspadaan Transmisi Airbone

Transmisi *airborne* **terjadi ketika terhirup udara yang mengandung mikroorganisme patogen dengan ukuran < 5 mikron.** Mikroorganisme yang ditransmisikan melalui udara seperti ***Mycobacterium Tuberculosis, Rubella dan Varicella Virus***.



LAPIS II : Kewaspadaan berdasarkan transmisi kontak

INFECTION PREVENTION AND CONTROL

World Health Organization | Better Health Safer Care Brighter Tomorrow

CONTACT PRECAUTIONS
PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT (PPE)

1 Perform hand hygiene

- Basuh tangan hand rub 20–30 detik
- Water and soap 40–60 detik (bila terlihat kotor)



2 Put on the gown

Gunakan gaun pelindung



3 Put on gloves

Gunakan sarung tangan sekali pakai



LANGKAH KEWASPADAAN TRANSMISI KONTAK

1. Tempatkan pasien *single room*, jika tidak memungkinkan kohorting, jarak minimal 1 m.
2. Pasien orientasi berada di ruangan
3. Kebersihan Tangan sesuai 5 moment
4. Hindari menyentuh mulut, hidung, mata
5. APD: gaun dan sarung tangan
6. Peralatan: lakukan proses dekontaminasi sesuai SPO
7. Lingkungan, pembersihan lingkungan secara rutin dan bila perlu, jangan menyapu atau menyemprotkan lingkungan bila tidak perlu, jika terpaksa menyentuh lantai segera kebersihan tangan
8. Tekanan udara seimbang
9. Tidak perlu melakukan fogging dan UV light



Tidak perlu melakukan fogging dan UV

PENJELASAN APD

APD: Gaun jika diperkirakan pakaian akan tercemar saat kontak dg pasien, permukaan lingkungan atau peralatan pasien (diare, inkontinensia, kolostomi, slang drainase), lepaskan gaun sebelum meninggalkan ruangan dan pastikan pakaian tidak menyentuh lagi permukaan tercemar di luar jangkauanMasker atau pelindung wajah, jika tindakan kemungkinan ada percikan atau cipratan.

Peralatan kesehatan, tensi meter, stetoscope, termometer dipakai sendiri-sendiri, segera didisinfeksi atau dibuang setelah dipakai



Contoh penyakit:

Gastrointestinal infections (including diarrhea of unknown origin), wound and skin infections, and colonization with multidrug-resistant bacteria (e.g. methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), VRE, ESBL)

BERSAMA CEGAH INFEKSI
UNTUK PELAYANAN KESEHATAN YANG LEBIH AMAN

INFECTION PREVENTION SAVES LIVES

LAPIS II

TRANSMISI DROPLET

Kewaspadaan Droplet

Mencegah penularan dari batuk, bersin, dan berbicara

Droplet >5 µm

jatuh pada jarak <1 m

kecuali flu burung: 2 m

Ruang aman

Single room/kohort; jarak minimal 1 m.

APD tepat

Masker medis + goggles atau face shield.

Bersih rutin

Tangan, alat, dan lingkungan pasien.

Langkah kewaspadaan

- Laksanakan kewaspadaan standar dan kebersihan tangan sesuai 5 moments.
- Hindari menyentuh mulut, hidung, dan mata.
- Batasi pergerakan pasien; gunakan masker saat transportasi.
- Dekontaminasi alat: pembersihan–disinfeksi–sterilisasi.

Ruang & udara

- Pengelolaan udara khusus tidak diperlukan; pintu boleh terbuka.
- Tekanan udara seimbang.
- Bersihkan ruangan 2× sehari; fogging dan UV tidak perlu.

Penularan batuk • bersin • berbicara → droplet kecil & besar mengenai mukosa mata, hidung, atau mulut orang tanpa pelindung

Contoh penyakit:

Influenza | Meningitis | Mumps | Rubella | Difteri | Pertusis | Adenovirus | H1N1



Kunci pencegahan:

Jaga jarak, pakai APD, dan bersihkan tangan segera setelah kontak.

Materi ringkas berdasarkan gambar referensi pengguna

PENCEGAHAN INFEKSI

Kewaspadaan Transmisi Airborne

Mikroba sangat kecil (<5 µm) dapat bertahan di udara, mengikuti aliran ventilasi, dan menyebar melampaui jarak dekat.

DROPLET NUCLEI / AEROSOL Terjadi saat batuk, bersin, berbicara, intubasi, atau suctioning.

01 **Ruang isolasi**
Tekanan negatif termonitor; pintu harus selalu tertutup rapat.

02 **Ventilasi Tekanan negatif**
Hindari AC sentral; gunakan HEPA dan buang udara ke luar.

03 **Pasien terpisah atau kohort**
Ruang sendiri. Bila kohorting, jaga jarak minimal 2 meter.

04 **Proteksi respirator**
N95 untuk petugas/prosedur aerosol; pasien pakai masker bedah saat keluar.

PEMBERSIHAN: 2×/hari + sesuai kebutuhan • Fogging/UV tidak rutin



Ringkasan materi kewaspadaan airborne

PENERAPAN BUNDLES HAIs



PENGERTIAN HAIs

(Health Care Associated Infections)



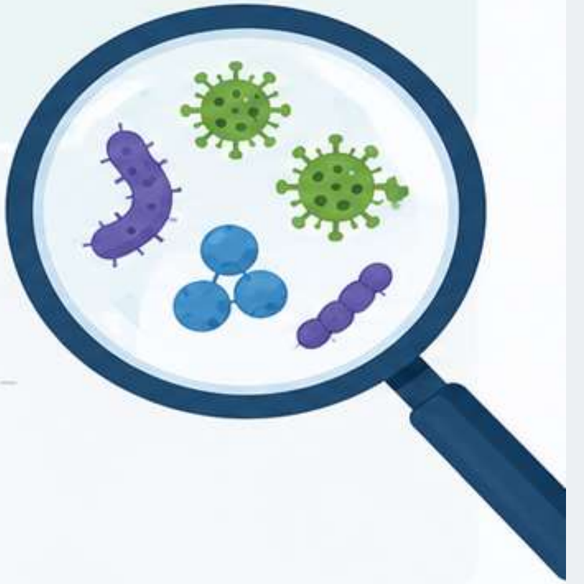
1. Adalah infeksi yang terjadi **pada pasien** selama **proses perawatan** di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya,



2. dimana **tidak infeksi** atau dalam **masa inkubasi** saat masuk rawat serta dapat **muncul setelah pulang rawat**.



3. dan juga infeksi yang dapat terjadi pada **PETUGAS** di fasilitas pelayanan kesehatan karena **pekerjaanya**.



HAIs DAPAT DICEGAH!

Melalui penerapan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), kita melindungi pasien, petugas, dan lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan.



