



**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
NOMOR : 056/PER/DIR/RSMU/I/2017  
TANGGAL : 17 JANUARI 2017  
TENTANG  
KEBIJAKAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

- Menimbang** : 1. Bahwa dalam rangka melaksanakan pelayanan dan mutu serta keselamatan pasien di RS Mata Undaan Surabaya maka perlu adanya Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RS Mata Undaan.
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;  
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;  
3. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan lainnya Depkes RI Tahun 2009;  
4. Pedoman Surveilans infeksi Kemenkes RI Tahun 2011;  
5. Pedoman Manajerial Ppi Perdalin Tahun 2008;  
6. Pedoman Instalasi Pusat Sterilisasi Departemen Kesehatan RI Tahun 2009;  
7. Pedoman Manajemen Linen Depkes Tahun 2004;  
8. Pedoman Sanitasi Rumah Sakit di Indonesia Tahun 2002;  
9. Pedoman *Hand Hygiene* WHO;  
10. Kepmenkes RI Nomor 1335/Menkes/SK/X/2002 tentang Standar Operasional Pengambilan dan Pengukuran Sampel Kualitas Udara Rumah Sakit;  
11. Kepmenkes RI Nomor 876/Menkes/SK/VIII/2001 tentang Pedoman Teknis Analisis Dampak Kesehatan Lingkungan;  
12. Kepmenkes RI Nomor 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit;  
13. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata (P4M) Nomor: 343/P4M/SK/X/2014 tentang Pengangkatan Direktur Penanggung Jawab Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

**MEMUTUSKAN**

- Menetapkan** :
- Kesatu** : Memberlakukan Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
- Kedua** : Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya sesuai dengan lampiran pada Peraturan Direktur ini.
- Ketiga** : Dengan adanya Peraturan Direktur ini, Keputusan sebelumnya menjadi tidak berlaku lagi.



RS Mata Undaan  
Care and Smile

- Keempat** : Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan disosialisasikan kepada unit terkait.
- Kelima** : Apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam peraturan ini, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 17 Januari 2017  
Direktur,



dr. Bambang Samudra, M.Kes



**LAMPIRAN**  
**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN**  
**NOMOR : 056/PER/DIR/RSMU/I/2017**  
**TANGGAL : 17 JANUARI 2017**  
**TENTANG**  
**KEBIJAKAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)**  
**DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

**A. KEBIJAKAN UMUM**

1. Pimpinan RS menyusun dan menetapkan program yang komprehensif untuk mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan pada pasien dan tenaga pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan dan kompleksitas rumah sakit.
2. Pimpinan RS menetapkan program pencegahan dan pengendalian infeksi berdasarkan ilmu pengetahuan terkini, pedoman praktek yang sesuai dengan peraturan dan perundangan yang berlaku, dan standar sanitasi dan kebersihan, pembuangan sampah, benda tajam dan jarum.
3. Pimpinan RS menetapkan sumber daya yang cukup untuk mendukung program pencegahan dan pengendalian infeksi.
4. Penyusunan regulasi pencegahan dan pengendalian infeksi wajib mengacu pada Pedoman Manajerial PPI dan Pedoman PPI lainnya yang dikeluarkan oleh Kemenkes RI.

**B. KEBIJAKAN KUSUS**

Kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi di RS Mata Undaan Surabaya meliputi :

**1. Program kepemimpinan dan koordinasi**

a. Organisasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

- 1) Dalam rangka menjaga keselamatan pasien, pengunjung dan petugas Rumah Sakit terhadap penularan infeksi yang terjadi di Rumah Sakit, Rumah Sakit Mata Undaan melaksanakan kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi.
- 2) Dalam rangka mewujudkan koordinasi kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang baik, Direktur membentuk Tim Pencegahan dan Pengendalian infeksi yang bertanggung jawab langsung kepada Direktur Rumah Sakit Mata Undaan.
- 3) Komite PPI mempunyai tugas, fungsi dan kewenangan yang jelas sesuai dengan Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan lainnya yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2008.
- 4) Kegiatan PPI dikelola dan diintegrasikan kepada kegiatan struktur dan fungsional di semua unit, serta menjadi tanggung jawab semua staf dan karyawan.

b. Rumah Sakit Mata Undaan menunjuk IPCN (*Infection Prevention Control Nurse*) purna waktu agar pelaksanaan kegiatan PPI dapat berjalan dengan lebih efektif. Dalam menjalankan kegiatannya, IPCN dibantu oleh IPCLN (*Infection Prevention Control Link Nurse*) dan IPCLS (*Infection Prevention Control Link Staf*) yang ada disetiap unit kerja.



