PEMERINTAH KABUPATEN MAGELANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUNTILAN
KABUPATEN MAGELANG
Jl. Kartini Nomor 13 Muntilan 56411 ☎ Informasi (0293) 587004 ☎ Sekretariat (0293) 587017
Fax. (0293) 587017 ☎ IGD (0293) 585392 E-mail : rsudkabmgl@gmail.com

PROGRAM KERJA

KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

TAHUN 2021

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD) MUNTILAN

KABUPATEN MAGELANG

TAHUN 2021

DAFTAR ISI

1. PENDAHULUAN 3
2. LATAR BELAKANG 3
3. TUJUAN 4
3.1 Tujuan Umum 4
3.2 Tujuan Khusus 4
4. KEGIATAN POKOK, RINCIAN KEGIATAN DAN CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN 5
4,1Program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat 5
4.1.1 Administrasi dan Manejemen. 5
4.1.2 Kegiatan PPI. 6
4.1.3 Kegiatan Pencegahan Dan Pengendalian Covid-19. 39
4.1.4 Sumber Daya Manusia (SDM). 54
4.1.5 Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien. 60
4.1.6 Keselamatan Kerja. 61
4.1.7 Inovasi Kegiatan PPI (bisa terkait proses layanan, Mutu, Keselamatan, Efisiensi dll). 64
4.2. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit 64
4.2.1. Fasilitas / Peralatan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi. 64
5. SASARAN 65
6. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN 76
7. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN 88
7.1 Pencatatan. 88
7.2 Pelaporan. 88
7.3 Evaluasi 88
8. PENUTUP 89

PROGRAM

KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

RSUD MUNTILAN KAB.MAGELANG TAHUN 2021

1. PENDAHULUAN

Dalam upaya meminimalkan resiko terjadinya infeksi di rumah sakit, maka perlu diterapkan program pencegahan dan pengendalian infeksi meliputi kegiatan perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi.

Program pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit sangat penting untuk dilaksanakan di rumah sakit sebagai tolok ukur mutu pelayanan yang berfokus pada keselamatan untuk melindungi pasien, petugas, pengunjung dan keluarga dari resiko tertularnya infeksi karena dirawat, bertugas atau berkunjung ke suatu rumah sakit

2. LATAR BELAKANG

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

Menurut data WHO angka kejadian infeksi di rumah sakit sekitar 3-21 %, rata – rata 9 % atau lebih dari 1,4 juta pasien rawat inap di rumah sakit di seluruh dunia. Hasil survei point prevalensi dari 11 rumah sakit di DKI Jakarta yang dilakukan oleh Perhimpunan Pengendalian Infeksi Indonesia (PERDALIN) Jaya dan RS Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso Jakarta tahun 2013 didapatkan angka kejadian infeksi nasokomial untuk IDO (infeksi Daerah Operasi) 18,9 %, ISK (Infeksi Saluran Kemih) 15,1 %, IADP (Infeksi Aliran Darah Primer) 26,4 %, Pneumonia 24,5 % dan infeksi saluran napas 15, 1 % serta infeksi lain 32,1 %. Untuk mencegah resiko terjadinya infeksi di Rumah Sakit perlu diterapkan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), yaitu kegiatan yang meliputi perencanaan,

pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi.

Memperhatikan kompleksnya permasalahan dan banyaknya manfaat yang dihasilkan apabila kita melaksanakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dengan baik, maka kegiatan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit ini seharusnya dapat dilaksanakan dalam suatu struktur organisasi yang kuat dan rapi, yang mampu menyusun dan menjabarkan program secara komprehensif, rinci dan jelas, sehingga dapat dilaksanakan oleh semua petugas rumah sakit secara benar dan bertanggung jawab. Dibutuhkan perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan pembinaan sebagai upaya menekan kejadian infeksi di RSUD Muntilan Kab Magelang.

Sehubungan dengan besarnya masalah dan akibat infeksi rumah sakit seperti dikemukakan di atas, maka perlu disusun suatu program PPI di RSUD Muntilan Kab Magelang dengan baik dan terarah sehingga rumah sakit dapat meningkatkan mutu, cakupan dan efesiensi pelayanannya kepada masyarakat.

3. TUJUAN

3.1 Tujuan Umum

Terlaksananya identifikasi dan penurunan infeksi yang didapat dan ditularkan diantara pasien , staf klinis, staf non klinis, tenaga kontrak, mahasiswa dan pengunjung.

3.2 Tujuan Khusus

a. Menerapkan Prinsip PPI diseluruh area RSUD Muntilan Kab Magelang
b. Meningkatkan kegiatan surveilens infeksi di rumah sakit.
c. Meningkatkan kepatuhan dalam melakukan pencegahan dan pengendalian infeksi.
d. Meningkatkan kepatuhan dalam melaksanakan SPO pencegahan dan pengendalian infeksi.
e. Meningkatkan pendidikan dan pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi bagi seluruh staf .
f. Meningkatkan kepatuhan dalam penggunaan anti biotik rasional.

4. KEGIATAN POKOK, RINCIAN KEGIATAN DAN CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

4,1Program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat

4.1.1 Administrasi dan Manejemen.

No	Kegiatan	Tujuan	Langkah-langkah kerja	Rencana anggaran	Terget waktu	Tempat pelaksanaan	Pelaksana dan peserta
1	Menyusun Program Kerja Komite sesuai format standar RS	Memastikan adanya program kerja sebagai dasar kegiatan pelayanan yang sesuai standar	1. Susun program sesuai standar 2. Dokumentasikan 3. Laporkan ke direktur 4. Evaluasi	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	2021	KPPI	KPPI
2	Identifikasi dan pengusulan kebutuhan (dalam format RAB)**:** • Komputer. • Printer. • ATK.	Memastikan kebutuhan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi untuk operational.	1. Susun kebutuhan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi berdasarkan realisasi tahun sebelumnya dan rencana pengembangan pelayanan. 2. Susun kebutuhan Komite Pencegahan dan	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	KPPI	KPPI

			Pengendalian Infeksi jika ada penambahan alat dan pengembangan pelayanan 3. Lapor ke Managemen.				
3	Menyusun pola keanggotaan sesuai dengan regulasi	Memastikan pola Keanggotaan sesuai dengan permenkes	1. Susun Pola keanggotaan sesuai regulasi. 2. Lapor ke manajemen.	Non budgeting	Tahun 2021	KPPI	KPPI

4.1.2 Kegiatan PPI.

No	Kegiatan	Tujuan	Langkah-langkah kerja	Rencana anggaran	Terget waktu	Tempat pelaksanaan	Pelaksana dan peserta
1	Melaksanakan Surveilance Infeksi Rumah Sakit	Memperoleh data Infeksi rumah sakit(HAIs)	1. Menetapkan jenis survei yang akan dilakukan 2. Membuat kriteria survei 3. Menetapkan target survei	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	2021	Rawat inap dan rawat jalan	Tim PPI

			4. Membuat jadwal survei 5. Mengumpulkan data survei 6. Membuat analisa hasil surveilans tiap 3 bulan 7. Melakukan intepretasi data yang terkumpul. 8. Memaparkan di rapat Komite setiap tiga bulan.				
2	Melaksanakan audit BUNDLE pencegahan dan pengendalian infeksi	Memperoleh data terkait pelaksanaan kegiatan PPI di Rumah sakit.	a. Melakukan audit BANDLE menggunakan cek list b. Merekap data hasil audit. c. Menganalisa hasil audit. d. Melakukan intrepetasi. e. Membuat laporan hasil analisa.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	2021	RAwat Inap, Persalin an, IGD,ICU .NICU	Tim PPI

			f. Membuat rekomendasi ke Direktur. g. Monitoring hasil rekomendasi.				
3	Melakukan Investigasi Outbreak / wabah / Kejadian Luar Biasa (KLB)	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit	1. Bila terjadi KLB Komite PPI membentuk Tim Invenstigasi outbreak. 2. Mengumpulkan data. 3. Melakukan analisa. 4. Melakukan evaluasi dengan tim. 5. Membuat laporan. 6. Membuat rekomendasi yang di berikan ke direktur. 7. Memonitoring hasil rekomendasi.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	2021	RSUD Muntilan	Tim PPI

4	Melaksanakan monitoring Unit sterilisasi(CSSD)	Memperoleh data terkait Sarpras dan kegiatan pelayanan di Unit Sterilisasi	1. Melakukan monitoring dekontaminasi di CSSD menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil monitoring. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakukan intrepetasi. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Membuat rekomendasi. 7. Melaporkan Ke Direktur. 8. Desiminasi data . 9. Monitoring hasil rekomendasi.	Non budgeting	2021	CSSD	Tim PPI
5	Koordinasi dengan CSSD	Meningkatkan mutu pelayanan	1. Mengumpulkan data. 2. Melakukan analisa.	Non budgeting	2021	CSSD	Tim PPI

	terkait dengan sterilisasi dan disinfeksi peralatan medis diluar unit sterilisasi.	dalam kegiatan Sterilisasi	3. Melakukan intrepetasi. 4. Membuat laporan . 5. Melakukan rapat koordinasi dengan CSSD dan pihak terkait. 6. Membuat rekomendasi. 7. Melaporkan ke direktur.				
6	Melaksanakan memonitoring obat dan alat kadaluarsa.	Meningkatkan mutu pelayanan alat dan Obat	1. Melakukan monitoring obat dan alat kadaluarsa menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil monitoring. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA .	Non budgeting	2021	Rawat inap, Apotek	Tim PPI