KEBERSIHAN TANGAN



PENGGUNAAN APD



KEBERSIHAN LINGKUNGAN



PENGELOLAAN LIMBAH

Bundles HAIs

01 **Bundles Infeksi Saluran Kemih (ISK)/ *Catheter Associated Urinary Tractus Infection*(CAUTI)**



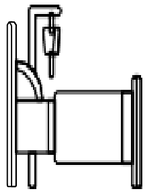
Praktek berbasis bukti sahih yang menghasilkan perbaikan keluaran bila dilakukan secara kolektif dan konsisten pada tindakan insersi, pemeliharaan kateter urine menetap (indweling catheter)

02 **Bundles Infeksi Daerah Operasi (IDO)**



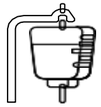
Praktek berbasis bukti sahih yang menghasilkan perbaikan keluaran bila dilakukan secara kolektif dan konsisten pada tindakanOperasi bedah minor/episitomi pada pertolongan persalinan/ekstraksi gigi dengan tindakan insisi

03 ***Bundles Peripheral Associated Blood Stream Infection* (PLABSI)**



Praktek berbasis bukti sahih yang menghasilkan perbaikan keluaran bila dilakukan secara kolektif dan konsisten pada tindakan insersi, pemeliharaan kateter vena perifer/Infus

04 **Pencegahan Infeksi Lainnya**



Pencegahan Infeksi pada penggunaan alat kesehatan pada pasien Misalnya : Oksigen Nasal, Nebulizer, perawatan luka

BUNDLES HAIs DI FASYANKES

PENERAPAN BUNDLE UNTUK MENCEGAH INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN

TUJUAN

Menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan (HAIs) dan meningkatkan keselamatan pasien

1. BUNDLE VAP

VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA



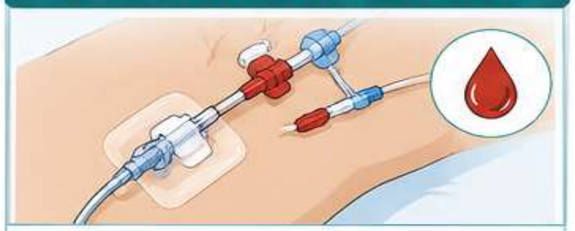
- Elevasi kepala tempat tidur 30°–45°
- Uji kesiapan ekstubasi setiap hari
- Kebersihan rongga mulut menggunakan chlorhexidine
- Manajemen sekret subglottik (jika ada)
- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
- Sedasi minimal dan analgesi adekuat

MONITORING & EVALUASI

- Kepatuhan bundle
- Kejadian VAP per 1000 ventilator days
- Audit dan umpan balik

2. BUNDLE IAD

INFEKSI ALIRAN DARAH TERKAIT KATETER



- Kebersihan tangan
- Maksimal barrier precautions saat pemasangan kateter
- Antiseptik kulit menggunakan chlorhexidine 2% dalam alkohol
- Pilih lokasi pemasangan yang tepat
- Evaluasi harian kebutuhan kateter dan segera cabut jika tidak perlu
- Perawatan kateter dan dressing secara aseptik

MONITORING & EVALUASI

- Kepatuhan bundle
- Kejadian IAD per 1000 catheter days
- Audit dan umpan balik

3. BUNDLE ISK

INFEKSI SALURAN KEMIH TERKAIT KATETER



- Evaluasi harian kebutuhan kateter dan segera cabut jika tidak perlu
- Kebersihan tangan sebelum dan sesudah kontak
- Teknik aseptik saat pemasangan kateter
- Sistem drainase tertutup dan tidak terputus
- Posisi kantong urin di bawah level kandung kemih
- Kebersihan perineal dan meatus secara rutin

MONITORING & EVALUASI

- Kepatuhan bundle
- Kejadian ISK per 1000 catheter days
- Audit dan umpan balik

4. BUNDLE IDO

INFEKSI DAERAH OPERASI



- Mandi pasien sebelum operasi (sesuai kebijakan)
- Antibiotik profilaksis tepat indikasi, tepat obat, tepat dosis, tepat waktu
- Cukur rambut hanya jika perlu dan tepat sebelum operasi
- Teknik aseptik selama operasi
- Kontrol glukosa darah perioperatif
- Perawatan luka operasi sesuai standar

MONITORING & EVALUASI

- Kepatuhan bundle
- Kejadian IDO per 100 operasi
- Audit dan umpan balik

PRINSIP DASAR PENCEGAHAN INFEKSI

- Kebersihan Tangan
- Penggunaan APD
- Kebersihan Lingkungan
- Sterilisasi & Disinfeksi
- Pengelolaan Peralatan
- Pengelolaan Limbah

KUNCI KEBERHASILAN

- Komitmen Pimpinan
- Edukasi & Pelatihan
- Kepatuhan Terhadap Bundle
- Monitoring & Evaluasi Berkelanjutan
- Umpan Balik & Perbaikan Berkelanjutan

CEGAH INFEKSI, SELAMATKAN PASIEN

PENCEGAHAN INFEKSI

PADA PENGGUNAAN OKSIGEN NASAL, NEBULIZER DAN PERAWATAN LUKA

Praktik Bersih dan Aman, Cegah Infeksi, Lindungi Pasien

KEBERSIHAN
KESELAMATAN
KESEMBUHAN

1 OKSIGEN NASAL



PENCEGAHAN INFEKSI

- Cuci tangan sebelum dan sesudah pemasangan
- Pastikan alat bersih, steril untuk pasien dengan risiko tinggi
- Gunakan air steril pada humidifier, ganti setiap 24 jam
- Bersihkan kanul secara rutin dan ganti sesuai kebijakan
- Observasi tanda infeksi pada hidung dan saluran pernapasan

LANGKAH KEBERSIHAN

- Cuci tangan
- Pastikan kebersihan alat (sebelum digunakan)
- Gunakan kanul sesuai ukuran dan pasang dengan benar
- Ganti set kanul sesuai kebijakan atau bila kotor/ pasien infeksi
- Dokumentasikan pemasangan dan kondisi pasien

TANDA INFEKSI YANG PERLU DIWASPADAI

- Iritasi, kemerahan atau luka pada hidung
- Pilek, batuk, sesak meningkat
- Sekret berlebih berwarna kuning/hijau



INGAT! Kebersihan alat dan tangan adalah kunci utama mencegah infeksi.

2 NEBULIZER



PENCEGAHAN INFEKSI

- Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan
- Gunakan alat khusus untuk satu pasien
- Bersihkan semua bagian nebulizer setelah digunakan
- Lakukan disinfeksi tingkat tinggi secara rutin
- Keringkan dengan udara bersih sebelum disimpan
- Ganti masker/mouthpiece sesuai kebijakan atau bila rusak

LANGKAH KEBERSIHAN

- Cuci tangan
- Bongkar semua bagian nebulizer (setelah digunakan)
- Cuci dengan air bersih dan sabun cair
- Bilas hingga bersih
- Rendam dalam larutan disinfektan tingkat tinggi sesuai waktu yang dianjurkan
- Bilas dengan air steril (jika diperlukan)
- Keringkan dengan udara bersih di atas kain bersih
- Simpan di wadah bersih dan tertutup

ALAT BERSIH, TERINFEKSIAH— TERAPI LEBIH AMAN, PERNAPASAN LEBIH SEHAT

3 PERAWATAN LUKA



PENCEGAHAN INFEKSI

- Cuci tangan sebelum dan sesudah perawatan luka
- Gunakan teknik aseptik (steril) saat perawatan luka
- Gunakan alat dan bahan steril atau sekali pakai
- Bersihkan luka sesuai prosedur (irigasi dengan NaCl 0,9%)
- Tutup luka dengan balutan steril dan ganti sesuai kondisi dan kebijakan
- Observasi tanda infeksi