## 2. Fokus Program

### a. Surveilans Infeksi

Dilakukan secara sistemik oleh IPCN dan IPCLN untuk menggambarkan tingkat kejadian berbagai penyakit sesuai Panduan Surveilans Infeksi Rumah Sakit (Kemenkes).

#### 1. Target Surveilans Yaitu :

##### a. Indikator klinik :

1. Prosedur dan penggunaan alat intubasi pada tindakan general anestesi.
2. Infeksi saluran kencing yang disebabkan prosedur pemasangan alat cateter urine.
3. Kejadian plebitis pada setiap pemasangan vena line.
4. Infeksi Daerah Operasi (IDO). IDO yang dijadikan target surveilans adalah endophtalmitis yang terjadi pada pasien post operasi bersih katarak fisiologis dengan penanaman Intra Okular Lens yang dilakukan dan kontrol di RS Mata Undaan sampai dengan 30 hari paska Tindakan.

2. Kegiatan Analisis, evaluasi, rekomendasi berdasarkan data surveilans oleh komite PPI dibawah kordinator Infektion Prevention Control Officer/ Infection Prevention Control Doctor (IPCO/IPCD) untuk tujuan pengendalian , manajemen resiko dan tindak lanjut.
3. Pengendalian angka infeksi RS menggunakan target sasaran sesuai program PPI. Sasaran angaka infeksi RS dievaluasi maksimal tiap tahun atau bila ditemukan perubahan trend data infeksi atau Kejadian Luar Biasa (KLB).
4. Laporan infeksi RS disampaikan Komite PPI kepada Direksi setiap bulan.
5. Kultur mikrobiologi dilakukan pada setiap kasus yang diduga infeksi RS/HAI's (*Healthcare Associate Infektion's*).
6. Kejadian Luar Biasa (KLB) terkait infeksi ditetapkan oleh Direktur RS dengan mempertimbangkan masukan dan pendapat Komite PPI RS pada adanya kejadian Endophtalmitis dari pasien post operasi bersih yang dilakukan secara sinergi dan berkesinambungan antar unit, manajemen dan komite PPI.
7. Setiap unit, baik klinis maupun klinis membuat Infection Control Risk Assasment (ICRA) sebagai manajemen resiko pencegahan infeksi, minimal satu tahun sekali, untuk kemudian dilakukan rekapitulasi oleh komite PPI untuk dianalisa dan ditindaklanjuti.

### b. Penggunaan Antibiotik Rasional

1. Dilaksanakan oleh RS melalui Komite Farmasi dan Terapi (KFT), dengan melibatkan Komite PPI dan unit terkait.
2. Kebijakan mengacu kepada kebijakan KFT.
3. Terapi antibiotic secara empiris digunakan untuk kasus infeksi yang belum diketahui jenis bakteri penyebabnya hingga didapatkan hasil kultur.
4. Pemakaian profilaksis.
  - a. Pemberian diberikan secara intravena.
  - b. Waktu pemberian diberikan  $\leq 30$  menit sebelum tindakan pembedahan, Idealnya diberikan pada saat induksi anestesi.



- c. Rekomendasi kategori operasi pemberian profilaksis.
  - Operasi katarak termasuk rekomendasi A (highly recommended)
  - Glukoma atau corneal grafts termasuk rekomendasi B (recommended)
  - Operasi lakrimal termasuk kategori C (recommended)
  - Penetrating eye injury termasuk kategori B (recommended)
- d. Jenis profilaksis yang digunakan yakni sefalosporin generasi I–II untuk profilaksis bedah. Pada kasus tertentu yang dicurigai melibatkan bakterian aerob dapat ditambahkan metronidazol. Tidak dianjurkan menggunakan sefalosporin generasi III dan IV, golongan karbapenem, dan golongan kuinolon untuk profilaksis bedah.