			5. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 6. Desiminasi data . 7. Monitoring hasil rekomendasi.				
7	Melakukan memonitoring pelaksanaan material single use yang di reuse sesuai alat yang di gunakan.	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit terkait penggunaan alat	1. Melakukan monitoring pelaksanaan material single use yang di reuse sesuai alat yang di gunakan menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil monitoring. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakukan intrepetasi. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA .	Non budgeting	2021	CSSD, IBS, HD,ICU, NICU	Tim PPI

			6. Membuat rekomendasi. 7. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 8. Desiminasi data . 9. Monitoring hasil rekomendasi.				
8	Monitoring pengendalian lingkungan.	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit dari sisi kebersihan lingkungan	1. Melakukan monitoring pengendalian lingkungan menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil monitoring. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakukan intrepetasi. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA .	Non budgeting	2021	Seluruh Lingkungan RS	Tim PPI

			6. Membuat rekomendasi. 7. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 8. Desiminasi data . 9. Monitoring hasil rekomendasi.				
9	Melakukan monitoring pembuangan sampah infeksius.	Memperoleh data kepatuhan pembuangan limbah infeksius	1. Melakukan monitoring pembuangan sampah infeksius menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil monitoring. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA .	Non budgeting	2021	Ruang perawat an pasien,	Tim PPI

			6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.				
10	Melakukan monitoring pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit dari sisi Pengelolaan limbah cairan tubuh	1. Melakukan monitoring pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil monitoring. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA .		2021	Ruang Perawat an pasien	IPCN

			6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.				
11	Melakukan monitoring pengelolaan limbah cair	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit dari sisi pengelolaan limbah cair	1. Melakukan monitoring pengelolaan limbah cair. 2. Mengumpulkan data hasil monitoring. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite.	Non budgeting	2021	Ruang perawat an pasien	Tim PPI

			7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.				
12	Melakukan monitoring pembuangan darah dan komponennya.	Memperoleh data kepatuhan pembuangan darah dan komponennya	1. Melakukan monitoring pembuangan darah dan komponennya menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil monitoring. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data .	Non budgeting	2021	Ruang perawat an pasien, Lab	Tim PPI

			8. Monitoring hasil rekomendasi.				
13	Melakukan monitoring pelaporan pajanan limbah infeksius	Memperoleh informasi terkait pelaporan pajanan limbah infeksius	1. Melakukan monitoring pelaporan pajanan limbah infeksius 2. Mengumpulkan data hasil monitoring. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.	Non budgeting	2021	K3	Tim PPI

14	Memonitoring pembuangan benda tajam dan jarum.	Memperoleh data kepatuhan pengelolaan limbah benda tajam	1. Melakukan monitoring pembuangan benda tajam dan jarum menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil monitoring. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.	Non budgeting	2021	Ruang perawat an pasien	Tim PPI

15	Monitoring kamar operasi	Memperoleh data pencegahan dan pengendalian infeksi di kamar operasi	1. Melakukan monitoring kamar operasi menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil monitoring. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.	Non budgeting	2021	IBS	Tim PPI
16	Melakukan monitoring	Memperoleh data Pencegahan dan	1. Melakukan monitoring sanitasi dapur dan	Non budgeting	2021	Inst Gizi	Tim PPI

	sanitasi dapur dan permesinan.	pengendalian infeksi di dapur	permesinan menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil monitoring. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.				
17	Melakukan monitoring pelaksanaan menejamen	Memperoleh data Pencegahan dan pengendalian infeksi di Londry	1. Melakukan monitoring pelaksanaan menejamen laundry dan linen Rumah	Non budgeting	2021	Londry dan ruang	Tim PPI

	laundry dan linen Rumah Sakit.		Sakit.menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil monitoring. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.			rawat pasien	
18	Melakukan monitoring dekontaminasi ambulance	Memperoleh data kepatuhan Dekontaminasi Ambulan	1. Melakukan monitoring dekontaminasi ambulance menggunakan cek list.	Non budgeting	2021	Ambulan	Tim PPI

			2. Mengumpulkan data hasil monitoring. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.				
19	Melakukan icra bangunan.	Untuk mencegah Infeksi akibat proses pembangunan	1. Membuat ICRA bangunan setiap ada pembongkaran, pembangunan, dan renovasi bangunan	Non budgeting	2021	KPPI	TIM PPI

			2. Menganalisa hasil monitoring 3. Membuat laporan hasil monitoring. 4. Membuat rekomendasi ke PPK dan Direktur.				
20	Membuat icra program.	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit dengan cara mencegah dan mengendalikan infeksi di rumah sakit.	1. Membuat icra program setahun sekali. 2. Merekap data selama setahun untuk di lakukan icra. 3. Melakukan grading. 4. Menentukan skala prioritas. 5. Membahas di komite PPI. 6. Melaporkan ke di Rektur. 7. Melakukan desiminasi data.	Non budgeting	2021	KPPI	TIM PPI

			8. Membuat rekomendasi. 9. Membahas hasil rekomendasi dengan unit terkait.				
21	Melakukan rapat koordinasi untuk menurunkan resiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif yang beresiko tinggi (pencampuran obat suntik).	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit terkait asuhan infasive	1. Mengumpulkan data. 2. Melakukan analisa. 3. Melakukan intrepetasi. 4. Membuat laporan . 5. Melakukan rapat koordinasi dengan pihak terkait. 6. Membuat rekomendasi. 7. Melaporkan ke direktur.	Non budgeting	2021	KPPI	TIM PPI
22	Melakukan monitoring ruang isolasi untuk pasien	Meningkatkan mutu pelayanan di ruang imunocompromise	1. Melakukan monitoring ruang isolasi immunocompromised menggunakan cek list.	Non budgeting	2021	Ruang Isolasi	Tim PPI

	immunocompromised		2. Mengumpulkan data hasil monitoring. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.				
23	Melakukan monitoring ruang isolasi airborn.	Meningkatkan mutu pelayanan di ruang isolasi airborne.	1. Melakukan monitoring ruang isolasi airborn menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil monitoring.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	2021	Ruang isolasi	TIM PPI

			3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . Monitoring hasil rekomendasi.				
24	Monitoring ketersediaan sarana dan pra sarana cuci tangan.	Memperoleh data ketersediaan sarana HH di masing masing ruangan di RS	1. Melakukan monitoring ketersediaan sarana dan pra sarana cuci tangan menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil monitoring.	Non budgeting	2021	Seluruh titik cuci tangan	IPCN

			3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.				
25	Melakukan monitoring kepatuhan cuci tangan pada pasien, pengunjung dan staf/petugas.	Memperoleh data kepatuhan HH di RS	1. Melakukan monitoring kepatuhan cuci tangan pada pasien, pengunjung dan staf/petugas menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil monitoring.	Non budgeting	2021	Seluruh area di RSU	IPCN

			3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.				
26	Monitoring ketersediaan APD	Memperoleh data ketersediaan APD di Msing masing ruangan di RS.	1. Melakukan monitoring ketersediaan APD menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil monitoring. 3. Menganalisa data hasil menitoring.	Non budgeting	2021	Ruang perawat an Pasien	Tim PPI

			4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.				
27	Monitoring penggunaan APD.	Memperoleh data kepatuhan prosedur penggunaan APD	1. Melakukan monitoring kepatuhan penggunaan APD menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil monitoring. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data.	Non budgeting	2021	Ruang perawat an pasien	Tim PPI

			5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.				
28	Memonitoring pengendalian lingkungan	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit dengan cara mencegah dan mengendalikan infeksi di rumah sakit.	1. Melakukan monitoring pengendalian lingkungan menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil monitoring. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data.	Non budgeting	2021	Seluruh lingkungan RS	Tim PPI

			5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.				
29	Memonitoring pelaksanaan kegiatan di kamar jenazah.	Memperoleh data Pencegahan dan pengendalian infeksi di Kamar Jenazah	1. Melakukan monitoring kegiatan dan pelaksanaan di kamar jenazah menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil monitoring. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data.	Non budgeting	2021	Kamar Jenazah	Tim PPI