LANGKAH PERAWATAN LUKA (ASEPTIK)

- Cuci tangan
- Siapkan alat dan bahan steril
- Bersihkan luka dengan NaCl 0,9%
- Buang jaringan mati bila perlu
- Keringkan area sekitar luka dengan kasa steril
- Tutup luka dengan balutan steril
- Lepas sarung tangan dan cuci tangan kembali
- Dokumentasikan kondisi luka dan tindakan

TANDA INFEKSI YANG PERLU DIWASPADAI

- Kemerahan di sekitar luka
- Nyeri bertambah
- Bengkak
- Keluar nanah
- Bau tidak sedap
- Demam



LUKA BERSIH, BALUTAN STERIL, SEMBUH LEBIH CEPAT, INFEKSI DAPAT DIHINDARI

PRINSIP UMUM PENCEGAHAN INFEKSI

- Cuci tangan 5 momen
- Gunakan APD sesuai indikasi
- Kelola limbah medis dengan benar
- Bersihkan dan disinfeksi alat secara rutin
- Terapkan teknik aseptik
- Edukasi pasien dan keluarga tentang pencegahan infeksi

CEGAH INFEKSI, LINDUNGI DIRI, LINDUNGI PASIEN

INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN (HAIs)

SURVEILANS HAIs

PENCEGAHAN | DETEKSI DINI | MUTU PELAYANAN LEBIH BAIK

KESELAMATAN PASIEN
TANGGUNG JAWAB BERSAMA

IDENTIFIKASI RISIKO INFEKSI DALAM SURVEILANS HAIs

Contoh area risiko infeksi yang dipantau dalam surveilans HAIs

PLEBITIS



Inflamasi pada vena di lokasi pemasangan kateter intravena

IAD



Dermatitis akibat inkontinensia (kelembaban)

ISK



Infeksi saluran kemih terkait kateter

VAP



Ventilator Associated Pneumonia

IDO



Infeksi Daerah Operasi

Contoh Perhitungan Angka dan Rasio dalam Surveilans

Dilakukan dengan menghitung angka kejadian terhadap hari pemakaian alat atau hari perawatan.

Contoh 1 :
CLABSI RATE
(Central Line Associated Bloodstream Infection)

$$\text{CLABSI Rate} = \frac{\text{No. of CLABSIs}}{\text{No. of Central Line Days}} \times 1000$$

$$\text{DLR} = \frac{\text{No. of Central Line Days}}{\text{No. of Patient Days}}$$

Contoh 2 :
CAUTI RATE
(Catheter Associated Urinary Tract Infection)

$$\text{CAUTI Rate} = \frac{\text{No. of CAUTIs}}{\text{No. of Catheter Days}} \times 1000$$

$$\text{DLR} = \frac{\text{No. of Urinary Catheter Days}}{\text{No. of Patient Days}}$$

Contoh 3 :
VAE RATE
(Ventilator Associated Events)

$$\text{VAE Rate} = \frac{\text{No. of VAE}}{\text{No. of Ventilator Days}} \times 1000$$

$$\text{DVR} = \frac{\text{No. of Ventilator Days}}{\text{No. of Patient Days}}$$

Contoh 4 :
SSI RATE
(Surgical Site Infection)

$$\frac{\text{Number of SSI in a defined group of procedures}}{\text{Number of Operations performed}} \times 100 = \%\ \text{SSI}$$

Surveilans HAIs untuk pelayanan kesehatan yang lebih aman

BERSAMA CEGAH HAIs

SURVEILANS HAIs DI FASYANKES

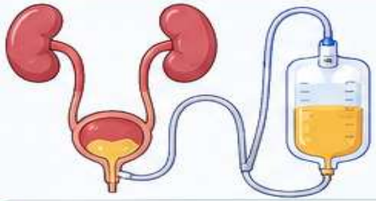
ISK | IDO | PHLEBITIS | ABSES GIGI

TUJUAN SURVEILANS

- Mendeteksi dini infeksi terkait pelayanan kesehatan (HAIs)
- Memantau tren dan faktor risiko
- Memberikan umpan balik untuk perbaikan mutu
- Menurunkan angka infeksi dan meningkatkan keselamatan pasien

1. SURVEILANS ISK

INFEKSI SALURAN KEMIH TERKAIT KATETER



DEFINISI

ISK yang muncul pada pasien dengan atau tanpa gejala, dengan pemasangan kateter urin atau dalam 48 jam setelah kateter dilepas.

KRITERIA SURVEILANS (CDC/NHSN)

- Gejala: demam, nyeri pinggang, suprapubik, disuria, urgensi, atau frekuensi berkemih
- Ditambah ≥1 hasil kultur urin positif (≥10^5 CFU/ml) dengan ≤2 jenis mikroorganisme

INDIKATOR

Angka ISK terkait kateter urin (CAUTI Rate) =

$$\frac{\text{Jumlah ISK terkait kateter urin}}{\text{Jumlah hari pemakaian kateter urin}} \times 1.000$$

METODE SURVEILANS

- Prospektif (aktif)
- Review rekam medis, hasil lab, lembar observasi
- Unit yang dipantau: rawat inap, ICU

FAKTOR RISIKO

- Pemasangan kateter tidak tepat indikasi
- Lama pemasangan
- Sistem drainase tertutup tidak terjaga
- Kebersihan perineum kurang

TINDAK LANJUT

- Umpan balik ke unit terkait
- Edukasi petugas
- Perbaikan kepatuhan bundle kateter urin

2. SURVEILANS IDO

INFEKSI DAERAH OPERASI



DEFINISI

Infeksi yang terjadi pada insisi operasi dalam 30 hari setelah operasi atau dalam 1 tahun bila terdapat implan.

KRITERIA SURVEILANS (CDC/NHSN)

- Superfisial: hanya kulit & subkutan
- Dalam: fasia & otot
- Organ/Rongga: bagian tubuh yang dibuka/dimanipulasi selama operasi

INDIKATOR

Angka IDO =

$$\frac{\text{Jumlah IDO}}{\text{Jumlah operasi bersih/bersih-terkontaminasi}} \times 100$$

METODE SURVEILANS

- Prospektif (aktif) / Retrospektif (rekam medis, kunjungan ulang, telepon)
- Unit yang dipantau: kamar operasi & rawat inap

FAKTOR RISIKO

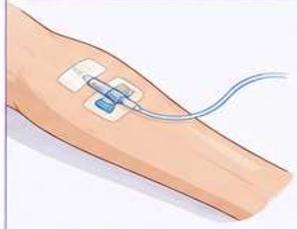
- Kebersihan tangan tidak optimal
- Profilaksis antibotik tidak tepat
- Durasi operasi lama
- Perawatan luka tidak sesuai

TINDAK LANJUT

- Umpan balik ke ruang operasi dan unit perawatan
- Evalkasi kepatuhan bundle IDO
- Pelatihan dan perbaikan praktik

3. SURVEILANS PHLEBITIS

INFLAMASI VENA AKIBAT KATETER INTRAVENA



SKALA PHLEBITIS (INS)

- 0 = tidak ada gejala
- 1 = nyeri ringan, kemerahan di sekitar tusukan
- 2 = nyeri, kemerahan, bengkak
- 3 = nyeri, kemerahan, bengkak, ada benjolan/serabut vena
- 4 = nyeri, kemerahan, bengkak, vena teraba keras, demam

DEFINISI

Peradangan pada vena di area pemasangan infus dengan skor ≥2 pada skala INS.

