



TEKNIK TELUSUSR PPI



dr Luwiharsih, MSc

JABATAN SEKARANG :

Ka Bidang Diklat KARS 2011 - sekarang

Ka Kompartemen Mutu PERSI 2015 – 2018

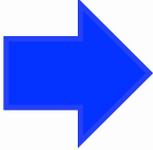
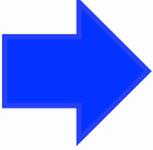
PENDIDIKAN

- **SI Fakultas Kedokteran Unair**
- **SII Pasca Sarjana UI, Manajemen Rumah Sakit**

PENGALAMAN KERJA

- **Surveior & Pembimbing Akreditasi RS (1995 – sekarang)**
- **Direktur RSK Sitanala Tangerang (2007 – 2010)**
- **Ka Sub Dit RS Pendidikan, Kemkes (2005 – 2007)**
- **Ka Sub Dit RS Swasta, Kemkes (20 01 – 2005)**
- **Ka Sub Dit Akreditasi RS, Kemkes (1995 – 2001)**

PENJELASAN

PPI 1.1 (edisi Pitselnas)		Dihapus karena duplikasi dng PPI 1, EP 3 di PPI 1.1 menjadi EP 3 di PPI 1
PPI 5 EP 4		Dihapus karena duplikasi dng EP 2
PPI 8.1 EP 4		Dihapus karena duplikasi dng PPI 8.2 EP 5
PPI 8.2 EP 4		Dihapus karena duplikasi dng PPI 8.1 EP 3
PPI 8.2 EP 6		Dihapus karena duplikasi dng PPI 8.1 EP 5

METODOLOGI SURVEI PPI

- **Wawancara program PPI --> 30 – 60 menit.**
- **Telaah regulasi dan Dokumen :**
- **Telusur :**
 - **individu/pasien --> implementasi PPI ke pasien**
 - **Sistem PPI --> Struktur – Proses kegiatan – Output/
Outcome**

FOKUS AREA PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

1. • Kepemimpinan dan Tata Kelola (PPI 1; 2)
2. • Sumberdaya (PPI 3; 4)
3. • Tujuan Program PPI (PPI 5; 6; 6.1; 6.2)
4. • Peralatan Medis dan Alat Kesehatan Habis Pakai (PPI 7; 7.1;7.2;7.2.1;7.2.2;7.3;7.3.1)
5. • Limbah Infeksius (PPI 7.4; 7.4.1;7.5)

FOKUS AREA P P I, LANJUTAN

6.

- Pelayanan Makanan (PPI 7.6)

7.

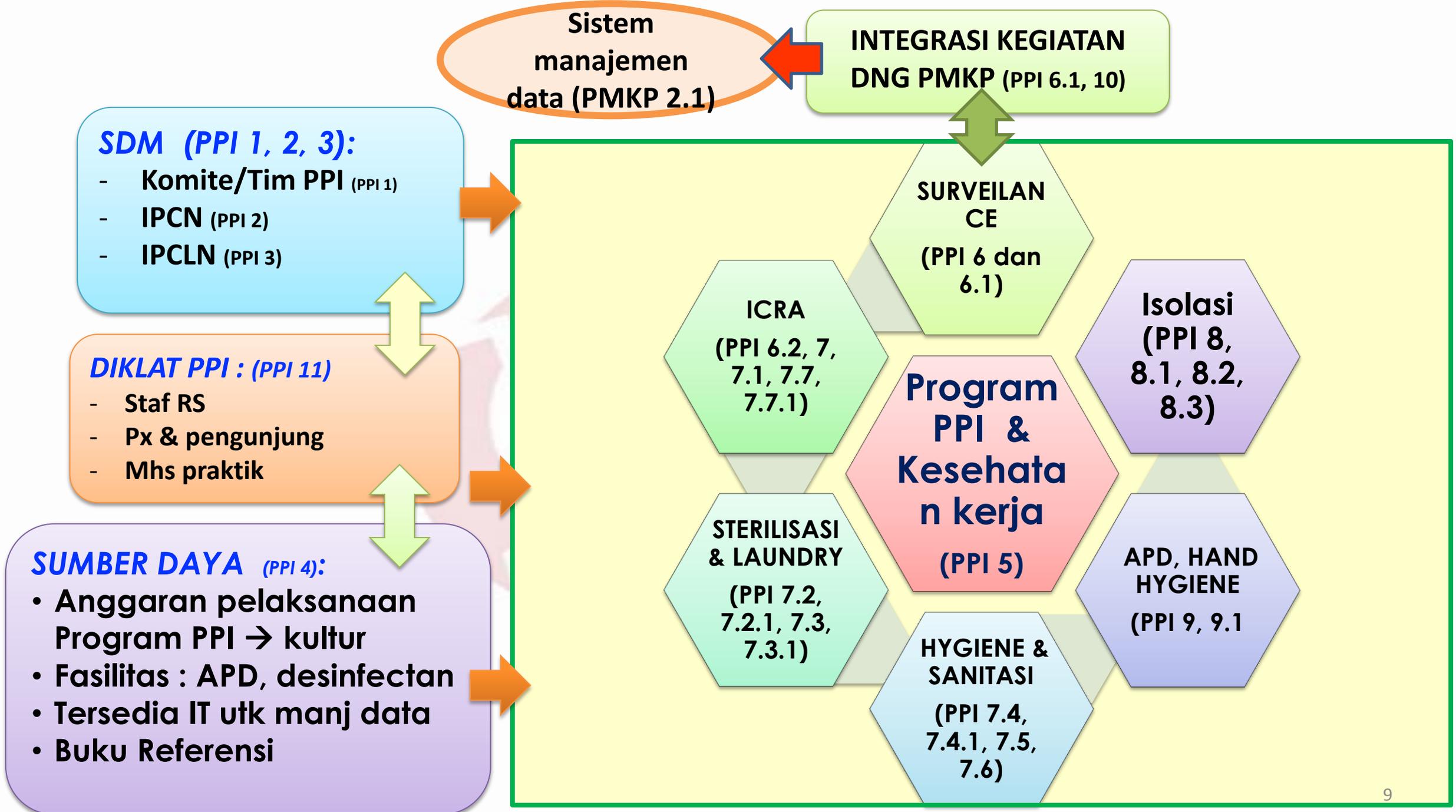
- Risiko Konstruksi (PPI 7.7)

8.