			5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil tindak lanjut rekomendasi.				
30	Melakukan koordinasi dengan bagian sanitasi terkait pemantauan kualitas udara, air dan lingkungan	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit terkait kualitas udara dan air	1. Meminta hasil kultur udara, dinding dan lantai dari instalasi kesehatan lingkungan 2. Menganalisa hasil kultur. 3. Membuat laporan hasil analisa. 4. Membuat rekomendasi ke direktur. 5. Monitoring hasil rekomendasi yang	Non budgeting	2021	KPPI	TIM PPI Instalasi kesehatan Lingkungan

			sudah di tanda tangani diRektur.				
31	Melakukan koordinasi dengan unit lain.	Menyelesaikan PPI dalam Unit terkait	1. Adakan rapat koordinasi sesuai masalah yang di temukan. 2. Menyusun materi yang akan di bahas. 3. Membuat notulen, daftar hadir dan dokumentasi. 4. Membuat laporan hasil pertemuan. 5. Membuat rekomendasi dari hasil pertemuan.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	KPPI	Tim PPI
32	Melakukan evaluasi dan membuat laporan	Untuk memantau dan mengendalikan kegiatan Komite Pencegahan dan	1. Kumpulkan data setiap bulan. 2. Merekap data setiap tiga bulan.	Non budgeting	Tahun 2021	KPPI	Tim PPI

	kegiatan/ kinerja Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Pengendalian Infeksi.	3. Melakukan analisa. 4. Melakukan intrepetasi. 5. Memaparkan hasil di rapat Komite PPI. 6. Membuat rekomendasi. 7. Laporkan kegiatan /kinerja ke direktur. 8. Komunikasikan di setiap unit. 9. Evaluasi hasil rekomendasi.				
33	Melakukan investigasi dan analis resiko infeksi akibat pelayanan kesehatan untuk menurunkan	Untuk memantau dan mengendalikan kegiatan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.	1. Kumpulkan data 2. Merekap data 3. Melakukan analisa. 4. Melakukan intrepetasi. 5. Melakukan pemaparan hasil investigasi.	Non budgeting	Tahun 2021	KPPI	Tim PPI

	angka infeksi tersebut.		6. Membuat rekomendasi. 7. Laporkan kegiatan /kinerja ke direktur. 8. Komunikasikan di setiap unit. 9. Evaluasi hasil rekomendasi.				
34	Koordinasi dengan TIM Sistem Informasi Manajemen (SIM) PPI	Memastikan pengelolaan data Surveilance di masukkan ke dalam SIM RS	1. Adakan Rapat Kordinasi dengan Tim IT Rumah Sakit. 2. Menyiapkan data yang akan di masukan ke dalam SIM RS. 3. Menyiapkan notulen, daftar hadir dan laporan hasil pertemuan. 4. Melaporkan ke direktur.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit`	Tahun 2021	KPPI	Tim PPI

			5. Evaluasi hasil koordinasi.				
35	Melakukan komparasi data dengan rumah sakit lain yang sejajar.	Untuk membandingkan data infeksi dengan rumah sakit lain.	1. Mengajukan permohonan untuk komparasi ke rumah sakit yang telah di sepakati. 2. Membuat analisa komparasi. 3. Melakukan intepretasi. 4. Membuat laporan. 5. Melaporkan ke direktur.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	KPPI	Tim PPI
36	Melakukan komparasi data dengan bukti terbaik.	Untuk membandingkan data infeksi dengan rumah sakit lain.	1. Mencari referensi , jurnal, penelitian data HAIs. 2. Membuat analisa komparasi. 3. Melakukan intepretasi.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	KPPI	Tim PPI

			4. Membuat laporan. 5. Melaporkan ke direktur.				
38	Melakukan rapat koordinasi tim PPI setiap 3 bulan.	Untuk mengevaluasi kegiatan yang telah berjalan	1. Jadwalkan setiap tiga bulan sekali rapat koordinasi Tim PPI. 2. Persiapkan materi koordinasi. 3. Pemaparan kepada Ketua Tim PPI. 4. Membuat laporan hasil Rapat Komite PPI. 5. Melaporkan Ke direktur.	Non budgeting	Tahun 2021	Tim PPI	Tim PPI
39	Melakukan rapat Komite PPI setiap 3 bulan sekali	Untuk mengevaluasi kegiatan yang telah berjalan.	1. Jadwalkan setiap tiga bulan sekali rapat semua anggota Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi 2. Bahas dan koordinasi semua hasil laporan Tri Bulan.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	KPPI	KPPI

			3. Membahas PDSA dari data rekapan tri bulan. 4. Membuat laporan Tri Bulan. 5. Membuat laporan hasil Rapat Komite PPI. 6. Melaporkan Ke direktur. 7. Mendesiminasikan hasil laporan ke Medis , Manajeman dan keperawatan.				
40	Melakukan koordinasi dengan tim PPRA.	Untuk mengevaluasi kegiatan yang telah berjalan.	1. Melakukan koordinasi dengan dengan tim PPRA untuk menyusun peta kuman dan survailence hasil kultur karena pengaruh penggunaan anti biotik yang tidak rasional.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Setiap 1 tahun sekali	KPPI	Tim PPRA TIM PPI

			2. Melakukan analisa. 3. Melakukan intrepetasi. 4. Membuat rekomendasi. 5. Membuat laporan ke direkur. 6. Desiminasi hasil.				

4.1.3 Kegiatan Pencegahan Dan Pengendalian Covid-19.

No	Kegiatan	Tujuan	Langkah-langkah kerja	Rencana anggaran	Terget waktu	Tempat pelaksanaan	Pelaksana dan peserta
1	Penyusunan Pedoman Ppi Covid 19.	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit	1. Mencari literature terbaru. 2. Membuat pedoman PPI Covid 19. 3. Memaparkan di komite PPI. 4. Mengajukan kepada direktur.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	KPPI	Komite PPI

			5.				
2	Penyusunan Spo Ppi Covid 19.	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit	1. Mencari literature terbaru. 2. Membuat pedoman PPI Covid 19. 3. Memaparkan di komite PPI. 4. Mengajukan kepada direktur.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	KPPI	Komite PPI
3	Menyusun Program Kerja PPI Covid-19 Sesuai Format Standar RS	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit	1. Mencari referensi terbaru. 2. Menyusun program kerja PPI Covid-19. 3. Memaparkan ke komite PPI. 4. Mengajukan ke Direktur. 5. Mensosialisasikan ke semua Instalasi.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	KPPI	Komite PPI

4	Pelatihan Ruang Isolasi Covid-19	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit	1. Bekerja sama dengan diklat untuk mengadakan pelatihan. 2. Membuat materi. 3. Membuat pre dan post test. 4. Melakukan evaluasi setelah pelatihan	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Rumah Sakit	Komite PPI Diklat RS
5	Supervisi Protokol Kesehatan	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit	1. Melakukan supervisi protokol kesehatan menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil supervisi. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA .	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Rumah Sakit	Komite PPI Diklat RS

			6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.				
6	Supervisi Skrening Covid 19	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit	1. Melakukan supervisi skrening covid 19 menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil supervisi. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Rumah Sakit	Komite PPI PIE. HPK Bidang Pelayana n

			7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.				
7	Supervisi Terdapat Protap Ppi Di Ruang Isolasi Covid 19	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit	1. Melakukan supervisi terdapat protap PPI di ruang isolasi Covid-19 menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil supervisi. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data .	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Rumah Sakit	Komite PPI.

			8. Monitoring hasil rekomendasi.				
8	Supervisi Kebersihan Lingkungan Covid 19	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit	1. Melakukan supervisi kebersihan lingkungan covid 19 menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil supervisi. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Rumah Sakit	Komite PPI.

9	Supervisi Pembersihan Ruang Isolasi Covid 19	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit	1. Melakukan supervisi pembersihan ruang isolasi covid 19 menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil supervisi. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Rumah Sakit	Komite PPI.

10	Supervisi Kepatuhan Pasien Di Ruang Covid 19	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit	1. Melakukan supervisi kepatuhan pasien di ruang covid 19 menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil supervisi. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Rumah Sakit	Komite PPI.

11	Supervisi Kepatuhan Petugas Dalam Menggunakan Apd Di Ruang Isolasi Covid 19	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit	1. Melakukan supervisi kepatuhan petugas dalam menggunakan apd di ruang isolasi covid 19 menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil supervisi. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Rumah Sakit	Komite PPI.

12	Supervisi Kepatuhan Pengantar/Pengunjung Di Ruang Isolasi Covid	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit	1. Melakukan supervisi kepatuhan pengantar/pengunjung di ruang isolasi covid menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil supervisi. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Rumah Sakit	Komite PPI.

13	Supervisi Kepatuhan Petugas Melakukan Tranfer Pasien Covid 19	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit	1. Melakukan supervisi kepatuhan petugas melakukan tranfer pasien covid 19 menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil supervisi. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data . 8. Monitoring hasil rekomendasi.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Rumah Sakit	Komite PPI.