INDIKATOR

Angka Phlebitis =

$$\frac{\text{Jumlah kasus phlebitis}}{\text{Jumlah pemasangan infus perifer}} \times 100$$

METODE SURVEILANS

- Prospektif (aktif)
- Observasi dan pencatatan minimal 1x24 jam
- Unit yang dipantau: semua unit dengan pemasangan infus perifer

FAKTOR RISIKO

- Ukuran kateter terlalu besar
- Lama pemasangan infus
- Iritan/obat vesikan
- Teknik aseptik kurang baik

TINDAK LANJUT

- Umpan balik ke unit terkait
- Edukasi teknik pemasangan & perawatan infus
- Evaluasi pemilihan kateter & lokasi

4. SURVEILANS ABSES GIGI

INFEKSI ORODENTAL



DEFINISI

Infeksi gigi dan jaringan sekitarnya yang ditandai dengan nyeri, bengkak, kemerahan, dan/atau keluarnya pus.

KRITERIA SURVEILANS

- Nyeri spontan/tekan pada gigi
- Bengkak pada gingiva/wajah
- Ada pus/fistula
- Didokumentasikan oleh tenaga kesehatan gigi

INDIKATOR

Angka Abses Gigi =

$$\frac{\text{Jumlah kasus abses gigi}}{\text{Jumlah kunjungan pasien gigi}} \times 100$$

METODE SURVEILANS

- Prospektif (aktif)
- Pencatatan pada register dan rekam medis
- Unit yang dipantau: poli gigi/rawat inap gigi

FAKTOR RISIKO

- Kebersihan mulut buruk
- Karies gigi tidak ditangani
- Trauma gigi
- Prosedur gigi tidak aseptik

TINDAK LANJUT

- Umpan balik ke poli gigi
- Edukasi kebersihan mulut pasien
- Perbaikan prosedur perawatan gigi

LANGKAH SURVEILANS HAIs

1. **PERENCANAAN** — Tentukan tujuan, definisi kasus, indikator, dan populasi
2. **PENGUMPULAN DATA** — Kumpulkan data secara sistematis dan berkelanjutan
3. **ANALISIS DATA** — Hitung indikator, identifikasi tren dan faktor risiko
4. **INTERPRETASI** — Bandingkan dengan standar/target, identifikasi masalah
5. **UMPAN BALIK** — Sampaikan hasil kepada unit terkait secara berkala
6. **TINDAK LANJUT** — Lakukan perbaikan dan evaluasi efektivitas intervensi

CEGAH INFEKSI, SELAMATKAN PASIEN

- Kebersihan Tangan
- APD
- Aseptik
- Lingkungan Bersih
- Edukasi Pasien

Surveilans HAIs

Pengertian :

Surveilans kejadian infeksi terkait pelayanan adalah suatu **proses yang dinamis, sistematis, terus menerus** dalam **pengumpulan, identifikasi, analisis dan interpretasi data kesehatan** yang penting di Puskesmas **pada suatu populasi spesifik dan didiseminasikan secara berkala** kepada pihak-pihak yang memerlukan **untuk digunakan dalam perencanaan, penerapan, serta evaluasi suatu tindakan yang berhubungan dengan kesehatan.**

Tujuan :

- **Tersedianya informasi tentang situasi dan kecenderungan kejadian infeksi terkait pelayanan kesehatan** HAIs di Puskesmas dan faktor risiko yang mempengaruhinya.
- **Terselenggaranya kewaspadaan dini** terhadap kemungkinan **terjadinya fenomena abnormal** (penyimpangan) pada hasil pengamatan dan **dampak kejadian infeksi terkait pelayanan kesehatan HAIs** di Puskesmas.
- **Terselenggaranya investigasi dan pengendalian kejadian penyimpangan** pada hasil pengamatan dan dampak kejadian infeksi terkait

Metode Surveilans HAIs

1. **Surveilans Komprehensif**
   Surveilans yang **dilakukan di semua area pelayanan** untuk **mengidentifikasi pasien yang mengalami infeksi selama di Puskesmas. Data dikumpulkan dari catatan rekam medis, laporan pelayanan, dan laboratorium. Kekurangan** dari metode ini adalah **memerlukan banyak waktu, tenaga dan biaya**

2. **Surveilans Target (*Targetted Surveillance*)**
   Metode surveilans ini **berfokus pada ruangan atau pasien dengan risiko infeksi spesifik** seperti ruang pelayanan gigi, tindakan/gawat darurat, persalinan dan rawat inap atau pasien dengan risiko: Infeksi Saluran Kemih (ISK), Infeksi Daerah Operasi (IDO), Penyuntikan yang aman (*Safety Injection*), Phlebitis dan Abses. **Surveilans target dapat memberikan hasil yang lebih tajam dan memerlukan sumber daya manusia yang sedikit**

3. **Surveilans Periodik (*Periodic Surveillance*)**
   Surveilans periodik adalah **kegiatan surveilan yang dilakukan secara periodik** misalnya satu bulan dalam satu semester, atau cara lain **pada satu atau beberapa unit dalam periode tertentu kemudian pindah lagi ke unit lain**

4. **Surveilans Prevalensi (*Prevalence Surveillance*)**
   Menghitung jumlah aktif infeksi selama periode tertentu. Aktif infeksi dihitung semua jumlah infeksi **baik yang lama maupun yang baru ketika dilakukan survei.** Jumlah aktif infeksi dibagi jumlah pasien yang ada pada waktu dilakukan survei. *Prevalence Surveillance* dapat **digunakan pada populasi khusus** seperti infeksi mikroorganisme khusus: Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA), Vancomycin Resistant Enterococci (VRE).

Kriteria HAIs

1) Ditemukan tanda klinik, hasil pemeriksaan laboratorium/radiologi setelah 2 hari kalender terpasang alat dan setelah hari ketiga pelepasan alat kesehatan
2) Pada Tindakan pembedahan ditemukan tanda tanda infeksi daerah operasi (IDO) sampai 30 hari paska pembedahan .

Langkah-langkah Surveilans HAIs

1. Perencanaan
2. Pengumpulan Data
3. Analisa Data
4. Interpretasi Data
5. Laporan dan Rekomendasi

PENDIDIKAN DAN PELATIHAN PPI

World Health Organization

01 PRINSIP UMUM

Pendidikan dan pelatihan PPI adalah kegiatan Pendidikan dan pelatihan yang berkaiitan dengan meningkatkan kompetensi dalam Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI) bagi Komite/Tim PPI untuk semua petugas di Fasyankes.