- Transmisi Infeksi (PPI 8; 8.1;8.2;8.3; 9;9.1)

9.

- Peningkatan Mutu dan Program Edukasi (PPI 10; 11)



PPI 1	Komite PPI
PPI 2	IPCN
PPI 3	IPCLN
PPI 4	Sumber daya untuk program PPI
PPI 5	Program PPI & Kesehatan kerja
PPI 6	Program Surveilans
PPI 6.1	Risiko infeksi, tingkat infeksi dan kecenderungan infeksi
PPI 6.2	ICRA infeksi

PPI 7	ICRA prosedur dan proses asuhan invasif yg berisiko infeksi
PPI 7.1	ICRA prosedur dan kegiatan penunjang pelayanan yg berisiko infeksi
PPI 7.2	Sterilisasi peralatan
PPI 7.2.1	Perbekalan farmasi habis pakai, kadaluwarsa dan single use – re use
PPI 7.3	Linen/Londri
PPI 7.3.1	Linen dan Londri sesuai prinsip-2 PPI

PPI 7.4	Pengelolaan limbah infeksius yg benar
PPI 7.4.1	Pengelolaan kamar mayat dan kamar bedah mayat
PPI 7.5	Pengelolaan limbah benda tajam dan jarum
PPI 7.6	Penyelenggaraan makanan
PPI 7.7	Mechanical dan engineering control
PPI 7.7.1	ICRA Renovasi
PPI 8	Kewaspadaan isolasi

PPI 8.1	Penempatan pasien dan transfer pasien dng airborne disease
PPI 8.2	Penempatan pasien dng airborne disease dalam waktu singkat
PPI 8.3	Penanganan Outbreak
PPI 9	Hand Hygiene
PPI.9.1	APD
PPI 10	Integrasi PPI dengan PMKP
PPI 11	Edukasi/diklat PPI

WAWANCARA PROGRAM PPI

Tujuan

Selama diskusi mengenai program pencegahan dan pengendalian infeksi, surveyor dan rumah sakit akan mampu melakukan hal-hal berikut:

- **Identifikasi kekuatan dan area potensial** yang perlu diperhatikan dalam program PPI
- Memulai langkah penetapan yang diperlukan untuk **menandai risiko terkait** proses pencegahan dan pengendalian infeksi
- Mulai **mengkaji** atau menetapkan **derajat kepatuhan** sesuai standar yang relevan
- **Identifikasi masalah** pencegahan dan pengendalian infeksi yang membutuhkan **eksplorasi lebih lanjut**

PESERTA DARI RS

Individu-individu yang dipilih dari rumah sakit untuk menjadi peserta sebaiknya terdiri dari orang-orang yang mampu memaparkan masalah-masalah terkait pencegahan dan pengendalian infeksi di semua departemen/area utama di rumah sakit. Kelompok ini sebaiknya meliputi, namun tidak hanya terbatas pada, perwakilan dari departemen-departemen berikut ini:

- Staf klinis, termasuk dokter, perawat, staf farmasi, dan staf laboratorium**
- Klinisi yang memiliki pengetahuan mengenai pemilihan obat-obatan yang tersedia untuk penggunaan dan pemantauan farmakokinetik**

PESERTA DARI RS

- **Klinisi dari laboratorium yang memiliki pengetahuan mengenai mikrobiologi**
- **Staf klinis, termasuk semua individu yang terlibat dalam proses pencegahan dan pengendalian infeksi, serta sejumlah individu yang terlibat secara langsung dalam perawatan, tata laksana dan pelayanan yang diberikan rumah sakit.**
- **Staf yang bertanggung-jawab atas fisik bangunan gedung rumah sakit**
- **Pimpinan rumah sakit**
- **Lainnya, termasuk residen, sesuai kebijaksanaan rumah sakit**

Standar/Hal yang Dibahas

- Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)
- SKP 5
- KKS 8.2
- PAP 8.6
- PAP 9.2



Apa yang Dilakukan, Dokumen/Materi yang Diperlukan

Sesi ini akan dibuka dengan pendahuluan dan tinjauan tujuan telusur sistem Pencegahan dan

Pengendalian Infeksi, yang mencakup:

- **Eksplorasi, pemikiran kritis, dan potensi pemecahan masalah terkait program PPI**
- **Identifikasi area-area potensial yang memerlukan perhatian khusus dalam PPI dan area-area yang memerlukan perbaikan serta langkah-langkah yang dapat dilakukan**

Proses

- **Telusur dapat dimulai dengan pertemuan kelompok singkat dengan individu-individu yang bertanggung jawab untuk program PPI rumah sakit atau area perawatan pasien yang diidentifikasi surveyor untuk aktivitas telusur terfokus**
- **Selama pertemuan kelompok ini, surveyor akan memperoleh pemahaman lebih baik mengenai sistem PPI dan akan mengidentifikasi area-area potensial yang dapat dieksplorasi selama kunjungan ke area perawatan pasien dan juga area-area potensial lainnya yang memerlukan diskusi lebih lanjut dengan staf yang memiliki pengetahuan mengenai program PPI rumah sakit.**