**c. Sterilisasi Alat/Instrumen Kesehatan Paska Pakai**

Dilakukan secara fisika dan kimiawi. Langkah-langkah yang digunakan adalah pre cleaning, dekontaminasi, pencucian, pengeringan, pengemasan, labeling, pemberian indicator, sterilisasi, penyimpanan, transportasi, distribusi, pemantauan dan monitoring kualitas, dan dibawah koordinasi dan tanggung jawab Unit Sterilisasi Instalasi Kamar Operasi.

1. Alat yang telah selesai digunakan, diletakkan dalam container tertutup, dan dikirimkan ke ruang sterilisasi untuk dilakukan pre cleaning. Pre cleaning ulang dilakukan dengan cara membilas alat dengan air panas mengalir, sampai residu yang menempel pada alat terlihat hilang.
2. Sterilisasi hanya dilakukan di Unit Sterilisasi di Kamar Operasi, sesuai dengan pedoman sterilisasi.
3. Proses sterilisasi alat/instrument paska pakai dipilih berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan. Peralatan resiko tinggi/kritikal harus dilakukan sterilisasi, peralatan semi kritis dilakukan sterilisasi atau desinfeksi tingkat tinggi (DTT), peralatan non kritis dilakukan desinfeksi tingkat rendah.
4. Kriteria pemilihan desinfektan didasari telaah yang cermat, pada desinfektan yang memiliki spectrum luas dengan daya bunuh mikroorganisme yang tinggi dan toksisitas pada petugas cukup rendah, waktu desinfeksi relative singkat, stabil saat disimpan dalam jangka waktu tertentu dan tidak merusak bahan, serta efisien.
5. Proses sterilisasi desinfeksi alat dikategorikan menjadi :
  - a. Peralatan kritis/resiko tinggi: adalah peralatan yang masuk ke dalam jaringan tubuh atau ke dalam sirkulasi darah, misalnya instrument bedah, spuit, dsb, peralatan ini harus dilakukan sterilisasi.
  - b. Peralatan semikritis /Resiko sedang adalah peralatan yang kontak dengan membrane mukosa tubuh, misalnya Endotracheal Tube (ET). Peralatan semikritis ini disarankan disterilisasi namun tidak mutlak dan desinfeksi tingkat tinggi diperbolehkan.
  - c. Peralatan nonkritis/resiko rendah : adalah peralatan yang kontak dengan permukaan kulit yang utuh. Contoh; tensimeter, stetoskop, Linen, alat makan, dsb. Peralatan ini dapat dilakukan desinfeksi tingkat rendah.
6. Penyediaan desinfektan dan antiseptic di RS dilakukan oleh Instalasi Farmasi.
7. Instalasi Kamar Operasi dan CSSD adalah unit yang bertanggung jawab menyusun panduan dan SPO sterilisasi, mengkoordinasi dan melakukan monitoring serta evaluasi proses serta hasil/kualitas mutu hasil sterilisasi dengan bekerjasama dengan Komite PPI.



**d. Pengendalian Lingkungan RS**

Komite PPI bekerjasama dengan Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana (IPSP) dan bagian instalasi sanitasi lingkungan dalam upaya pengendalian lingkungan RS.

1. Baku mutu sebagai parameter pengendalian lingkungan dievaluasi secara periodic dengan parameter kimia/biologi surveilans angka dan pola kuman lingkungan berdasarkan standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.
2. Pengelolaan limbah dilaksanakan sesuai dengan pedoman pengelolaan limbah RS.
3. Kegiatan pemetaan kuman dilakukan secara periodik sebagai dasar pertimbangan pengambilan keputusan di unit lain.
4. Pelaksanaan khlorinasi pada air bersih hanya dilakukan pada kondisi UV (Ultraviolet) belum/ tidak dapat dilaksanakan.

**e. Pengkajian Resiko Infeksi Pada Renovasi dan Atau Perbaikan Kontruksi**

1. Setiap kegiatan pembangunan, demolisi dan atau renovasi bangunan yang dilakukan, harus mengutamakan keselamatan pasien, pengunjung dan petugas, dengan mengedepankan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi.
2. Pengkajian resiko infeksi dibuat berdasarkan Infection Control Risk Assesment (ICRA) yang dibuat minimal satu tahun sekali.
3. Komite PPI melakukan pengkajian resiko infeksi dan tindak lanjut, dengan berkolaborasi dengan Panitia pembangunan, Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana (IPSP), dan Komite K3.
4. Ruangan dan peralatan didalamnya yang akan digunakan setelah adanya aktivitas demolisi atau renovasi, harus dibersihkan dan didesinfeksi sesuai SPO pada semua bagian dan permukaan.
5. Ruangan dan peralatan yang ada pada area klinis harus dilakuka uji kultur setelah dibersihkan dan didesinfeksi, untuk menentukan ruangan aman digunakan atau tidak.