Pendidikan dan pelatihan PPI dilaksanakan secara :

a. Internal

Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan PPI secara internal Komite PPI (PPI Dasar) dilaksanakan di *Inhouse Trainning*, workshop dan sosialisasi sesuai kebutuhan Fasyankes dan narasumber dapat dari internal atau eksternal.

b. Eksternal

Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan PPI (PPI dasar, IPCD, IPCN) secara eksternal adalah kegiatan yang dilaksanakan oleh pihak luar seperti : Dinkes, Kemenkes, Organisasi Profesi, dll.

02 TUJUAN

Tujuan Pendidikan dan pelatihan PPI adalah tersedianya Staf Fasyankes yang memiliki ilmu dan pengetahuan PPI sesuai dengan perkembangan ilmu dan pengetahuan PPI terkini yang berbasis bukti dan mampu melaksanakan kegiatan PPI secara terampil dan profesional.

Bersama Cegah Infeksi
Untuk Fasyankes yang Lebih Aman



Strategi Multimodal

5 elemen atau area yang harus diimplementasikan sebagai strategi multimodal untuk meningkatkan praktik dan mengurangi kejadian HAIs dan AMR

1 **Membangun Perubahan Sistem**
Perubahan sistem dibutuhkan dalam praktik PPI termasuk dalam pemenuhan infrastruktur, peralatan, persediaan dan sumber daya lainnya

2 **Pembelajaran melalui Pendidikan dan Pelatihan**
Pembelajaran yang dapat dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan ini dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan tenaga kesehatan

3 **Pemantauan dan Umpan Balik**
Elemen ini bertujuan untuk menilai masalah, mendorong adanya perubahan dan mendokumentasikan perbaikan yang dilaksanakan

4 **Promosi dan Komunikasi**
Elemen ini bertujuan untuk memberi tahu tindakan yang diinginkan pada waktu yang tepat

5 **Penerapan Budaya Keselamatan**
Elemen ini bertujuan untuk memudahkan Puskesmas dalam melakukan intervensi dengan berfokus pada keterlibatan dari Kepala Puskesmas, Penanggung Jawab, Koordinator dan Tim



Monitoring, Audit dan Umpan Balik



Monitoring

Dalam program PPI, **monitoring dan evaluasi bertujuan untuk mengukur keberhasilan pelaksanaan program dan kepatuhan penerapan oleh petugas serta evaluasi angka kejadian HAIs melalui pengkajian risiko infeksi/*Infection Control Risk Assesment* (ICRA)secara berkala yang dilakukan oleh Tim PPI serta pembinaan oleh Penanggung Jawab Klaster 1.**



ICRA merupakan pengkajian yang di lakukan **secara kualitatif dan kuantitatif terhadap risiko infeksi** terkait aktifitas pengendalian infeksi di Puskesmas serta mengenali ancaman/bahaya dari aktifitas tersebut.



Tujuan : untuk **mencegah dan mengurangi risiko terjadinya HAIs** pada pasien, petugas dan pengunjung Puskesmas

MONITORING , AUDIT DAN UMPAN BALIK



MONITORING PROGRAM PPI

1. SUPERVISI → Melihat pelaksanaan program PPI

2. AUDIT → Mengukur hasil pelaksanaan program PPI

3. ICRA → Upaya penyelesaian masalah skala prioritas

4. SURVEILANS → Menghasilkan data angka kejadian infeksi

QUESTIONER,REVIEW DOKUMEN/log book)

1 IDENTIFIKASI MASALAH

melihat seberapa beratnya dampak potensial dan kemungkinan seberapa sering frekuensi munculnya risiko, identifikasi aktifitas yang dilakukan pada risiko dan cara transmisinya

2 ANALISA RISIKO

Mengapa terjadi ? Seberapa sering terjadi, dimana kejaiannya, siapa saja yang berkontribusu dan apa dampaknya

3 PENILAIAN DAN PENENTUAN SKORING

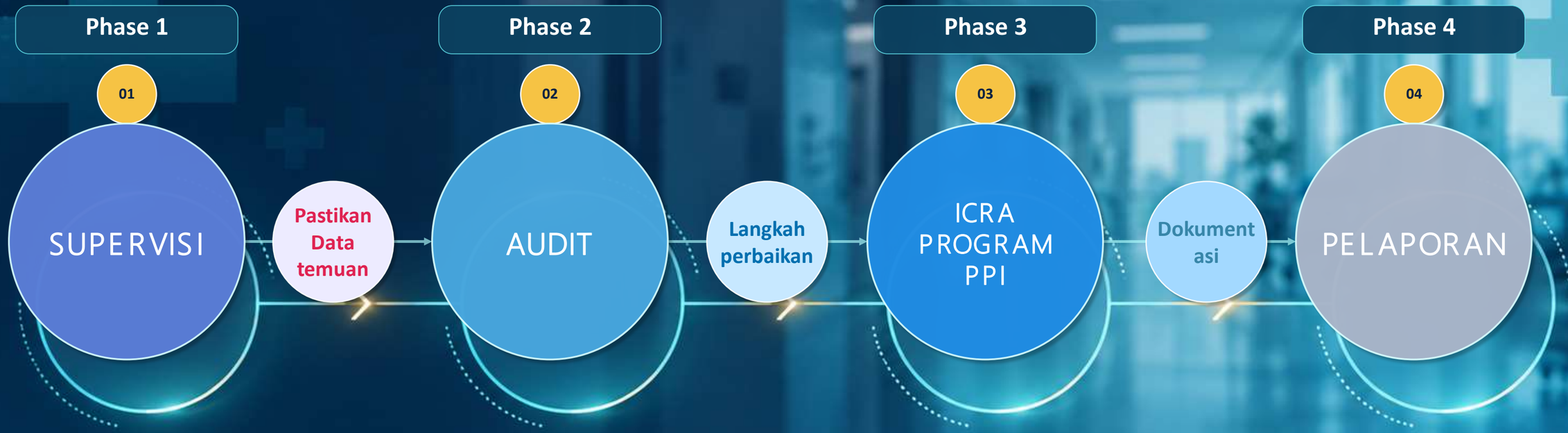
Berdasarkan : PROBABILITY , DAMPAK DAN CURRENT SISTEM

4 PENGELOLAAN RISIKO

5. PLAN OF ACTION

PELAKSANAAN MONITORING

Alur kegiatan: supervisi, audit, ICRA Program PPI, dan pelaporan



Melihat dan meninjau pelaksanaan program PPI, pelaksanaan rutin dalam kegiatan Pelayanan Kesehatan

Melakukan penilaian terhadap capaian target pelaksanaan program PPI, dilakukan secara berkala membandingkan target dan pelaksanaan di unit kerja

Pengumpulan, identifikasi, analisis dan interpretasi dari data kesehatan yang penting pada suatu populasi spesifik

Kegiatan pengumpulan data dan informasi untuk menjadi tolok ukur dan acuan dalam pelaksanaan program melalui perencanaan, analisa dan pengendalian

SUPERVISI → AUDIT → ICRA PROGRAM PPI → PELAPORAN



MONITORING & UMPAN BALIK PROGRAM PPI

01 SUPERVISI

Supervisi membantu tim PPI melihat kesesuaian pelaksanaan, mutu layanan, dan peluang perbaikan secara objektif.

01 Mengumpulkan data

Memastikan pelaksanaan program sesuai rencana kegiatan PPI.