-

Proses

- **Surveyor mungkin akan pindah ke lokasi lain yang dirasa sesuai dan memungkinkan untuk**
- **dilakukannya telusur proses PPI rumah sakit.**
- **Surveyor akan mengamati staf dan mengajak mereka berdiskusi lebih lanjut mengenai kegiatan**
- **PPI di area-area yang dikunjungi selama aktivitas telusur sistem ini.**

Diskusi

- Berdasarkan pengalaman dari aktivitas telusur yang dilakukan serta masalah-masalah yang dilaporkan oleh surveyor lainnya, maka surveyor akan mengambil data terkait surveilans PPI rumah sakit serta data- data lain terkait pencegahan infeksi sebagai skenario awal untuk memulai diskusi. Peserta diskusi akan diminta untuk mendiskusikan aspek-aspek terkait program PPI rumah sakit sebagai berikut:
 - Bagaimana pasien dengan infeksi diidentifikasi oleh rumah sakit
 - Bagaimana pasien dengan infeksi diperlakukan dalam konteksnya dengan program PPI

Diskusi

- **Aktivitas surveilans saat ini dan selama 12 bulan terakhir atau lebih untuk survei ulangan , maupun selama 3 bulan terakhir untuk survei pertamakali**
- **Jenis analisis yang dilakukan untuk mengolah data PPI, termasuk pembandingnya**
- **Pelaporan data PPI, termasuk frekuensi dan audiensinya**
- **Proses penanganan influks pasien infeksius**

- **Proses yang digunakan untuk melakukan pengkajian PPI dan pengendalian risiko infeksi, termasuk alasan untuk melakukan pengkajian dan hasil analisisnya**
- **Aktivitas pencegahan dan pengendalian infeksi (Contohnya, pelatihan staf, edukasi pasien/residen/klien, prosedur pembersihan ruangan/housekeeping)**
- **Perubahan fisik fasilitas, baik sepenuhnya maupun masih dalam proses, yang memiliki dampak terhadap PPI**
- **Langkah yang diambil sebagai dampak surveilans dan hasil dari langkah-langkah ini**
- **Efektivitas implementasi SKP.5**

- **Rumah sakit dapat menggunakan data PPI selama aktivitas ini jika data yang ditampilkan memang relevan dengan diskusi tersebut.**
- **Diskusi dapat berlangsung seputar pasien yang sudah dimasukkan dalam surveilans PPI ataupun pasien yang belum dikonfirmasi memenuhi kriteria untuk masuk dalam sistem surveilans PPI. Sebagai tambahan untuk skenario surveyor, rumah sakit diundang untuk memberikan contoh-contoh kasus yang akan menggarisbawahi berbagai aspek PPI. Beberapa skenario yang akan diinginkan oleh surveyor untuk didiskusikan lebih lanjut, dapat mencakup hal-hal berikut ini:**

Pasien dengan demam tanpa sebab yang jelas (FUO=fever of unknown origin)

- **Pasien dengan infeksi pascaoperasi**
- **Pasien yang masuk rumah sakit pascaoperasi**
- **Pasien yang mendapat antibiotik yang baru ditambahkan dalam formularium (terutama pasien yang memiliki hasil kultur dan uji sensitivitas, data kadar obat dalam darah dan/atau penanda laboratorium lain yang digunakan untuk menentukan dosis obat)**
- **Pasien yang ditempatkan di ruang isolasi karena imunokompromais**

- **Pasien yang dirawat di ruang isolasi akibat penyakit infeksius. Jika tidak mudah diidentifikasi, pertimbangkan pasien dengan diagnosis berikut ini (daftar ini bukan merupakan daftar lengkap): varisela, tuberkulosis paru, penyakit HiB invasif, penyakit meningokokus, penyakit pneumokokus yang resisten obat, pertusis, gondongan, mikoplasma, rubela, MRSA, Enterokokus resisten vankomisin, Clostridium difficile,, enterovirus, dan penyakit infeksi kulit (impetigo, kutu, dan skabies)**
- **Praktek PPI di unit emergensi**
- **Pasien yang ditempatkan di ruang isolasi karena imunokompromais**
- **Perubahan terkini pada fisik fasilitas gedung yang memiliki dampak terhadap praktik PPI**
- **Pasien dengan tuberkulosis aktif**



10 mei 2017

TELUSUR

- **Telusur yang ada pada instrumen akreditasi SNARS i ini adalah untuk mengetahui pemenuhan elemen standar dari setiap elemen penilaian. Telusur ini memandu surveior untuk mencari bukti pemenuhan setiap elemen penilaian dari setiap standar sebagai berikut :**

- (R) =
- ◆ Surveior agar menelusuri **regulasi yang sudah disusun rumah sakit.**
 - ◆ Bila pada EP disebutkan regulasi meliputi/terdiri **dari a) sampai atau 1) sampai**, maka untuk menilai kelengkapan regulasi tersebut, surveior agar melihat yang **ada pada maksud dan tujuan.**
 - ◆ Bila kolom telusur tertulis **regulasi tentang** maka regulasi yang ditelusuri tidak harus semua regulasi harus ada **atau TIDAK HARUS** ada kebijakan, ada pedoman, ada panduan, ada SPO dan ada program **TETAPI** dapat salah satu atau lebih, yang perlu diperhatikan oleh surveior adalah isi dari regulasi harus mengacu yang ada di maksud dan tujuan dan peraturan-perundang-undangan terkait.
 - ◆ Bila pada kolom telusur tertulis **pedoman tentang**, maka regulasi yang ditelusuri adalah **berbentuk pedoman.** Untuk mengetahui isi pedoman yang benar, surveior agar melihat maksud dan tujuan dan peraturan-perundang-undangan terkait.