**f. Penggunaan Desinfektan**

1. Penggunaan desinfektan di Rumah Sakit Mata Undaan dipilih berdasarkan spectrum, kecepatan aksi, tidak beracun, tidak merusak permukaan, efek residu minimal, mudah digunakan, kurang berbau, ekonomis, mudah larut dalam air, punya kemampuan membersihkan dan tidak berpolusi.
2. Desinfeksi Lingkungan Rumah Sakit :
  - a. Permukaan lingkungan : lantai, dinding, permukaan meja, trolley, didesinfeksi dengan deterjen PH netral atau alcohol 70%.
  - b. Lingkungan yang tercemar darah atau cairan tubuh lainnya dibersihkan dengan desinfektan tingkat tinggi.
3. Desinfektan kemampuan tinggi yang digunakan di Rumah Sakit Mata Undaan adalah golongan glutaradehid dan chlorin.
4. Desinfektan kemampuan rendah yang digunakan di Rumah Sakit Mata Undaan adalah detergen pH netral dan alcohol 70%.
5. Pembersihan pada permukaan di ruang/ lingkungan menggunakan detergen pH nertal atau alcohol 70% jika permukaan tidak kontak dengan darah dan alat terinfeksi.
6. Pembersihan pada permukaan di ruang / lingkungan menggunakan desinfektan tingkat tinggi jika permukaan kontak dengan darah dan alat terinfeksi.



**g. Manajemen Linen**

1. Linen di RS Mata Undaan dibedakan menjadi linen bersih, linen steril, linen kotor infeksius dan linen kotor non infeksius.
2. Sebagai upaya pencegahan kontaminasi, transportasi linen dilakukan dengan menggunakan wadah/kantong, linen yang berbeda. Linen kotor infeksius menggunakan kantong plastic warna kuning dan linen bersih menggunakan plastik hitam.
3. Transportasi linen menggunakan trolley linen tertutup. Untuk linen kotor menggunakan trolley berwarna merah dan linen bersih menggunakan trolley berwarna biru.
4. Petugas yang melakukan kontak langsung dengan linen wajib melakukan praktik kebersihan tangan dan menggunakan APD yang sesuai.
5. Ruang Laundry, trolley, mesin cuci, lantai dan seuruh alat yang kontak dengan linen kotor dilakukan pembersihan dan desinfeksi sesuai standart prosedur operasional yang ditetapkan.
6. Pengelolaan linen dilakukan sesuai dengan panduan linen RS.

**h. Pengelolaan Makanan**

1. Semua bahan makanan yang disiapkan dan disajikan kepada pasien dan karyawan, dikelola sesuai dengan pedoman dan standart prosedur pelayanan instalasi gizi agar terhindar dari pencemaran dan penularan infeksi melalui makanan ( Sesuai standart Persyaratan Higiene Makanan dalam Kepmenkes RI).
2. Penyimpanan bahan makanan harus dalam keadaan bersih dan tertutup, terlindung dari debu, bahan kimia berbahaya, serta hewan pengganggu/vector. Suhu ruang penyimpanan disesuaikan dengan jenis bahan makanan.
3. Para petugas pejamah makanan, sejak dari ruang penyiapan bahan makanan sampai dengan penyajian, wajib memakai APD yang rasional, dan dilakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala.
4. Alat masak, alat hidang, dan alat penunjang gizi lainnya dilakukan pembersihan sesuai standart.
5. Monitoring kualitas pengelolaan makanan dilakukan dengan pemeriksaan sampel makanan air bersih, air minum dan usap alat makan.