02 Rutin & berkelanjutan

Mengamati mutu layanan yang diberikan secara konsisten.

03 Berorientasi perbaikan

Menyusun indikator keberhasilan dengan prinsip SMART.

04 Kompeten & objektif

Dilaksanakan pihak independen/tidak memihak dari Komite atau Tim PPI.

“Supervisi bukan mencari kesalahan, tetapi menemukan peluang perbaikan.”

LANGKAH SUPERVISI PROGRAM PPI

1

Supervisi Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)



TUJUAN

Memastikan pelaksanaan program PPI berjalan sesuai standar, menemukan kesenjangan, dan melakukan perbaikan berkelanjutan.

SUPERVISI YANG BAIK, PPI YANG KUAT, PASIEN SELAMAT

2. PERSIAPAN SUPERVISI

2

Sebelum melakukan supervisi:



- Tentukan tujuan dan fokus supervisi
- Tentukan unit/area yang akan disupervisi
- Pelajari kebijakan dan SOP PPI
- Siapkan instrumen/checklist supervisi
- Tentukan jadwal dan tim supervisor
- Siapkan data hasil surveilans dan audit sebelumnya
- Identifikasi masalah/kesenjangan yang pernah ditemukan

PRINSIP: Supervisi harus terencana, objektif, sistematis, dan berkesinambungan.

3. OBSERVASI LAPANGAN

3

Lakukan pengamatan langsung terhadap praktik PPI

- Kebersihan Tangan
- Penggunaan APD
- Kewaspadaan Standar & Transmisi
- Keamanan Injeksi
- Kebersihan Lingkungan
- Pengelolaan Limbah
- Pengelolaan Linen
- Penggunaan Alat Kesehatan
- Pelaksanaan SOP PPI

"Lihat apa yang dilakukan, bukan hanya apa yang tertulis."

4. PENGUMPULAN DATA

4

Sumber informasi supervisi:

- Observasi langsung
- Wawancara petugas
- Telaah dokumen
- Audit kepatuhan
- Data surveilans HAIs
- Laporan kejadian infeksi
- Hasil monitoring sebelumnya
- Ketersediaan sarana dan prasarana



Data harus: FAKTUAL • TERUKUR • OBJEKTIF • DAPAT DIVERIFIKASI

5. PENILAIAN & IDENTIFIKASI KESENJANGAN

5

STANDAR PPI → **PRAKTIK DI LAPANGAN** → **TEMUKAN GAP/ KESENJANGAN**

Contoh:

Standar	:	Hand hygiene dilakukan sesuai 5 Moments
Temuan	:	Kepatuhan hanya 65%
Gap	:	35% belum patuh

Tentukan masalah prioritas berdasarkan risiko terhadap pasien dan petugas.

6. ANALISIS AKAR MASALAH

6

Gunakan pendekatan 5 WHY atau Fishbone Analysis

MASALAH: Kepatuhan hand hygiene rendah



- Why 1: Mengapa? → Petugas lupa melakukan hand hygiene
- Why 2: Mengapa? → Tidak ada pengingat di titik pelayanan
- Why 3: Mengapa? → Fasilitas belum tersedia optimal
- Why 4: Mengapa? → Monitoring sarana belum rutin

Akar masalah: Sistem monitoring dan ketersediaan fasilitas belum optimal.

7. UMPAN BALIK

7

Berikan feedback setelah supervisi.



- Sampaikan berdasarkan fakta
- Mulai dari hal yang sudah baik
- Jelaskan kesenjangan
- Diskusikan penyebab masalah
- Hindari menyalahkan individu
- Libatkan petugas dalam mencari solusi
- Sepakati tindakan perbaikan

PRINSIP: SUPERVISI BUKAN MENCARI KESALAHAN, TETAPI MENEMUKAN PELUANG PERBAIKAN.

8. RENCANA TINDAK LANJUT

8

Gunakan prinsip SMART

S	M	A	R	T
Specific	Measurable	Achievable	Relevant	Time-bound
Apa yang harus diperbaiki?	Bagaimana mengukurnya?	Apakah realistis?	Apakah sesuai dengan prioritas PPI?	Kapan harus selesai?

Contoh:
Meningkatkan kepatuhan hand hygiene dari 65% menjadi ≥ 85% dalam 3 bulan.

9. MONITORING TINDAK LANJUT

9

Supervisi tidak berhenti setelah feedback.

Temuan → Rencana perbaikan → Pelaksanaan → Monitoring → Evaluasi hasil

Perbaikan berkelanjutan

Gunakan indikator untuk melihat apakah masalah benar-benar membaik.

10. SIKLUS SUPERVISI PROGRAM PPI

10

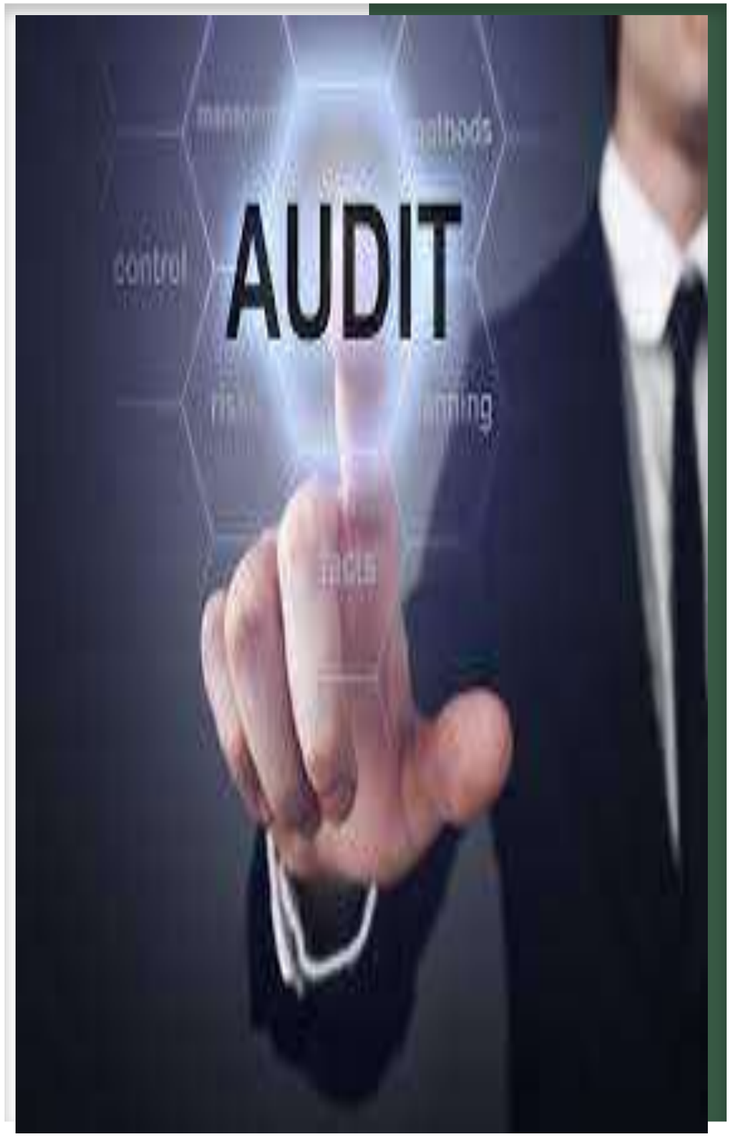
RENCANA → OBSERVASI → PENILAIAN → IDENTIFIKASI MASALAH → ANALISIS AKAR MASALAH → UMPAN BALIK → TINDAK LANJUT → MONITORING & EVALUASI → PERBAIKAN BERKELANJUTAN