14	Supervisi Kepatuhan Petugas Keluar Dari Ruang Covid	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit	1. Melakukan supervisi kepatuhan petugas keluar dari ruang covid menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil supervisi. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Rumah Sakit	Komite PPI.
15	Supervisi Pelaksanaan Dekontaminasi Apd Covid 19	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit	1. Melakukan supervisi pelaksanaan dekontaminasi apd	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Rumah Sakit	Komite PPI.

			covid 19 menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil supervisi. 3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data				
16	Supervisi Audit Ambulance Dan Rujukan Covid 19	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit	1. Melakukan supervisi audit ambulance dan rujukan covid 19 menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil supervisi.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Rumah Sakit	Komite PPI.

			3. Menganalisa data hasil menitoring. 4. Melakuan intrepetasi data. 5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data				
17	Supervise Ambulance Dan Rujukan Covid 19	Meningkatkan mutu pelayanan Rumah sakit	1. Melakukan supervise ambulance dan rujukan covid 19 menggunakan cek list. 2. Mengumpulkan data hasil supervisi. 3. Menganalisa data hasil supervise. 4. Melakuan intrepetasi data.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Rumah Sakit	Komite PPI.

			5. Melakukan evaluasi di komite PPI menggunakan PDSA . 6. Melaporkan Ke Direktur hasil Rapat Komite. 7. Desiminasi data				
18	Membuat Icra Covid-19		1. Membuat icra covid-19 setahun sekali. 2. Merekap data selama setahun untuk di lakukan icra. 3. Melakukan grading. 4. Menentukan skala prioritas. 5. Membahas di komite PPI. 6. Melaporkan ke di Rektur. 7. Melakukan desiminasi data.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Rumah Sakit	Komite PPI.

			8. Membuat rekomendasi. 9. Membahas hasil rekomendasi dengan unit terkait.				

4.1.4 Sumber Daya Manusia (SDM).

No	Kegiatan	Tujuan	Langkah-langkah kerja	Rencana anggaran	Terget waktu	Tempat pelaksanaan	Pelaksana dan peserta
1	Memberikan materi orientasi karyawan dan mahasiswa baru	Memberikan pemahaman terkait PPI di RS	1. Siapkan materi termasuk daftar hadir, pre test dan post test, 1hari sebelumnya. 2. Lakukan orientasi 3. Buat arsip untuk berkas orientasi.	Non budgeting	Saat ada Karyawan dan Mahasiswa baru	Aula	Pelaksana : Tim PPI Peserta:karyawan dan mahasiswa Baru
2	Bekerja sama dengan Diklat dan PKRS Humas	Untuk meningkatkan kwalitas SDM tentang pencegahan	1. Mengajukan diklat ke PKRS Humas dan Diklat rumah Sakit.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Setiap 3 bulan sekali	Ruang Tunggu Ranap Rajal	PAsien,Pengunjung, keluarga dan

	melaksanakan diklat/ penyuluhan PPI bagi pasien ,pengunjung, staff RS	dan mengendalikan infeksi.	2. Berkoordinasi dengan PKRS Humas dan Diklat tentang pelaksanaan. 3. Membuat materi, daftar hadir, notulen dan dokumentasi. 4. Membuat laporan hasil dari diklat.				seluruh satf Rumah Sakit.
3	Pengembangan SDM melalui Pelatihan	Peningkatan kualitas SDM	1. Buat perencanaan pengembangan SDM 2. Identifikasi kebutuhan pengembangan SDM 3. Ajukan ke managemen 4. Ikuti pelatihan 5. Laporkan	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Ekstern al	Komite PPI Tim PPI
4	Pelatihan IPCN	Peningkatan kualitas SDM	1. Buat perencanaan pengembangan SDM 2. Identifikasi kebutuhan pengembangan SDM 3. Ajukan ke managemen	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Ekstern al	Komite PPI Tim PPI

			4. Ikuti pelatihan 5. Laporkan				
5	Pelatihan IPCN lanjut	Peningkatan kualitas SDM	1. Buat perencanaan pengembangan SDM 2. Identifikasi kebutuhan pengembangan SDM 3. Ajukan ke managemen 4. Ikuti pelatihan 5. Laporkan	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Ekstern al	Komite PPI Tim PPI
6	Pelatihan TOT PPI	Peningkatan kualitas SDM	1. Buat perencanaan pengembangan SDM 2. Identifikasi kebutuhan pengembangan SDM 3. Ajukan ke managemen 4. Ikuti pelatihan 5. Laporkan	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Ekstern al	Komite PPI Tim PPI
7	Pelatihan PPI dasar bagi IPCLN	Peningkatan kualitas SDM	1. Buat perencanaan pengembangan SDM 2. Identifikasi kebutuhan pengembangan SDM 3. Ajukan ke managemen	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Ekstern al	Komite PPI Tim PPI

			4. Ikuti pelatihan 5. Laporkan				
8	Melakukan pelatihan bagi staff untuk menurunkan resiko infeksi	Peningkatan kualitas SDM	1. Mengajukan pelatihan ke Diklat rumah Sakit. 2. Berkoordinasi dengan Diklat tentang pelaksanaan. 3. Membuat materi, daftar hadir, notulen dan dokumentasi. 4. Membuat laporan hasil dari diklat.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Internal	Komite PPI Tim PPI
9	Pelatihan kepada staf bila ada perubahan regulasi , serta praktek program PPI dan bila ada kecendrungan khusus (new/ re emerging disease	Untuk meningkatkan kwalitas SDM tentang pencegahan dan mengendalikan infeksi.	1. Mengajukan pelatihan ke Diklat rumah Sakit. 2. Berkoordinasi dengan Diklat tentang pelaksanaan. 3. Membuat materi, daftar hadir, notulen dan dokumentasi.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Internal	Komite PPI Tim PPI

	) data infeksi untuk staf klinis dan non klinis.		4. Membuat laporan hasil dari diklat.				
10	Edukasi berkala kapada staf Rumah Sakit.	Untuk meningkatkan kwalitas SDM tentang pencegahan dan mengendalikan infeksi.	1. Buat perencanaan edukasi. 2. Identifikasi kebutuhan edukasi. 3. Siapkan materi, daftar hadir, notulen dan dokumentasi. 4. Lakukan edukasi. 5. Membuat laporan hasil edukasi.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Setiap ruang perawat an dan ruang lainnya	Komite PPI Tim PPI
11	Pelatihan penggunaan alat pelindung diri kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak	Untuk meningkatkan kwalitas SDM tentang pencegahan dan mengendalikan infeksi.	1. Mengajukan pelatihan ke Diklat rumah Sakit. 2. Berkoordinasi dengan Diklat tentang pelaksanaan. 3. Membuat materi, daftar hadir, notulen dan dokumentasi.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Internal	Komite PPI Tim PPI

			4. Membuat laporan hasil dari diklat.				
12	Pelatihan hand hygine kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak	Untuk meningkatkan kwalitas SDM tentang pencegahan dan mengendalikan infeksi.	1. Mengajukan pelatihan ke Diklat rumah Sakit. 2. Berkoordinasi dengan Diklat tentang pelaksanaan. 3. Membuat materi, daftar hadir, notulen dan dokumentasi. 4. Membuat laporan hasil dari diklat.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Internal	Komite PPI Tim PPI
13	Edukasi kepada staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi ledakan pasien (outbreak) penyakit infeksi airborn	Untuk meningkatkan kwalitas SDM tentang pencegahan dan mengendalikan infeksi.	1. Buat perencanaan edukasi. 2. Identifikasi kebutuhan edukasi. 3. Siapkan materi, daftar hadir, notulen dan dokumentasi. 4. Lakukan edukasi.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Tahun 2021	Internal	Tim PPI

			5. Membuat laporan hasil edukasi.				

4.1.5 Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

No	Kegiatan	Tujuan	Langkah-langkah kerja	Rencana anggaran	Target waktu	Tempat pelaksanaan	Pelaksana dan peserta
1	Melakukan rapat koordinasi dengan Komite Mutu Rumah Sakit.	Meningkatkan mutu pelayanan	1. Melakukan koordinasi dengan Komite Mutu. 2. Memaparkan permasalahan yang berkaitan dengan Komite Mutu. 3. Membuat daftar hadir, notulen dan laporan hasil koordinasi. 4. Membuat rekomendasi ke PMKP. 5. Desiminasi data ke PMKP.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Setiap 3 bulan sekali.	KPPI dan PMKP	Tim PPI

4.1.6 Keselamatan Kerja.

No	Kegiaran	Tujuan	Langkah-langkah kerja	Rencana anggaran	Target waktu	Tempat pelaksanaan	Pelaksana dan peserrta
1	Monitoring pelaksanaan pemeriksaan berkala pegawai.	Meningkatkan pelayanan K3 RS	1. Melakukan pengumpulan data pemeriksaan berkala pegawai. 2. Melakukan rapat koordinasi dengan K3 dan jajaran menejemen. 3. Membuat surat rekomendasi ke direktur.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	1 tahun sekali	Internal	Pelaksana : Tim PPI. Peserta : Komite K3 dan Tim PPI
2	Monitoring pelaksanaan penanganan tertusuk jarum	Memastikan Penanganan tertusuk jarum sudah sesuai SPO	1. Lakukan pengumpulan data tentang keselmatan kerja 2. Monitoring keselamatan kerja 3. Laporkan	Non budgeting	Setiap ada kejadian tertusuk jarum	Internal	Pelaksana :K3 RS Peserta : semua Petugas