(R)

=

- ◆ Bila pada kolom telusur tertulis **pedoman pengorganisasian**, maka regulasi yang ditelusuri, adalah berbentuk pedoman pengorganisasian. Untuk mengetahui isi pedoman pengorganisasian yang benar, surveior agar melihat maksud dan tujuan dan peraturan-perundangan-undangan terkait.
- ◆ Bila pada kolom telusur tertulis **pedoman pelayanan**, maka regulasi yang ditelusuri, adalah berbentuk pedoman pelayanan. Untuk mengetahui isi pedoman pelayanan yang benar, surveior agar melihat maksud dan tujuan dan peraturan-perundangan-undangan terkait.
- ◆ Bila pada kolom telusur **tertulis program**, maka regulasi yang ditelusuri, adalah **berbentuk program**. Untuk mengetahui isi program yang benar, surveior agar melihat maksud dan tujuan dan peraturan-perundangan-undangan terkait.
- ◆ Bila pada kolom telusur tertulis **struktur organisasi**, maka regulasi yang ditelusuri, adalah berbentuk bagan organisasi yang dilengkapi dengan uraian tugas dan wewenana

(D) = Surveior agar menelusuri bukti-bukti pelaksanaan proses kegiatan/pelayanan sesuai yang dipersyaratkan pada elemen penilaian, yang dapat berupa bukti-bukti sebagai berikut :

- **Bukti tentang**
- **Bukti pelaksanaan pelatihan tentang:
TOR, Undangan, daftar hadir, materi, laporan, evaluasi, sertifikat**
- **Bukti rapat tentang(UMAN = undangan, materi, absensi notulen)**
- **Bukti pelaksanaan tentang**
- **Bukti kualifikasi sesuai persyaratan jabatan pada file pegawai**
- **Bukti usulan tentang**
- **Bukti pelaksanaan orientasi khusus:
TOR, daftar hadir, evaluasi peserta, laporan pelaksanaan orientasi**

(D) = Surveior agar menelusuri bukti-bukti pelaksanaan proses kegiatan/pelayanan Bukti pelaksanaan orientasi umum:

TOR, daftar hadir, materi dan narasumber meliputi perumahsakit, mutu, keselamatan pasien, PPI, serta evaluasi peserta, laporan pelaksanaan orientasi

- **Bukti materi tentang ...**
- **Bukti laporan tentang ...**
- **Bukti tentang, berupa a.l.**
- **Bukti sertifikat**
- **Bukti supervisi:**
 - **Bukti form check list (ceklis)**
 - **Bukti pelaksanaan supervisi**

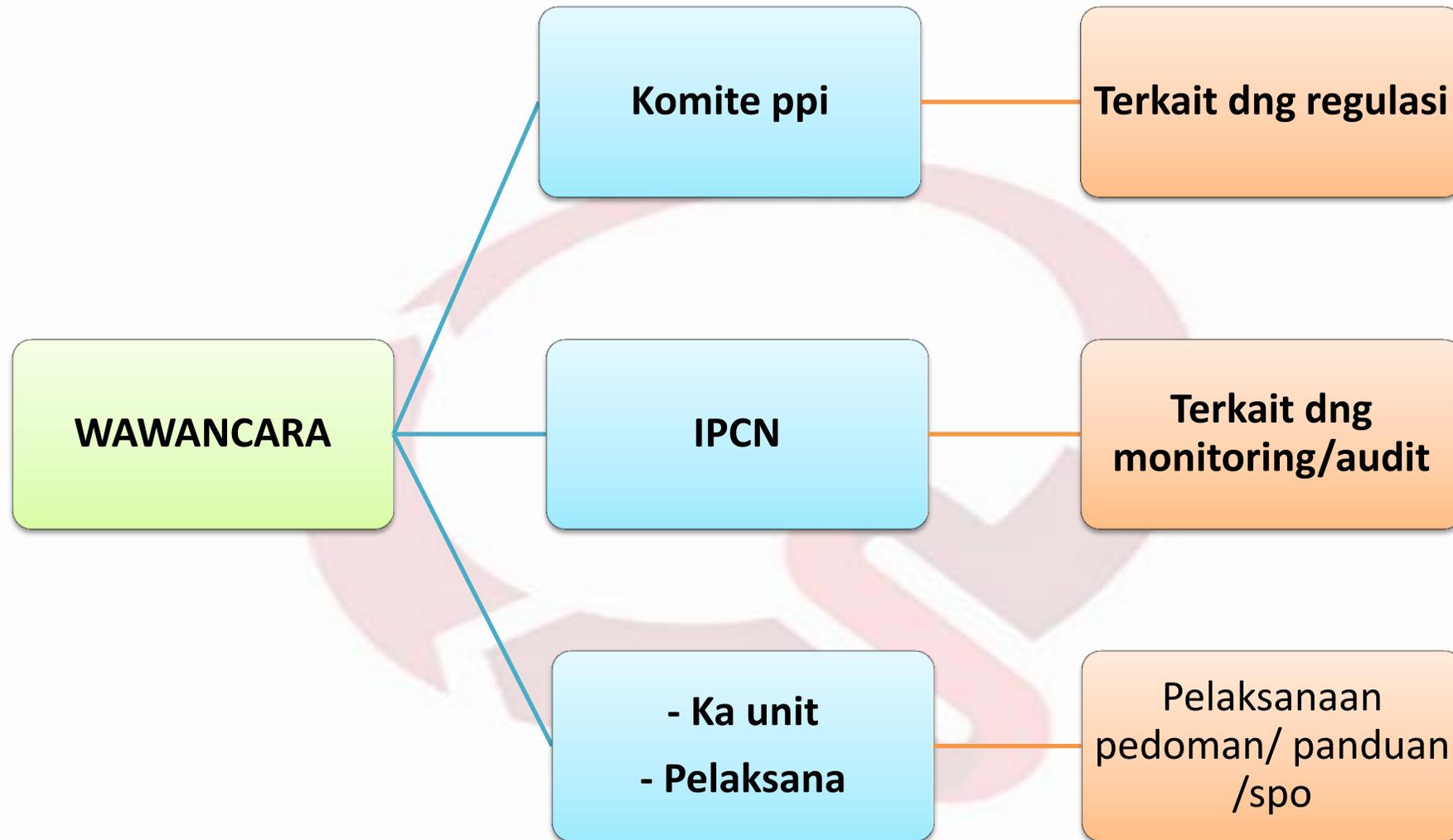
- (O) =**
- ◆ Untuk mendapatkan bukti pelaksanaan kegiatan atau pelayanan sudah sesuai dengan regulasi maka surveior dapat melihat atau melakukan observasi proses kegiatan atau pelayanan.
 - ◆ Observasi ini dapat juga merupakan cross check bukti pelaksanaan kegiatan, bisa juga dipergunakan untuk memvalidasi dokumen hasil audit/supervisi. Misalnya : hasil audit hand hygiene RS = 90 %, surveior akan melakukan observasi pelaksanaan hand hygiene dengan menggunakan sampel, dari hasil observasi tersebut berapa kepatuhan RS dapat diketahui. Misal dari 10 sampel hanya 5 orang yang melakukan hand hygiene dengan benar.