**i. Praktek Menyuntik Yang Aman**

1. Petugas kesehatan diwajibkan membuang limbah benda tajam pada tempat yang telah disediakan yaitu safety box.
2. Petugas kesehatan tidak dianjurkan membuang limbah benda tajam sembarangan atau bercampur dengan limbah yang lain.
3. Petugas kesehatan tidak dianjurkan melakukan penutupan ulang jarum yang telah digunakan untuk mencegah kemungkinan terkena jarum / luka tusuk.
4. Petugas kesehatan wajib menutup / di plester tutup safety box jika sudah terisi 2/3 (ada tanda garis merah) pada safety box.
5. Tempatkan safety box pada tempat yang aman.
6. Petugas khusus mengambil safety box tersebut yang sudah siap untuk dibawa ke tempat penyimpanan sementara yang nantinya akan diangkut oleh pihak yang telah bekerjasama dengan rumah sakit untuk dilakukan pemusnahan.
7. Setiap karyawan yang terkena pajanan/ tertusuk jarum segera menulis di form laporan dan melaporkan kepada kepala unit masing-masing.



**j. Program PPI Untuk Pasien, Keluarga dan Pengunjung**

1. Komite PPI melibatkan seluruh karyawan, pasien, keluarga, dan pengunjung dalam programnya sebagian bentuk kepedulian. Masing-masing mempunyai peran dan kewajiban sebagai bentuk tanggung jawab bersama.
2. Pasien, keluarga dan pengunjung harus mentaati seluruh peraturan yang ada di RS terkait dengan program PPI.
3. Pasien, keluarga dan pengunjung berhak mengingatkan petugas ( perawat, dokter, dll) bila tidak melakukan kebersihan tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.
4. Perawat dan dokter wajib mengingatkan petugas lain yang tidak melakukan kebersihan tangan sesuai panduan.
5. Seluruh petugas/karyawan RS wajib berperan aktif dan turut serta dalam upaya PPI.
6. Keluarga dan pembesuk yang terindikasi dan teridentifikasi menderita infeksi mata tidak diperkenankan melakukan kontak/berkunjung pada pasien rawat inap.

**k. Penanganan Kejadian Luar Biasa**

1. Rumah sakit menetapkan bila terjadi peningkatan insiden suatu penyakit yang sebelumnya tidak pernah ada (KLB) dan membentuk satuan tugas khusus.
2. Agar kejadian luar biasa (KLB) dapat dikendalikan dan dapat ditangani secara efektif dan efisien, RS membuat system pengendalian dan penanganan KLB.
3. Deteksi dini dan pencegahan terulangnya kembali kejadian KLB dilakukan dengan surveilans.
4. Surveilans dilakukan oleh IPCN dengan kerjasama bersama IPCLN dan IPCLS. IPCN melakukan pengumpulan data, analisis, dan memberi rekomendasi tindak lanjut, dilaporkan kepada direksi sebagai bahan pertimbangan dalam mengambil keputusan dalam pencegahan dan penanganan KLB.
5. KLB ditetapkan oleh Direktur berdasarkan pertimbangan dari Tim PPI dengan mencermati analisis hasil epidemiologik.
6. Penanganan KLB dilakukan dengan cepat, terpadu, intensif dan berkesinambungan di seluruh unsur terkait, dikoordinasikan oleh Komite PPI.

**l. Pengelolaan Peralatan Kadaluarsa dan single use-reuse**

1. Berbagai macam alat dan jenis barang yang masuk dalam kategori Re-use, Single-use Devices adalah dengan berdasarkan:
  - a. Literatur atau rekomendasi dari pabrik alat medis yang memproduksi.
  - b. Single use medical devices dengan harga mahal.
  - c. Single use medical devices dengan pengadaan barang lama/ sulit.
  - d. Single use kritikal dan semi kritikal.
2. Penentuan dan bukti penandaan bahwa alat sudah menjalani proses ulang yang seberapa dilakukan oleh unit pengguna dengan sepengetahuan/ koordinasi CSSD.
3. Jumlah maksimum re-use untuk alat dan bahan single use berdasar keterangan dan penjelasan produk pabrikan.
4. PPI melakukan kontrol dan supervisi dalam penggunaannya sampai proses alat selesai digunakan dan menjalani proses dekontaminasi untuk dilakukannya proses ulang sterilisasi.



5. Penarikan perbekalan kefarmasian, dan produk nutrisi yang kadaluarsa atau rusak, dilakukan oleh instalasi farmasi.
6. Tata cara penarikan alat medis dan perbekalan farmasi mengikuti kebijakan di unit kerja terkait.