							Rumah Sakit
3	Melakukan monitoring imunisasi kepada seluruh karyawan	Memastikan terlaksananya imunisasi bagi semua karyawan	1. Lakukan rapat koordinasi dengan K3 dan jajaran menejemen pelaksanaan imunisasi bagi karyawan. 2. Persiapkan materi, notulen , daftar hadir dan dokumentasi. 3. Membuat rekomendasi dari hasil rapat. 4. Melaporkan kepada direktur. 5. Monitoring hasil rekoemendasi.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	1 tahun sekali	Internal	Pelaksana : Tim PPI. Peserta : Komite K3 dan Tim PPI
4	Melakukan monitoring pengobatan dan konseling pegawai akibat infeksi	Meningkatkan pelayanan K3 RS	1. Mengumpulkan data pengobatan dan konseling pegawai. 2. Melakukan analisa. 3. Melakukan intrepetasi.	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	1 tahun sekali	Internal	Pelaksana : Tim PPI. Peserta : Komite

	nosokomial yang di dapat di rumah sakit.		4. Membuat laporan 5. Melakukan koordinasi dengan K3 dan manajeman . 6. Membuat rekomendasi. 7. Melaporakan ke direktur.				K3 dan Tim PPI

4.1.7 Inovasi Kegiatan PPI (bisa terkait proses layanan, Mutu, Keselamatan, Efisiensi dll).

No	Kegiatan	Tujuan	Langkah-langkah kerja	Rencana anggaran	Target waktu	Tempat pelaksanaan	Pelaksana

4.2. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit

4.2.1. Fasilitas / Peralatan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

No	Kegiatan	Tujuan	Langkah-langkah kerja	Rencana anggaran	Target waktu	Tempat pelaksanaan	Pelaksana
1	Pemeliharaan fisik ruangan	Memastikan fisik ruangan terpelihara dengan baik	Lakukan pengajuan pemeliharaan fisik ruangan	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Di lakukan setahun sekali	Komite PPI	Bagian Umum
2	Inventarisasi alat	Memastikan alat terinventarisasi dengan baik	Lakukan inventaris alat dengan pemilahan sesuai dengan jenis alat	Sesuai dengan kebijakan	Dilakukan setahun sekali	Tim PPI	Tim PPI

			Lakukan pencatatan , pelaporan dan dipasang di masing-masing ruangan.	Rumah Sakit	dan jika ada alat yang braru datang		
3	Pemeliharaan Inventaris Alat.	Memastikan Alat terpelihara dengan baik	Lakukan pemeriksaan alat secara rutin Apabila di temukan rusak segera koordinasi dengan IT atau bagian umun	Sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit	Dilakukan jadwal dalam satu tahun	Komite PPI	Tim PPI

5. SASARAN

No	Kegiatan	Indikator	Target
I	**ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN**		
1	Menyusun Program Kerja Komite PPI	Tersusun Program Kerja Komite Pencegahan dan pengendalian Infeksi	100%
2	Identifikasi dan pengusulan kebutuhan (dalam format RAB)**:** • Komputer.	Tersusun RAB Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	100%

	• Printer. • ATK.		
3	Menyusun pola ketenagaan sesuai dengan regulasi	Tersusun Pola ketenagaan	100%
II	**KEGIATAN**		
1	Melaksanakan Survelance data Infeksi Rumah Sakit	Tersusun Data survailence infeksi setiap 3 bulan	100%
2	Melaksanakan audit bandle pencegahan dan pengendalian infeksi	Tersusun Data Laporan audit bandle setiap 3 bulan	100%
3	Melakukan Investigasi Outbreak / wabah / Kejadian Luar Biasa (KLB)	Tersusun Laporan Investigasi outbreak	Bila ada outbreak
4	Melaksanakan monitoring sterilisasi.	Tersusun Laporan monitoring sterilisasi setiap 3 bulan	100%
5	Koordinasi dengan CSSD terkait dengan sterilisasi dan disinfeksi peralatan medis diluar unit sterilisasi.	Tersusun Laporan hasil rapat koordinasi dengan unit sterilisasi	100%
6	Melaksanakan memonitoring obat dan alat kadaluarsa.	Tersusun Laporan monitoring obat dan alat kadaluarsa setiap 3 bulan.	100%
7	Melakukan memonitoring pelaksanaan material single use yang di reuse sesuai alat yang di gunakan.	Tersusun Laporan monitoring pelaksanaan material single use yang di reuse setiap 3 bulan.	100%

8	Monitoring pengendalian lingkungan.	Tersusun Laporan monitoring pengendalian lingkungan	100%
9	Melakukan monitoring pembuangan sampah infeksius.	Tersusun Laporan monitoring pembungan sampah infeksius dan cairan tubuh setiap 3 bulan.	100%
10	Melakukan monitoring pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius	Tersusun Laporan monitoring pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius setiap 3 bulan.	100%
11	Melakukan monitoring pengelolaan limbah cair	Tersusun Laporan monitoring pengelolaan limbah cair setiap 3 bulan.	100%
12	Melakukan monitoring pembuangan darah dan komponennya.	Tersusun Laporan monitoring palaksanaan menejeman laundry dan linen Rumah Sakit.	100%
13	Melakukan monitoring pelaporan pajanan limbah infeksius	Tersusun Laporan hasil monitoring pajanan	Setiap ada pajanan (100%)
14	Memonitoring pembuangan benda tajam dan jarum.	Tersusun Laporan monitoring pembuangan benda tajam dan jarum setiap 3 bulan.	100%
15	Monitoring kamar operasi	Tersusun Laporan monitoring kamar operasi setiap 3 bulan.	100%
16	Melakukan monitoring sanitasi dapur dan permesinan.	Tersusun Laporan monitoring sanitasi dapur dan permesinan setiap 3 bulan.	100%

17	Melakukan monitoring pelaksanaan menejamen laundry dan linen Rumah Sakit.	Tersusun Laporan monitoring pelaksanaan menejamen laundry dan linen Rumah Sakit setiap 3 bulan.	100%
18	Melakukan monitoring dekontaminasi ambulance	Tersusun Laporan monitoring dekontaminasi ambulance setiap 3 bulan.	100%
19	Melakukan icra bangunan.	Tersusun Laporan setiap ada pembangunan di ICRA.	100%
20	Membuat icra program.	Tersusun Laporan icra setiap 1 tahun sekali	100%
21	Melakukan rapat koordinasi untuk menurunkan resiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif yang beresiko tinggi (pencampuran obat suntik).	Tersusun Laporan hasil rapat koordinasi untuk menurunkan resiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif yang beresiko tinggi (pencampuran obat suntik).	100%
22	Melakukan monitoring ruang isolasi untuk pasien immunocompromised	Tersusun Laporan monitoring ruang isolasi untuk pasien immunocompromised setiap 3 bulan.	100%
23	Melakukan monitoring ruang isolasi airborn.	Tersusun Laporan monitoring ruang isolasi air born.	100%
24	Monitoring ketersediaan sarana dan pra sarana cuci tangan.	Tersusun Laporan ketersediaan sarana dan pra sarana cuci tangan setiap 3 bulan.	100%

25	Melakukan monitoring kepatuhan cuci tangan pada pasien, pengunjung dan staf/petugas.	Tersusun Laporan monitoring cuci tangan setiap 3 bulan.	100%
26	Monitoring ketersediaan APD	Tersusun Laporan monitoring ketersediaan APD setiap 3 bulan.	100%
27	Monitoring penggunaan APD.	Tersusun Laporan monitoring penggunaan APD setiap 3 bulan.	100%
28	Memonitoring pengendalian lingkungan	Tersusun Laporan Monitoring pengendalian lingkungan setiap 3 bulan	100%
29	Memonitoring kegiatan dan pelaksanaan di kamar jenazah.	Tersusun Laporan monitoring kegiatan di kamar jenazah setiap 3 bulan.	100%
30	Melakukan koordinasi dengan bagian sanitasi terkait pemantauan kualitas udara, air dan lingkungan	Tersusun Laporan hasil koordinasi setiap muncul hasil kultur udara, dinding dan lantai.	Hasil koordinasi
31	Melakukan koordinasi dengan unit lain.	Hasil koordinasi dengan unit setiap ada masalah Infeksi Rumah Sakit.	Hasil koordinasi
32	Melakukan evaluasi dan membuat laporan kegiatan/ kinerja Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Tersusun Laporan hasil audit, monitoring dan survailence setiap 3 bulan.	100%