- (S)** =
- ◆ Untuk mendapatkan bukti bahwa staf rumah sakit sudah dapat melaksanakan kegiatan atau pelayanan sesuai dengan regulasi maka surveior dapat meminta staf rumah sakit untuk memeragakan proses kegiatan/pelayanan dengan mengacu persyaratan yang ada di EP.
 - ◆ Meminta staf RS untuk memeragakan kegiatan/ pelayanan dapat juga merupakan cross check bukti pelaksanaan kegiatan atau bukti staf RS sudah mengikuti pelatihan sehingga mampu memperagakan kegiatan tersebut, misalnya simulasi penggunaan APAR. Simulasi juga dapat dipergunakan untuk mengetahui apakah pelatihan sudah dilaksanakan dengan benar. Misalnya : hasil audit hand hygiene RS = 90 %, surveior melakukan observasi pelaksanaan hand hygiene, untuk cross check, misalnya berdasarkan observasi hanya 50 %, dan setelah surveior meminta simulasi hanya 50 % staf RS yang mampu melaksanakan, padahal bukti dokumen pelatihan hand hygiene sudah 100 %. Maka bukti pelatihan tersebut tidak valid.

Catatan

- **Observasi untuk kegiatan yang bersifat masal, misalnya hand hygiene, penggunaan APD, dll maka sampel minimal 10.**
- **Simulasi untuk kegiatan yang bersifat masal misalnya hand hygiene, penggunaan apar maka sampel minimal 10. Simulasi RJP minimal 3, simulasi code blue, code red minimal 1**

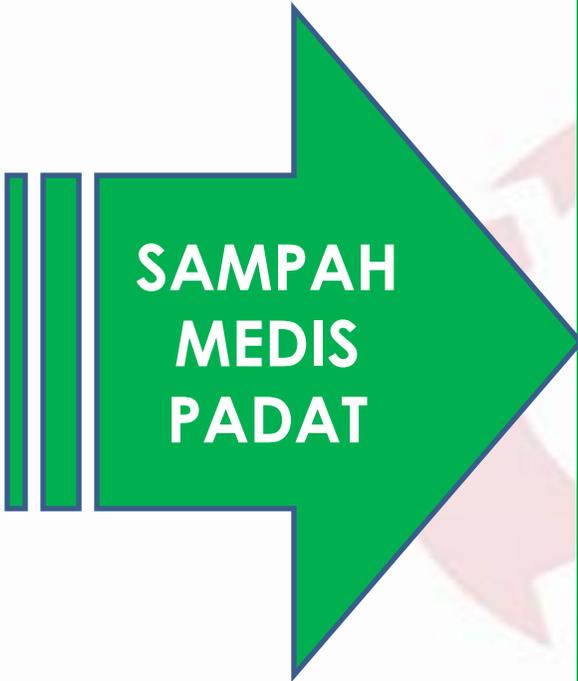
- (W) =**
- ◆ **Surveior melakukan wawancara berdasarkan sasaran wawancara yang tertulis di telusur.**
 - ◆ **Wawancara dipergunakan untuk lebih memastikan bahwa kegiatan/pelayanan sudah dilaksanakan dan sudah sesuai dengan regulasi.**
 - ◆ **Wawancara juga dapat dipergunakan untuk melakukan cross check dengan kegiatan yang sudah dilaksanakan. Sebagai contoh : MFK 11 RS sudah menyelenggarakan pelatihan MFK, pada MFK 11.1 EP 1 : staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan peran mereka dalam menghadapi kebakaran (W,S), dengan melakukan wawancara dan meminta staf simulasi maka dapat merupakan cross check apakah pelatihan tersebut sudah dilakukan dengan benar atau belum.**