- Supervisi → Temuan
- Perbaikan → Evaluasi
- Peningkatan Mutu PPI

02

AUDIT PROGRAM PPI

Adalah suatu proses sistematik, independen, terdokumentasi dalam memperoleh bukti yang terpercaya dan teruji untuk dinilai secara objektif sampai dimana kriteria yang diaudit terpenuhi kebijakan, prosedur, persyaratan (ISO 19011:2011)



PENILAIAN IDENTIFIKASI KESENJANGAN SUPERVISI

Keselamatan Pasien
Prioritas Kita

STANDAR PPI



PRAKTIK DI LAPANGAN



GAP/KESENJANGAN

1. Petugas tidak melakukan kebersihan tangan sebelum menggunakan sarung tangan
2. tehnik aseptik saat persiapan belum maksimal
3. pemahaman risiko bundles Plabsi masih kurang

PENILAIAN & IDENTIFIKASI KESENJANGAN

Standar: Kepatuhan pelaksanaaan penyuntikan yang aman (Safety Injection)
Temuan: Kepatuhan safety injection masih kurang
Gap: 35% belum patuh
→ Masalah prioritas adalah pemahaman safety injection belum maksimal, bundles Plabsi belum paham

PRAKTIK AMAN
LAYANAN BERMUTU

BERSAMA CEGAH INFEKSI
WUJUDKAN PELAYANAN KESEHATAN YANG LEBIH AMAN

LANGKAH AUDIT PROGRAM PPI

Audit Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)



TUJUAN AUDIT PPI:
Menilai kepatuhan dan efektivitas pelaksanaan program PPI untuk memastikan mutu pelayanan serta keselamatan pasien, petugas, dan pengunjung.



1 PERENCANAAN AUDIT



- Tentukan tujuan audit
- Tentukan ruang lingkup dan fokus audit
- Susun rencana audit (waktu, tempat, tim)
- Siapkan instrumen audit (checklist)
- Komunikasikan rencana audit kepada unit terkait

2 PERSIAPAN AUDIT



- Pelajari kebijakan, SOP dan standar PPI
- Telaah data sebelumnya (surveilans, laporan, audit sebelumnya)
- Siapkan formulir, alat, dan dokumen yang diperlukan
- Informasikan rencana Audit ke unit kerja

3 PELAKSANAAN AUDIT



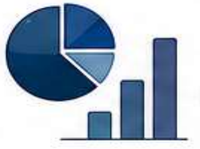
- Lakukan Audit di jam sibuk dengan waktu 15-30 menit
- Lakukan audit sesuai rencana dan instrumen
- Jaga objektivitas, kerahasiaan, dan etika audit
- Dokumentasikan hasil Audit

4 PENGUMPULAN BUKTI



- Kumpulkan bukti yang relevan, valid dan cukup
- Sumber bukti:
  - Observasi langsung
  - Wawancara
  - Telaah dokumen
  - Foto dokumentasi
  - Rekaman data/surveilans
- Pastikan bukti dapat diverifikasi

5 ANALISIS & EVALUASI



- Bandingkan bukti dengan standar/kriteria
- Tentukan tingkat kepatuhan
- Analisis penyebab masalah (akar masalah)
- Tentukan risiko dan dampaknya

6 PENYUSUNAN LAPORAN



- Susun laporan audit yang jelas, ringkas dan akurat
- Cantumkan:
  - Tujuan & ruang lingkup
  - Metode audit
  - Ringkasan temuan
  - Ketidaksesuaian
  - Rekomendasi
- Sampaikan laporan kepada pimpinan dan unit terkait

7 TINDAK LANJUT (CORRECTIVE ACTION)



- Diskusikan hasil audit dengan unit terkait
- Susun rencana tindakan perbaikan (ICRA)
- Tetapkan penanggung jawab dan tenggat waktu
- Implementasikan tindakan perbaikan

8 MONITORING & TINJAU ULANG



- Pantau pelaksanaan tindakan perbaikan
- Lakukan re-audit/ follow up audit
- Evaluasi efektivitas perbaikan
- Dokumentasikan hasil tindak lanjut

SUMBER BUKTI AUDIT PPI



ALUR AUDIT PPI



PRINSIP AUDIT

- ✓ Independen
- ✓ Objektif
- ✓ Adil dan tidak memihak
- ✓ Berbasis bukti
- ✓ Kerahasiaan terjaga
- ✓ Berorientasi perbaikan



AUDIT BUKAN UNTUK MENCARI KESALAHAN, TETAPI UNTUK MENEMUKAN PELUANG PERBAIKAN DEMI MENINGKATKAN MUTU DAN KESELAMATAN DI FASYANKES.

03 ICRA

Infection Control Risk Assessment



Sistem yang digunakan untuk menilai bahaya dari infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat menyebabkan kerugian bagi pasien, keluarga, petugas, pengunjung dan lingkungan (JCIA,2010)

TUJUAN

1. Mengembangkan program Pencegahan dan Pengendalian infeksi di unit terkait berdasarkan hasil identifikasi risiko tinggi
2. Tersusunnya data identifikasi dan grading risiko infeksi di FKTP.
3. Tersedianya acuan penerapan langkah-langkah penilaian risiko infeksi di FKTP.
4. Tersedianya rencana program pencegahan dan pengendalian risiko infeksi di seluruh area FKTP.

JENIS ICRA



ICRA KONSTRUKSI

Penilaian risiko Pengendalian infeksi melalui proses multidisiplin yang berfokus pada penguranagn risiko dari infeksi ke pasien, dengan perencanaan fasilitas, desain, dan kegiatan konstruksi

ICRA PROGRAM PPI

1. Risiko terkait prosedur pelayanan
2. Risiko terkait data hasil surveilans HAiS
3. Risiko terkait data hasil audit kepatuhan
4. Risiko terkait pelayanan penunjang

ICRA PROGRAM



Bagaimana?



Risk management flow chart

Setiap tahun untuk ICRA

Program



Kapan?

Siapa?



Multidisiplin

Tim PPI melakukan koordinasi

PRAKTIK AMAN
LAYANAN BERMUTU

INFECTION CONTROL RISK ASSESMENT (ICRA) PROGRAM

Keselamatan Pasien
Prioritas Kita

1. PENGKAJIAN MASALAH

2. PENGUMPULAN DATA MELALUI HASIL

a. Supervisi kegiatan pelayanan
b. Laporan unit kerja
c. Audit kepatuhan standar
d. Surveilans HAIs
e. Dan lain lain



2. LANGKAH PENGKAJIAN ICRA



(1) **Identifikasi risiko** yaitu melihat seberapa beratnya dampak potensial, seberapa sering munculnya kejadian yang berisiko, identifikasi aktivitas yang dilakukan terhadap risiko infeksi berdasarkan cara transmisinya.