33	Melakukan investigasi dan analis resiko infeksi akibat pelayanan kesehatan untuk menurunkan angka infeksi tersebut.	Tersusun Laporan setiap ada kejadian angka infeksi yang tinggi.	Hasil Laporan investigasi
34	Koordinasi dengan TIM Sistem Informasi Manajemen (SIM) PPI	Tersusun Laporan hasil koordinasi dengan SIM RS.	Hasil koordinasi
35	Melakukan komparasi data dengan rumah sakit lain yang sejajar.	Tersusun Laporan komparasi data dengan rumah sakit lain yang sejajar setiap 1 tahun sekali.	100%
36	Melakukan komparasi data dengan bukti terbaik.	Tersusun Laporan komparasi data dengan bukti yang terbaik setiap 1 tahun sekali.	100%
37			
38	Melakukan rapat koordinasi tim PPI setiap 3 bulan.	Tersusun Hasil rapat koordinasi Tim PPI setiap 3 bulan.	100%
39	Melakukan rapat Komite PPI setiap 3 bulan sekali	Tersusun Laporan Hasil rapat komite PPI setiap 3 bulan	100%
40	Melakukan koordinasi dengan tim PPRA.	Tersusun Hasil koordinasi dengan PPRA setiap 6 bulan sekali	100%
III	**KEGIATAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN COVID-19**		
1	Penyusunan Pedoman PPI Covid 19.	Tersusun Pedoman PPI Covid 19.	100%
2	Penyusunan SPO PPI Covid 19.	Tersusun SPO PPI Covid 19.	100%

3	Menyusun Program Kerja PPI Covid-19 sesuai format standar RS.	Tersusun Program Kerja PPI Covid-19 sesuai format standar RS.	100%
4	Pelatihan ruang isolasi covid-19	Tersusun Laporan Membuat icra covid-19 satu tahun	100%
5	Supervisi protokol kesehatan	Tersusun Laporan Supervisi protokol kesehatan setiap 3 bulan	100%
6	Supervisi skrening covid 19	Tersusun Laporan Supervisi skrening covid 19 setiap 3 bulan	100%
7	Supervisi terdapat protap PPI di ruang isolasi covid 19	Tersusun Laporan Supervisi terdapat protap PPI di ruang isolasi covid 19 setiap 3 bulan	100%
8	Supervisi kebersihan lingkungan covid 19	Tersusun Laporan Supervisi kebersihan lingkungan covid 19 setiap 3 bulan	100%
9	Supervisi pembersihan ruang isolasi covid 19	Tersusun Laporan Supervisi pembersihan ruang isolasi covid 19 setiap 3 bulan	100%
10	Supervisi kepatuhan pasien di ruang covid 19	Tersusun Laporan Supervisi kepatuhan pasien di ruang covid 19 setiap 3 bulan	100%
11	Supervisi kepatuhan petugas dalam menggunakan apd di ruang isolasi covid-19	Tersusun Laporan Supervisi kepatuhan petugas dalam menggunakan apd di ruang isolasi covid 19 setiap 3 bulan	100%

12	Supervisi kepatuhan pengantar/pengunjung di ruang isolasi covid-19	Tersusun Laporan Supervisi kepatuhan pengantar/pengunjung di ruang isolasi covid-19 setiap 3 bulan	100%
13	Supervisi kepatuhan petugas melakukan tranfer pasien covid-19	Tersusun Laporan Supervisi kepatuhan petugas melakukan tranfer pasien covid-19 setiap 3 bulan	100%
14	Supervisi kepatuhan petugas keluar dari ruang covid-19	Tersusun Laporan Supervisi kepatuhan petugas keluar dari ruang covid-19 setiap 3 bulan	100%
15	Supervisi pelaksanaan dekontaminasi apd covid-19	Tersusun Laporan Supervisi pelaksanaan dekontaminasi apd covid-19 setiap 3 bulan	100%
16	Supervisi audit ambulance dan rujukan covid 19	Tersusun Laporan Supervisi audit ambulance dan rujukan covid 19 setiap 3 bulan	100%
17	Supervise ambulance dan rujukan covid 19	Tersusun Laporan Supervise ambulance dan rujukan covid 19 setiap 3 bulan	100%
18	Membuat icra covid-19	Tersusun Laporan Membuat icra covid-19 satu tahun	100%
IV	**SDM**		
1	Memberikan materi orientasi karyawan dan mahasiswa baru	Tersusun laporan kegiatan orientasi karyawan dan mahasiswa baru	Seluruh karyawan dan mahasiswa baru (100%)
2	Bekerja sama dengan Diklat dan PKRS Humas melaksanakan diklat/	Tersusun laporan kegiatan Penyuluhan pasien, pengunjung, keluarga	50 orang per tahun

	penyuluhan PPI bagi pasien ,pengunjung, keluarga rumah sakit		
4	Pelatihan IPCN	Pelatihan IPCN terlaksana dan mendapatkan sertifikat IPCN	(100%)
5	Pelatihan IPCN lanjut	Pelatihan IPCN lanjut terlaksana dan mendapatkan sertifikat IPCN	(100%)
6	Pelatihan TOT PPI	Pelatihan TOT PPI terlaksana dan mendapatkan sertifikat	(100%)
7	Pelatihan PPI dasar bagi IPCLN	Pelatihan PPI terlaksana dan mendapatkan sertifikat PPI dasar	10 orang IPCLN (100%)
8	Melakukan pelatihan PPI dasar untuk menurunkan resiko infeksi	Jumlah IPCN yang mengikuti pelatihan	50% staf
9	Pelatihan kepada staf bila ada perubahan regulasi , serta praktek program PPI dan bila ada kecendrungan khusus (new/ re emerging disease) data infeksi untuk staf klinis dan non klinis.	Jumlah staf yang mengikuti pelatihan	Seluruh (100%)
10	Edukasi berkala kapada staf Rumah Sakit.	Jumlah staf yang di lakukan edukasi	100 staf yang di lakukan edukasi (100%)

11	Pelatihan penggunaan alat pelindung diri kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak	Jumlah staf yang mengikuti pelatihan penggunaan alat pelindung diri.	100 pelatihan (100%)
12	Pelatihan hand hygine kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak	Jumlah staf yang mengikuti pelatihan hand hygine	100 orang yang mengikuti pelatihan (100%)
13	Edukasi kepada staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi ledakan pasien (outbreak) penyakit infeksi airborn	Kegiatan terlaksana dan ada dokumentasi	100 orang yang mengikuti edukasi (100%)
V	**PENINGKATAN MUTU KESELAMATAN PASIEN**		
	Melakukan rapat koordinasi dengan Komite Mutu Rumah Sakit.	Hasil Rapat koordinasi dengan PMKP RS.	100%
VI	**KESELAMATAN KERJA**		
1	Koordinasi dengan k3	Laporan koordinasi dengan K3 rumah Sakit	Hasil Laporan koordinasi.
2	Monitoring pelaksanaan pemeriksaan berkala pegawai.	Jumlah petugas yang mengikuti pelaksanaan pemeriksaan berkala.	50 orang staf (100%)

3	Monitoring pelaksanaan penanganan tertusuk jarum	Laporan pelaksanaan penanganan tertusuk jarum.	100%
4	Melakukan monitoring imunisasi kepada seluruh karyawan	Laporan monitoring imunisasi kepada seluruh staf	100 staf sudah di lakukan imunisasi (100%)
5	Melakukan monitoring pengobatan dan konseling pegawai akibat infeksi nosokomial yang di dapat di rumah sakit.	Laporan monitoring pengobatan dan konseling .	100%
VIII	**INOVASI**		
IX	**FASILITAS**		
1	Pemeliharaan fisik ruangan	Laporan pemeliharaan fisik ruangan	100%
2	Inventarisasi alat	Laporan inventaris alat	100%
3	Pemeliharaan Inventaris Alat.	Prosentase alat berfungsi sesuai spesifikasi	95%
4	Penerapan data PPI ke dalam Sistem IT Rumah sakit (SIM RS)	Data PPI masuk ke dalam SIM RS	100%

6. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

No	Kegiatan	Tahun 2021												Keterangan
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
I	**ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN**													
1	Menyusun Program Kerja Instalasi sesuai format standar RS	x												
2	Identifikasi dan pengusulan kebutuhan (dalam format RAB)**:** • Komputer. • Printer. • ATK.	x												Pengajuan untuk tahun kedepan
3	Menyusun pola ketenagaan sesuai dengan regulasi	x												
II	**KEGIATAN POKOK**													
1	Melaksanakan Survelance data Infeksi Rumah Sakit	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

2	Melaksanakan audit bandle pencegahan dan pengendalian infeksi	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
3	Melakukan Investigasi Outbreak / wabah / Kejadian Luar Biasa (KLB)													Bila di temukan outbreak
4	Melaksanakan monitoring sterilisasi.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
5	Koordinasi dengan CSSD terkait dengan sterilisasi dan disinfeksi peralatan medis diluar unit sterilisasi.		X											
6	Melaksanakan memonitoring obat dan alat kadaluarsa.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
7	Melakukan memonitoring pelaksanaan material single use yang di reuse sesuai alat yang di gunakan.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