**m. Penanganan Pasien Imunocompromised**

RS Mata Undaan tidak melakukan pelayanan/ penanganan pasien dengan kondisi immunocompromised, namun demikian instalasi rawat jalan memungkinkan melayani konsultasi medis/pemeriksaan spesifik mata pada pasien dengan kondisi immunocompromised yang dikirim oleh fasilitas pelayanan kesehatan yang lain ataupun pribadi. Pelayanan konsultasi medis/ pemeriksaan spesifik pada pasien yang dijumpai dengan kondisi tersebut dilakukan dengan kewaspadaan standart, diupayakan ditempatkan dalam ruang tersendiri, dan dilakukan percepatan pelayanan.

**n. Penanganan Jenazah**

1. RS Mata Undaan menyediakan Ruang transit jenazah yang digunakan untuk pasien yang meninggal di RS Mata Undaan.
2. Jenazah ditempatkan di ruang transit jenazah, dan ditunggu selama  $\pm$  2 jam, sebelum jenazah dibawa pulang atau dilakukan pemulasaran di pelayanan pemulasaran jenazah di rumah sakit yang telah bekerjasama dengan rumah sakit Mata Undaan Surabaya.
3. Sebelum dibawa menuju ruang transit jenazah, jenazah dilakukan pelepasan alat medis.
4. Penanganan jenazah dilakukann oleh petugas dengan mengacu pada kewaspadaan standart.
5. Pembersihan dan desinfeksi ruang transit jenazah dan peralatan lain yang terkait dengan penanganan jenazah dilakukan oleh petugas kamar jenazah sesuai standart prosedur.

**o. PPI di kamar operasi**

1. PPI di kamar operasi berfokus pada keselamatan pasien dan petugas, teknik aseptic pembedahan, lingkungan dan sterilitas peralatan.
2. Kebersihan tangan dilakukan dengan teknik kebersihan tangan metode bedah, menggunakan chlorhexidine 4%.
3. APD dipakai sesuai dengan Panduan APD, untuk pembedahan bersifat steril dan sekali pakai.
4. Petugas kamar bedah memakai seragam khusus kamar operasi (selain APD) yang hanya boleh digunakan selama bekerja di kamar operasi.
5. Peralatan dibersihkan dan disterilkan sesuai dengan pedoman sterilisasi RS.
6. Pembersihan/ desinfeksi lingkungan menggunakan desinfektan sesuai kebijakan RS. Peralatan yang kontak dengan pasien dibersihkan dengan detergen pH netral/Alkohol 70% setelah selesai digunakan satu pasien.
7. Penanganan limbah sesuai dengan pedoman penanganan limbah RS.
8. Penanganan tumpahan darah atau cairan tubuh pasien dilakukan sesuai dengan SPO.
9. Persiapan dan perawatan pasien di kamar operasi mengacu kepada pedoman perioperatif RS.



**p. Perbandingan Data Dasar Infeksi (Benchmarking)**

1. Perbandingan data dasar dilakukan secara internal ( antar unit) setiap bulan, maupun eksternal (antar RS) untuk setiap tahun.
2. RS yang menjadi rujukan perbandingan data dasar khusus mata (endophthalmitis) adalah RS khusus mata yang setara / sepadan, baik di tingkat local/ nasional. Rujukan perbandingan data dasar kepatuhan praktik kebersihan tangan, adalah RS yang berada di sekitar RS Mata Undaan.
3. Komite PPI melakukan analisa terhadap data dasar perbandingan setiap 3 bulan, dan memberikan laporan dan rekomendasi kepada Direktur.