(2) **Analisa risiko** yaitu mengapa terjadi, seberapa sering terjadi, siapa yang berkontribusi, dimana kejadiannya dan apa dampak serta biaya untuk mencegahnya.

(3) **Kontrol risiko** dengan melakukan strategi pengurangan atau mengeliminasi kemungkinan risiko yang menjadi masalah.

(4) **Monitoring risiko** dengan memastikan rencana pengurangan risiko dilaksanakan dan dapat menjadi umpan balik perbaikan.

3. LAKUKAN PENILAIAN RESIKO

1. **PROBABILITAS :** Penilaian awal **dilakukan untuk** menilai seberapa sering kejadian muncul, semakin sering terjadi semakin banyak risiko infeksi
2. **DAMPAK** adalah penialaian terhadap risiko keparahan akibat kejadian yang muncul
3. **SISTEM** adalah penilaian terhadap adanya peraturan , ketersedian fasilitas dan kepatuhan pelaksanaan
4. Penetapan keputusan untuk penilaian berdasarkan nilai ukur 1, 2, 3, 4, 5 (semakin besar nilai semakin tinggi tingkat risiko yang dinilai)

4. TETAPKAN SCORING DAN NILAI TERTINGGI ADALAH PRIORITAS

No	Jenis Bahaya/Risiko	Probabilitas					Dampak Klinis					Sistem/Versi data					Total
		Tidak Pernah	Jarang	Kadang Kadang	Sering	Selalu	Tidak Muncul	Minor	Sedang	Berat	Kematian	Seff	Cuk	Fair	Poor	None	
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1																	
2																	

BERSAMA CEGAH INFEKSI
UNTUK KESEHATAN YANG LEBIH AMAN

INFECTION PREVENTION
BETTER HEALTH FOR A SAFER TOMORROW

PENETAPAN SCORING & PRIORITAS MASALAH

TABEL PENILAIAN RISIKO

No	Problem Resiko	Probability	Dampak	Sistem	Score	Prioritas
1	Capaian Audit kebersihan tangan 40 % dibawah target > 85 %	**3**	3	3	**27**	**2**
2	Sistim Ventilasi ruang poli gigi belum sesuai standar	**4**	3	3	**36**	**1**
3	Penggunaan APD di ruang tindakan belum sesuai standar	3	2	2	12	4
4	Penggunaan APD di ruang persalinan digunakan belum sesuai standar	3	3	3	27	3

Nilai tertinggi menjadi prioritas untuk ditelusur dan dilakukan perbaikan.

PRIORITAS 1

Ditetapkan prioritas 1 :
sistem ventilasi poli gigi belum sesuai standar

Komite/Tim PPI
melakukan telusur masalah
Sistim ventilasi ruang poli Gigi belum sesuai standar

TEMUAN TELUSUR

1. Pemahaman penting kebersihan HH (-)
2. Sarana Kebersihan tangan belum rutin tersedia
3. Audit Kepatuhan Kebersihan tangan belum dinilai secara langsung
4. Pelatihan Kebersihan tangan belum diberikan kepada seluruh petugas

SISTIM PENCATATAN & PELAPORAN PROGRAM PPI

Jenis dan contoh pelaporan PPI

PORAN

PPI

Monitoring Program PPI

Rangkuman hasil presentasi

04 PENCATATAN & PELAPORAN
(pasal 9 PMK 27/2017)

- **Pelaporan adalah Mengkomunikasikan** secara tertulis kepada Tim Kesehatan lain yang memerlukan data hasil kegiaatan program PPI atau data KEJADIAN INFEKSI secara teratur.

Setiap Fasyankes

Harus melakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan PPI.

Pasal 9

Disampaikan

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kementerian Kesehatan secara berkala setiap **6 (enam) bulan** sekali atau sesuai dengan kebutuhan



LAPORAN PROGRAM PPI

Pelaporan yang lengkap dan tepat waktu mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien



JENIS LAPORAN PROGRAM PPI

1 Laporan hasil monitoring/audit program PPI/Penggunaan AB



- Hasil monitoring kepatuhan PPI
- Hasil audit implementasi PPI
- Evaluasi penggunaan antibiotik (AB)
- Rekomendasi dan tindak lanjut

2 Laporan Surveilans



- Data dan tren infeksi terkait pelayanan kesehatan (HAIs)
- Analisis data
- Grafik dan interpretasi
- Rekomendasi

3 Laporan KLB (jika ada)



- Deskripsi kejadian
- Waktu, tempat, dan populasi terkena
- Hasil investigasi
- Tindakan yang telah dilakukan
- Rekomendasi pencegahan

4 Laporan Hasil ICRA



- Hasil penilaian risiko (ICRA)
- Identifikasi bahaya dan risiko infeksi
- Tingkat risiko
- Rencana pengendalian risiko
- Evaluasi dan tindak lanjut

5 Laporan kegiatan penerapan PPI



- Kegiatan rutin PPI
- Inovasi dan program peningkatan PPI
- Capaian dan indikator keberhasilan
- Hambatan dan solusi

6 Laporan Diklat & penyuluhan PPI



- Kegiatan pendidikan dan pelatihan
- Kegiatan penyuluhan
- Peserta dan jumlah sasaran
- Materi yang diberikan
- Evaluasi kegiatan



Tujuan Pelaporan: Sebagai alat evaluasi, pengambilan keputusan, dan perbaikan berkelanjutan program PPI.

Kumpulkan Data → Analisis → Laporkan → Tindak Lanjut → Perbaikan Berkelanjutan

MONITORING & UMPAN BALIK PROGRAM PPI

Laporan menjadi dasar pencatatan, pelaporan, evaluasi, dan tindak lanjut program PPI.

01	**HAIS**	Infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, dimana pada saat masuk tidak ada infeksi atau tidak masa inkubasi ,termasuk infeksi didapat di rumah sakit tapi muncul setelah pulang juga infeksi pada petugas karena pekerjaannya
02	**PROGRAM**	perencanaan yang berisi kegiatan atau rangkaian kegiatan Pencegahan & Pengendalian Infeksi
03	**MONITORING**	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk memastikan pelaksanaan kegiatan program PPI sesuai dengan Pedoman dan Perencanaan
04	**PELAPORAN**	Dokumen hasil kegiatan atau pengamatan yang disajikan sebagai data dan statistik.

Intinya: laporan yang tertata membantu program PPI dipantau, dievaluasi, dan ditindaklanjuti.



Kesimpulan

1. Pelakanaan PPI merujuk kepada 8 core komponen PPI yaitu Program PPI, Pedoman PPI, Pendidikan dan Pelatihan, Surveilans HAIs, Strategi Multimodal, Monitoring, audit dan umpan balik, beban kerja/ketenagaan dan Tempat tidur, Lingkungan prasarana dan Peralatan
2. Melaksanakan strategi dalam program PPI yang dilaksanakan oleh seluruh petugas pelayanan kesehatan
3. Mitigasi resiko untuk menjadi Langkah perbaikan dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan
4. Peningkatan Kepatuhan petugas Melalui Pendidikan dan Pelatihan PPI
5. Lakukan monitoring, audit, umpan balik dan pelaporan secara terencana dan berkala



Terima Kasih