8	Monitoring pengendalian lingkungan.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
9	Melakukan monitoring pembuangan sampah infeksius.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
10	Melakukan monitoring pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
11	Melakukan monitoring pengelolaan limbah cair	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
12	Melakukan monitoring pembuangan darah dan komponennya.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
13	Melakukan monitoring pelaporan pajanan limbah infeksius													Setiap ada pajanan.
14	Memonitoring pembuangan benda tajam dan jarum.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
15	Monitoring kamar operasi	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

16	Melakukan monitoring sanitasi dapur dan permesinan.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
17	Melakukan monitoring pelaksanaan menejamen laundry dan linen Rumah Sakit.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
18	Melakukan monitoring dekontaminasi ambulance	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
19	Melakukan icra bangunan.													Bila ada pembangunan atau renovasi
20	Membuat icra program.												X	Setiap akhir tahun
21	Melakukan rapat koordinasi untuk menurunkan resiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif yang beresiko tinggi (pencampuran obat suntik).		x											

22	Melakukan monitoring ruang isolasi untuk pasien immunocompromised	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
23	Melakukan monitoring ruang isolasi airborn.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
24	Monitoring ketersediaan sarana dan pra sarana cuci tangan.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
25	Melakukan monitoring kepatuhan cuci tangan pada pasien, pengunjung dan staf/petugas.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
26	Monitoring ketersediaan APD	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
27	Monitoring penggunaan APD.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
28	Memonitoring pengendalian lingkungan	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
29	Memonitoring kegiatan dan pelaksanaan di kamar jenazah.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

30	Melakukan koordinasi dengan bagian sanitasi terkait pemantauan kualitas udara, air dan lingkungan													Setiap keluar hasil kultur yang di keluarkan oleh instalasi kesehatan lingkungan
31	Melakukan koordinasi dengan unit lain.													Setiap ada masalah kecendrungan infeksi
32	Melakukan evaluasi dan membuat laporan kegiatan/ kinerja Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi			x			x			x			x	
33	Melakukan investigasi dan analis resiko infeksi akibat pelayanan kesehatan untuk menurunkan angka infeksi tersebut.													Setiap ada kecendrungan infeksi
34	Koordinasi dengan TIM Sistem Informasi Manajemen (SIM) PPI		x											

35	Melakukan komparasi data dengan rumah sakit lain yang sejajar.									x				
36	Melakukan komparasi data dengan bukti terbaik.									x				
37	Melakukan pelaporan data HaiS ke dinas kesehatan						x						x	
38	Melakukan rapat koordinasi tim PPI setiap 3 bulan.			x			x			x			x	
39	Melakukan rapat Komite PPI setiap 3 bulan sekali			x			x			x			x	
40	Melakukan koordinasi dengan tim PPRA.						x						x	
III	**KEGIATAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN COVID-19**													
1	Penyusunan Pedoman PPI Covid 19.		x											
2	Penyusunan SPO PPI Covid 19.		x											

3	Menyusun Program Kerja PPI Covid-19 sesuai format standar RS.	x												
4	Pelatihan ruang isolasi covid-19	x	x				x		x		x			
5	Supervisi protokol kesehatan	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
6	Supervisi skrening covid 19	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
7	Supervisi terdapat protap PPI di ruang isolasi covid 19	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
8	Supervisi kebersihan lingkungan covid 19	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
9	Supervisi pembersihan ruang isolasi covid 19	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
10	Supervisi kepatuhan pasien di ruang covid 19	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
11	Supervisi kepatuhan petugas dalam menggunakan apd di ruang isolasi covid-19	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
12	Supervisi kepatuhan pengantar/pengunjung di ruang isolasi covid-19	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
13	Supervisi kepatuhan petugas melakukan tranfer pasien covid-19	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

14	Supervisi kepatuhan petugas keluar dari ruang covid-19	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
15	Supervisi pelaksanaan dekontaminasi apd covid-19	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
16	Supervisi audit ambulance dan rujukan covid 19	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
17	Supervise ambulance dan rujukan covid 19	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
18	Membuat icra covid-19		x											
IV	**SDM**													
1	Memberikan materi orientasi karyawan dan mahasiswa baru	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Sesuai kebutuhan
2	Bekerja sama dengan Diklat dan PKRS Humas melaksanakan diklat/ penyuluhan PPI bagi pasien ,pengunjung, keluarga rumah sakit			x			x			x			x	
3	Pelatihan IPCN													Sesuai jadwal yang ada
4	Pelatihan IPCN lanjut													Sesuai jadwal yang ada
5	Pelatihan TOT PPI													Sesuai jadwal yang ada

6	Pelatihan PPI dasar bagi IPCLN													Sesuai jadwal yang ada
7	Melakukan pelatihan untuk menurunkan resiko infeksi													Setiap ada kecendrungan infeksi
8	Pelatihan kepada staf bila ada perubahan regulasi , serta praktek program PPI dan bila ada kecendrungan khusus (new/ re emerging disease) data infeksi untuk staf klinis dan non klinis.													S Setiap ada kecendrungan infeksi
9	Edukasi berkala kapada staf Rumah Sakit.		x		x		x		x		x		x	
10	Pelatihan penggunaan alat pelindung diri kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak			x						x				
11	Pelatihan hand hygine kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak			x						x				

12	Edukasi kepada staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi ledakan pasien (outbreak) penyakit infeksi airborn			x						x				
V	**MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN**													
1	Melakukan rapat koordinasi dengan Komite Mutu Rumah Sakit.			x			x			x			x	
VI	**KESELAMATAN KERJA**													
1	Koordinasi dengan k3		x											Bila di temukan kejadian tertusuk jarum
2	Monitoring pelaksanaan pemeriksaan berkala pegawai.		x											
3	Monitoring pelaksanaan penanganan tertusuk jarum													Bila ada kasus tertusuk jarum

4	Melakukan monitoring imunisasi kepada seluruh karyawan			x										
VII	**FASILITAS /PERALATAN KOMITE PPI**													
1	Pemeliharaan fisik ruangan		x											
2	Inventarisasi alat	x											x	Jika ada alat baru
3	Pemeliharaan Inventaris Alat.	x					x						x	
4	Penerapan data PPI ke dalam Sistem IT Rumah sakit (SIM RS)		x											

7. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN

7.1 Pencatatan.

1. Setiap hari IPCN yang dibantu IPCLN 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 SPO/kebijakan PPI dan atau monitoring penerapan PPI di semua unit pelayanan.
2. Data yang terkumpul akan di tabulasi dan di analisa oleh IPCN dan Komite PPI.

7.2 Pelaporan.

1. Setiap 1 (satu) bulan sekali data dikumpulkan dan di rekap oleh Tim PPI
2. Data dikumpulkan selama periode 3 bulan, dianalisa, intepretasi dan didiskusikan dengan Tim PPI dan Komite PPI, selanjutnya dibuatkan laporan yang dikirim ke Direktur RSUD Muntilan Kab Magelang ditembuskan ke Manajamen Rumah Sakit, Bidang Keperawatan, Bidang Pelayanan Medis dan Bidang Penunjang dan komite MUtu
3. Setiap 1 (satu) tahun semua pelaksanaan program Komite PPI dibuatkan Laporan Tahunan yang akan dikirim kepada Direktur RSUD Muntilan Kab Magelang.

7.3 Evaluasi

1. Evaluasi Proses
   a. Semua kegiatan program berjalan sesuai jadwal.
   b. Formulir terisi sesuai surveilans dan audit PPI.
2. Evaluasi Hasil
   a. Hasil kegiatan program PPI tiap tiga bulan akan dilakukan *feed back* oleh Direktur untuk dilakukan tindak lanjut oleh Komite PPI.
   b. Hasil kegiatan pelaksanaan program PPI dalam satu tahun akan dilakukan *feedback* oleh Direktur RSUD Muntilan Kab Magelang.