PEMBUANGAN SAMPAH

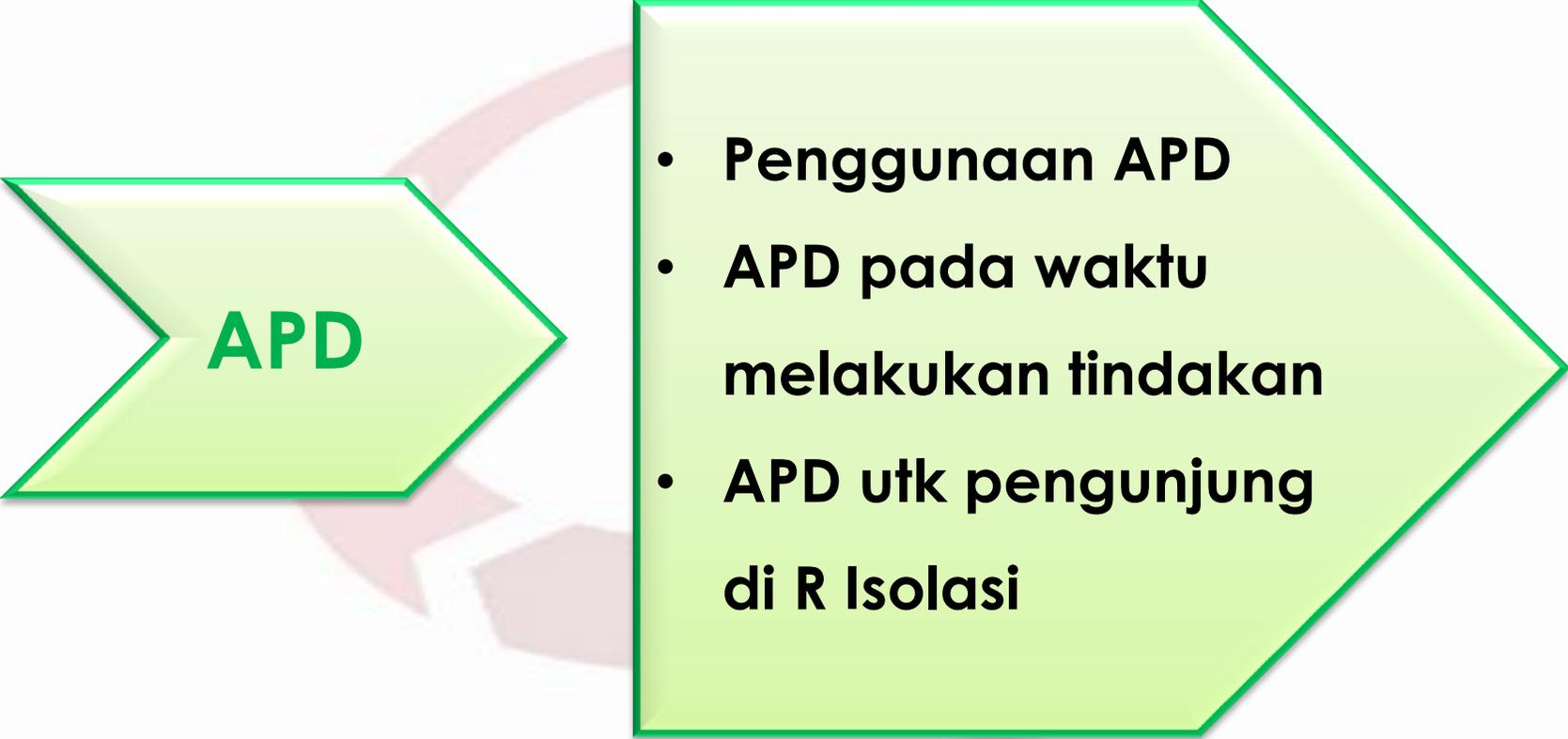


- **Tempat sampah infeksius & non infeksius → Tempat sampah & isinya agar dilihat.**
- **Tempat sampah untuk benda tajam dan jarum**
- **Observasi pengambilan sampah di unit-unit**
- **Observasi transportasi sampah dari unit ke TPS**
- **TPS B-3 → tempat penyimpanan sampah B-3**
- **Spill kit untuk pembersihan cairan tubuh dan darah**
- **dll**



SAMPAH MEDIS PADAT

- **Sampah infeksius,**
- Sampah patologi,
- **Sampah benda tajam,**
- Sampah farmasi,
- Sampah sitotoksis,
- Sampah kimiawi,
- Sampah radioaktif,
- Sampah kontainer bertekanan,
- Sampah dengan kandungan logam berat yang tinggi



APD

- **Penggunaan APD**
- **APD pada waktu melakukan tindakan**
- **APD utk pengunjung di R Isolasi**



HAND HYGIENE

- 1. Observasi 5 moment**
- 2. Minta staf RS,
mahasiswa, tenaga
outsourcing untuk
simulasi/peragaan
cuci tangan**
- 3. Lihat fasilitas hand
hygiene yang
tersedia**

UNIT PELAYANAN RAWAT JALAN

FOKUS TELUSUR	STANDAR	REKOMENDASI
Data surveillance (Poli Bedah)		
Sterilisasi alat (Poli Gigi) → bila ada		
Alat single use-reuse (bila ada)		
Peralatan kadaluwarsa		
Pembuangan sampah infeksius, cairan tubuh, darah , komponen darah, benda tajam & jarum		
Penggunaan APD		
Implementasi Hand hygiene		
Diklat PPI utk Staf & pasien		
Penyimpanan obat injectie		