**q. Prosedur Pemisahan Pasien Infeksi**

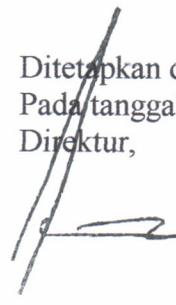
1. Bilamana pada saat pengkajian pasien baru ditemukan pasien dengan kriteria penularan airborne (TB aktif), RS akan memberikan pelayanan kesehatan mata, dan merujuk kepada rumah sakit rujukan dalam rangka penanganan dan terapi infeksi airborne (TB aktif) yang diderita.
2. Untuk pasien rawat inap yang teridentifikasi menderita infeksi dengan penularan airborne, kontak, dan droplet, RS akan merujuk kepada kewaspadaan standart transmisi.
3. Pasien di unit rawat jalan dan gawat darurat yang dengan gejala atau keluhan batuk atau diidentifikasi menderita active airborne infection, akan diberikan edukasi tentang etika batuk dan hygiene respirasi, diwajibkan memakai masker bedah, dan diupayakan ditempatkan pada ruang yang terpisah dari pasien yang lain.
4. Petugas rumah sakit memberikan pelayanan administrasi dan pelayanan medis segera bagi pasien dengan gejala dan atau keluhan batuk, suspect, atau telah diidentifikasi menderita airborne infection.
5. Pasien rawat inap dengan gejala atau keluhan batuk akan diwajibkan memakai masker, diupayakan ditempatkan di ruang isolasi atau ruang perawatan tersendiri sampai didapatkan diagnosis medis yang pasti.

**r. Teknik Barrier Dan Kebersihan Tangan**

1. Kewaspadaan Standart  
Kewaspadaan standart meliputi praktik kebersihan tangan, pemakaian APD (Alat Pelindung Diri), desinfeksi dan sterilisasi, manajemen linen, pembuangan sampah/limbah, sanitasi lingkungan, pengelolaan sampah benda tajam, praktik menyuntik yang aman, penanganan specimen terkait dengan pemeriksaan laboratorium, dan etika batuk. Kewaspadaan standart diterapkan secara menyeluruh disemua area RS dengan mengukur resiko yang dihadapi pada setiap situasi dan aktivitas pelayanan sesuai dengan Pedoman Pelayanan PPI.
2. Kewaspadaan Berdasarkan Tranmisi  
Merupakan tambahan kewaspadaan standart yang diterapkan pada pasien rawat inap yang suspect atau telah ditentukan jenis infeksiya berdasarkan transmisi kontak, droplet atau airborne. Tatalaksana administrasi meliputi percepatan akses diagnosis, pemisahan penempatan pasien, mempersingkat waktu pelayanan di rumah sakit, peyediaan fasilitas perlindungan bagi petugas, tatalaksana lingkungan, penataan alur pasien, penataan system ventilai dan mekanisme rujukan luar rumah sakit.

- a) RS menyiapkan ruang terpisah untuk pasien dengan riwayat penyerta penyakit airborne infection, droplet dan kontak
  - b) Tatalaksana perawatan pasien infeksi diterapkan berdasarkan prinsip kewaspadaan isolasi sesuai transmisi spesifiknya. Petugas menerapkan prinsip kewaspadaan kontak atau droplet, atau airborne atau kombinasinya.
  - c) Transportasi pasien infeksi dari satu unit ke unit lain harus dibatasi seminimal mungkin dan bila terpaksa harus memperhatikan prinsip kewaspadaan isolasi.
3. Kebersihan Tangan (Hand Hygiene)  
Kebersihan tangan dilakukan dengan mengacu kepada kebijakan sasaran keselamatan pasien dan panduan kebersihan tangan RS Mata Undaan.
- s. Integrasi Program Dengan PMKP**  
Komite PPI akan melakukan pelaporan data yang terkait dengan indikator mutu kepada Tim PMKP yang dilakukan tiap 1 bulan sekali, sebagai dasar pengukuran mutu dan pengambilan keputusan strategi oleh manajemen.
- t. Edukasi Staf**
1. Pendidikan dan pelatihan direncanakan dan dilakukan secara periodic, kontinyu dan berkesinambungan bekerja sama dengan HRD, Humas dan PMKP untuk menjamin semua staf dan karyawan memahami, mendukung dan berperan serta dalam program PPI RS.
  2. Seluruh karyawan baru, harus mengikuti orientasi yang didalamnya berisi materi tentang program PPI. Bagi karyawan lama, Komite PPI berkoordinasi dengan unit terkait akan mengusulkan pelatihan PPI dasar, PPI lanjutan, maupun mengadakan pelatihan PPI yang bersifat in house training.
  3. Monitoring dan evaluasi pendidikan dan pelatihan, dilakukan dengan kerjasama antara HRD, Humas dan PMKP. Hasil evaluasi akan dijadikan sebagai dasar perencanaan program selanjutnya.

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 17 Januari 2017  
Direktur,



dr. Bambang Samudra, M.Kes