8. PENUTUP

Program Komite PPI di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang yang disusun untuk tahun 2021 meliputi kegiatan rutin yang sudah berjalan untuk pengendalian infeksi dan kegiatan yang baru diterapkan atau bersifat pengembangan untuk peningkatan mutu pelayanan yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi. Program Komite PPI tahun 2021 ini berisi tentang rencana kegiatan yang akan dilaksanakan yang disusun secara rinci yang dipergunakan untuk mencapai tujuan Komite PPI RSUD Muntilan Kabupaten Magelang. Rencana kegiatan tersebut meliputi:

1. Menurunkan angka insiden infeksi rumah sakit (IRS/incident rate HAIs) meliputi:
   a. Surveilans data IRS.
   b. Investigasi outbreak/kejadian luar biasa (KLB).
   c. Audit yang meliputi audit kepatuhan kebersihan tangan dan audit pemakaian alat pelindung diri (APD) di semua unit perawatan.
   d. Edukasi PPI bagi masyarakat rumah sakit (petugas, peserta didik, pasien, pengunjung/keluarga pasien dan petugas fasilitas pendukung seperti kantin/kafetaria, bank ataupun petugas parkir.
2. Memaksimalkan penerapan kebijakan, pedoman dan atau SOP tentang PPI di semun unit pelayanan melalui kegiatan monitoring.
3. Mengembangkan fasilitas pendukung pelaksanaan / penerapan PPI di unit-unit pelayanan.
4. Meningkatkan kualitas/kompetensi petugas Tim PPI melalui pelatihan lanjutan bagi tenaga IPCN, pelatihan dasar PPI bagi tenaga IPCLN, in house training tentang PPI, mengikutiseminar /simposium /work shop tentang PPI baik nasional maupun internasional.

Muntilan, Januari 2021

MENGETAHUI DIREKTUR	Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUD Muntilan Kab.Magelang Ketua
DR. M SYUKRI. MPH Pembina Tk I NIP : 196601151996031003	dr. Ferry Kurniansih,SpPD NIP : 19630219 198803 2 004

LAPORAN KINERJA 2021

KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

Bulan :

I. KINERJA KEGIATAN

ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

No	Uraian	Hasil	Target	Capaian
1	Menyusun Program Kerja Instalasi sesuai format standar RS		100%	
2	Identifikasi dan pengusulan kebutuhan (dalam format RAB)**:** • Komputer. • Printer. • ATK.		100%	
3	Menyusun pola ketenagaan sesuai dengan regulasi		100%	

Pencapaian Kegiatan PPI

No	Indikator	Hasil	Target	Capaian
1	Melaksanakan Survelance data Infeksi Rumah Sakit		100%	
2	Melaksanakan audit bandle pencegahan dan pengendalian infeksi		100%	
3	Melakukan Investigasi Outbreak / wabah / Kejadian Luar Biasa (KLB)		100%	
4	Melaksanakan monitoring sterilisasi.		100%	

5	Koordinasi dengan CSSD terkait dengan sterilisasi dan disinfeksi peralatan medis diluar unit sterilisasi.		100%	
6	Melaksanakan memonitoring obat dan alat kadaluarsa.		100%	
7	Melakukan memonitoring pelaksanaan material single use yang di reuse sesuai alat yang di gunakan.		100%	
8	Monitoring pengendalian lingkungan.		100%	
9	Melakukan monitoring pembuangan sampah infeksius.		100%	
10	Melakukan monitoring pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius		100%	
11	Melakukan monitoring pengelolaan limbah cair		100%	
12	Melakukan monitoring pembuangan darah dan komponennya.		100%	
13	Melakukan monitoring pelaporan pajanan limbah infeksius		100%	
14	Memonitoring pembuangan benda tajam dan jarum.		100%	

15	Monitoring kamar operasi		100%	
16	Melakukan monitoring sanitasi dapur dan permesinan.		100%	
17	Melakukan monitoring pelaksanaan menejamen laundry dan linen Rumah Sakit.		100%	
18	Melakukan monitoring dekontaminasi ambulance		100%	
19	Melakukan icra bangunan.		100%	
20	Membuat icra program.		100%	
21	Melakukan rapat koordinasi untuk menurunkan resiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif yang beresiko tinggi (pencampuran obat suntik).		100%	
22	Melakukan monitoring ruang isolasi untuk pasien immunocompromised		100%	
23	Melakukan monitoring ruang isolasi airborn.		100%	
24	Monitoring ketersediaan sarana dan pra sarana cuci tangan.		100%	
25	Melakukan monitoring kepatuhan cuci		100%	

	tangan pada pasien, pengunjung dan staf/petugas.			
26	Monitoring ketersediaan APD		100%	
27	Monitoring penggunaan APD.		100%	
28	Memonitoring pengendalian lingkungan		100%	
29	Memonitoring kegiatan dan pelaksanaan di kamar jenazah.		100%	
30	Melakukan koordinasi dengan bagian sanitasi terkait pemantauan kualitas udara, air dan lingkungan		100%	
31	Melakukan koordinasi dengan unit lain.		100%	
32	Melakukan evaluasi dan membuat laporan kegiatan/ kinerja Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi		100%	
33	Melakukan investigasi dan analis resiko infeksi akibat pelayanan kesehatan untuk menurunkan angka infeksi tersebut.		100%	

34	Koordinasi dengan TIM Sistem Informasi Manajemen (SIM) PPI		100%	
35	Melakukan komparasi data dengan rumah sakit lain yang sejajar.		100%	
36	Melakukan komparasi data dengan bukti terbaik.		100%	
37	Melakukan pelaporan data HaiS ke dinas kesehatan		100%	
38	Melakukan rapat koordinasi tim PPI setiap 3 bulan.		100%	
39	Melakukan rapat Komite PPI setiap 3 bulan sekali		100%	
40	Melakukan koordinasi dengan tim PPRA.		100%	

No	Indikator	Hasil	Target	Capaian
1	Penyusunan Pedoman PPI Covid 19.		100%	
2	Penyusunan SPO PPI Covid 19.		100%	
3	Menyusun Program Kerja PPI Covid-19 sesuai format standar RS.		100%	
4	Pelatihan ruang isolasi covid-19		100%	
5	Supervisi protokol kesehatan		100%	
6	Supervisi skrening covid 19		100%	

7	Supervisi terdapat protap PPI di ruang isolasi covid 19		100%	
8	Supervisi kebersihan lingkungan covid 19		100%	
9	Supervisi pembersihan ruang isolasi covid 19		100%	
10	Supervisi kepatuhan pasien di ruang covid 19		100%	
11	Supervisi kepatuhan petugas dalam menggunakan apd di ruang isolasi covid-19		100%	
12	Supervisi kepatuhan pengantar/pengunjung di ruang isolasi covid-19		100%	
13	Supervisi kepatuhan petugas melakukan tranfer pasien covid-19		100%	
14	Supervisi kepatuhan petugas keluar dari ruang covid-19		100%	
15	Supervisi pelaksanaan dekontaminasi apd covid-19		100%	
16	Supervisi audit ambulance dan rujukan covid 19		100%	

Pengembangan SDM

No	Uraian	Hasil	Target	Capaian
1	Memberikan materi orientasi karyawan dan mahasiswa baru		100%	
2	Bekerja sama dengan Diklat dan PKRS Humas melaksanakan diklat/ penyuluhan PPI bagi pasien ,pengunjung, keluarga rumah sakit		100%	
4	Pelatihan IPCN		100%	
5	Pelatihan IPCN lanjut		100%	

6	Pelatihan TOT PPI		100%	
7	Pelatihan PPI dasar bagi IPCLN		100%	
8	Melakukan pelatihan untuk menurunkan resiko infeksi		100%	
9	Pelatihan kepada staf bila ada perubahan regulasi , serta praktek program PPI dan bila ada kecendrungan khusus (new/ re emerging disease) data infeksi untuk staf klinis dan non klinis.		100%	
10	Edukasi berkala kapada staf Rumah Sakit.		100%	
11	Pelatihan penggunaan alat pelindung diri kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak		100%	
12	Pelatihan hand hygine kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak		100%	
13	Edukasi kepada staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi ledakan pasien (outbreak) penyakit infeksi airborn		100%	

Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien

No	Indikator	Hasil	Target	Capaian

1	Melakukan rapat koordinasi dengan Komite Mutu Rumah Sakit.		100%	

K3

No	Indikator	Hasil	Target	Capaian
1	Koordinasi dengan k3		100%	
2	Monitoring pelaksanaan pemeriksaan berkala pegawai.		100%	
3	Monitoring pelaksanaan penanganan tertusuk jarum		100%	
4	Melakukan monitoring imunisasi kepada seluruh karyawan		100%	

Inovasi Pelayanan

No	Indikator	Hasil	Target	Capaian

Permasalahan :

……

……

Solusi dan Rekomendasi:

……

……

II. KINERJA KEUANGAN

1. OPERASIONAL

No	Uraian	Realisasi	Target	Capaian

Permasalahan :

……

.....

.....

Solusi dan Rekomendasi:

.....

.....

Catatan:

Laporan dibuat rangkap 3:

Lembar 1 untuk Direktur

Lembar 2 untuk SPI

Lembar 3 untuk arsip Instalasi

MENGETAHUI

DIREKTUR

PEMERINTAH KABUPATEN MAGELANG RSUD MUNTILAN

DR. M SYUKRI. MPH

Pembina Tk I

NIP : 196601151996031003

Komite Pencegahan dan Pengendalian

Infeksi RSUD Muntilan Kab.Magelang

Ketua

dr. Ferry Kurniansih,SpPD

NIP : 19630219 198803 2 004