UNIT RAWAT INAP

FOKUS TELUSUR	STANDAR	REKOMENDASI
Data surveillance		
Sterilisasi alat (bila ada)		
Alat single use-reuse (bila ada)		
Peralatan kadaluwarsa		
Pembuangan sampah infeksius, cairan tubuh, darah , komponen darah, benda tajam & jarum		
Ruang isolasi		
Penggunaan APD		
Implementasi Hand hygiene		
Diklat PPI utk Staf & pasien (wawancara)		
Manajemen linen		
Pemberian cairan/obat IV & penyimpanan obat		

RUANG ISOLASI

FOKUS TELUSUR	CATATAN	REKOMENDASI
Data surveillance		
Sterilisasi alat (bila ada)		
Alat single use-reuse (bila ada)		
Peralatan kadaluwarsa		
Pembuangan sampah infeksius, cairan tubuh, darah , komponen darah, benda tajam & jarum		
Lay out ruangan & penempatan pasien		
Penggunaan APD		
Hand hygiene		
Diklat PPI utk Staf & pasien		
Manajemen linen		
Pemberian cairan/obat IV		



**RUANG
ISOLASI**

- **Lokasi**
- **Ventilasi**
- **Anteroom**
- **APD pengunjung**
- **Kesesuaian pasien yang di isolasi**

UNIT PELAYANAN ICU/NICU/PICU/ICCU

FOKUS TELUSUR	STANDAR	REKOMENDASI
Data surveillance		
Sterilisasi alat (bila ada)		
Alat single use-reuse (bila ada)		
Peralatan kadaluwarsa		
Pembuangan sampah infeksius, cairan tubuh, darah , komponen darah, benda tajam & jarum		
Ruang isolasi		
Penggunaan APD		
Implementasi Hand hygiene		
Diklat PPI utk Staf (wawancara)		
Manajemen linen		
Pemberian cairan/obat IV		

UNIT PELAYANAN RADIOLOGI

FOKUS TELUSUR	STANDAR	REKOMENDASI
Peralatan kadaluwarsa		
Pembuangan sampah infeksius, cairan tubuh, darah , komponen darah, benda tajam & jarum		
Penggunaan APD		
Implementasi Hand hygiene		
Diklat PPI utk Staf (wawancara		
Pemberian cairan kontras		

UNIT PELAYANAN FARMASI

FOKUS TELUSUR	STANDAR	REKOMENDASI
Pencampuran obat Chemoterapi		
Pencampuran obat suntik (bila sudah dilaksanakan di farmasi.		
Penanganan peralatan kadaluwarsa		
Pembuangan sampah cytotoxic, benda tajam & jarum		
Penggunaan APD		
Implementasi Hand hygiene		
Diklat PPI utk Staf (wawancara)		

UNIT PELAYANAN LABORATORIUM

FOKUS TELUSUR	STANDAR	
Alat single use-reuse (bila ada)		
Peralatan kadaluwarsa		
Pembuangan sampah infeksius, cairan tubuh, darah , komponen darah, benda tajam & jarum		
Penggunaan APD		
Implementasi Hand hygiene		
Diklat PPI utk Staf (wawancara)		

UNIT PELAYANAN GIZI

FOKUS TELUSUR	STANDAR	
Penerimaan bahan makanan		
Penyimpanan bahan makanan		
Persiapan		
Pengolahan		
Penyajian		
Distribusi		
Pencucian peralatan alat makan (ineksius & non infeksius)		
Penyimpanan peralatan & alat makan		
Pembuangan sampah		
Penggunaan APD		
Implementasi Hand hygiene		

UNIT PELAYANAN LAUNDRY

FOKUS TELUSUR	CATATAN	
Alur linen kotor & infeksius		
Pencucian linen infeksius		
Pengeringan dng mesin		
Penyeterikaan		
Pengemasan		
Penyimpanan		
Alur Distribusi		
Lay out bangunan		

UNIT PELAYANAN ENDOSCOPY

FOKUS TELUSUR	STANDAR	REKOMENDASI
Pembersihan alat		
Sterilisasi alat – high-level desifectant		
Penyimpanan Alat		
Pembuangan sampah infeksius, cairan tubuh, darah , komponen darah, benda tajam & jarum		
Penggunaan APD		
Hand hygiene		
Diklat PPI utk Staf		

UNIT PELAYANAN YANG HARUS DIKUNJUNGI

FOKUS TELUSUR	STANDAR	REKOMENDASI
Pencucian alat single use-re use		
Sterilisasi alat single use-re use		
Peralatan kadaluwarsa		
Pembuangan sampah infeksius, cairan tubuh, darah , komponen darah, benda tajam & jarum		
Penggunaan APD		
Implementasi Hand hygiene		
Diklat PPI utk Staf (wawancara)		
Manajemen linen (bila ada)		

UNIT PELAYANAN BANK DARAH

FOKUS TELUSUR	STANDAR	REKOMENDASI
Sterilisasi alat (bila ada)		
Alat single use-reuse (bila ada)		
Peralatan kadaluwarsa		
Pembuangan sampah infeksius, cairan tubuh, darah , komponen darah, benda tajam & jarum		
Penggunaan APD		
Implementasi Hand hygiene		
Diklat PPI utk Staf (wawancara)		

UNIT PELAYANAN KAMAR OPERASI

FOKUS TELUSUR	STANDAR	REKOMENDASI
Sterilisasi alat (bila ada)		
Alat single use-reuse (bila ada)		
Peralatan kadaluwarsa		
Pembuangan sampah infeksius, cairan tubuh, darah , komponen darah, benda tajam & jarum		
Penggunaan APD		
Hand hygiene		
Diklat PPI utk Staf		
Manajemen linen		
Lay out bangunan		

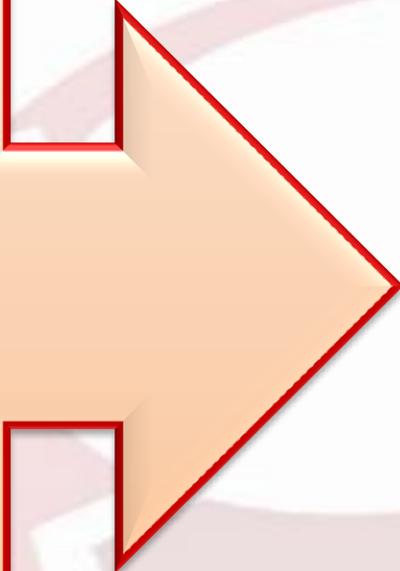
UNIT PELAYANAN KAMAR BERSALIN

FOKUS TELUSUR	STANDAR	REKOMENDASI
Sterilisasi alat (bila ada)		
Alat single use-reuse (bila ada)		
Peralatan kadaluwarsa		
Pembuangan sampah infeksius, cairan tubuh, darah , komponen darah, benda tajam & jarum		
Penggunaan APD		
Hand hygiene		
Diklat PPI utk Staf		
Manajemen linen		

UNIT PELAYANAN CSSD

FOKUS TELUSUR	STANDAR	REKOMENDASI
Pembersihan alat & dekontaminasi		
Pengemasan		
Sterilisasi		
Penyimpanan		
Pembuangan sampah infeksius, cairan tubuh, darah , komponen darah, benda tajam & jarum		
Pemeriksaan sterilisator		
Penggunaan APD		
Hand hygiene		
Diklat PPI utk Staf		
Manajemen linen		

TELUSUR STERILISASI



- 1. Pembersihan alat**
- 2. Decontaminasi alat**
- 3. Pengemasan alat**
- 4. Sterilisasi alat**
- 5. Penyimpanan alat**
- 6. Monitoring alat**

UNIT PELAYANAN KAMAR JENAZAH

FOKUS TELUSUR	STANDAR	REKOMENDASI
Penanganan Jenazah infectious		
Penanganan jenazah		
Pembuangan sampah infeksius, cairan tubuh, darah , komponen darah, benda tajam & jarum		
Penggunaan APD		
Hand hygiene		
Diklat PPI utk Staf		

UNIT PELAYANAN YANG HARUS DIKUNJUNGI

- **Incenerator**
- **IPAL**
- **TPS B-3**



CONTOH PERTANYAAN UNTUK IPCN

- Bagaimana anda melakukan monitoring kepatuhan hand hygiene pada staf, pengunjung dan pasien ?
- Apakah anda intervensi, bila anda mengetahui pedoman PPI RS tidak sesuai dengan ketentuan ?, Apa yang anda lakukan ?
- Bagaimana anda melakukan edukasi pasien dan keluarga berkaitan dengan hand hygiene dan prinsip-2 dan syarat-2 PPI ?
- Bagaimana anda mendokumentasi kegiatan edukasi tsb ?
- Apa APD yang dipersyaratkan bila perawat memasuki ruang isolasi atau ruang perawatan pasien ?

PELAKSANA

- **Mohon anda mendemonstrasikan cara cuci tangan**
- **Mohon dijelaskan bagaimana bila ada pasien dengan airborne disease ? Bagaimana bila tidak ada ruangan tekanan negatif**
- **Mohon cara anda memonitor tekanan negative ruangan tersebut?**
- **Dapatkah anda demonstrasikan cara pembersihan alat**

CONTOH TELUSUR KE RUANG DIAGNOSTIK

- **Ceritakan pada saya proses pencucian scope kolonoskopi & gastroskopi ?**
- **Bagaimana cara penyiapan cydek untuk pencucian scope yg selama ini anda lakukan?**
- **Apa yang anda lakukan terhadap sampel specimen pasien yg telah diambil?**
- **Ceritakan apa yang anda lakukan bila terpapar cairan tubuh / darah dan benda tajam.**
- **Bagaimana anda mengetahui bahwa sampel yang diambil adalah kepunyaan Tn B?**
- **Dapatkah anda menceritakan sistim pemantauan pembuangan limbah air bekas pencucian scope kolonoskopi?**

SURVEILLANCE

- **Ceritakan peran Pimpinan RS dalam program pencegahan dan pengendalian infeksi, dan area mana saja yang menjadi sasaran dalam program tersebut?**
- **Bagaimana RS membentuk Tim yang mengawasi program pencegahan dan pengendalian infeksi. Ceritakan dari persiapan, kualifikasi individu, sampai terbentuknya tim tersebut.**
- **Ceritakan sebagai surveillance kegiatan apa saja yang saudara lakukan.**
- **Tindakan apa yang dilakukan apabila menemukan pasien dengan keluhan nyeri disekitar jarum infus dan febris.**

CSSD & LAUNDRY

- **Perlihatkan kepada kami pengelolaan peralatan yang habis dipakai mulai pencucian, s/d pengepakan dan penyimpanan**
- **Ceritakan perjalanan linen dari ruangan ke laundry, dan sebaliknya dari laundry ke ruangan.**
- **Bila ada pasien yang infeksius bagaimana memperlakuan linen bekas pasien tersebut.**

Kamar Operasi

- **Sesudah dilakukan operasi kotor ceritakan bagaimana anda melakukan pembersihan terhadap, ruangan, peralatan, linen dan lain2.**
- **Bagaimana anda menjaga agar kamar operasi tetap dalam keadaan steril, dan bagaimana menjadwal pembersihan total kamar operasi.**
- **Ceritakan bagaimana menjaga agar semua peralatan kamar operasi selalu siap pakai.**



10 mei 2017