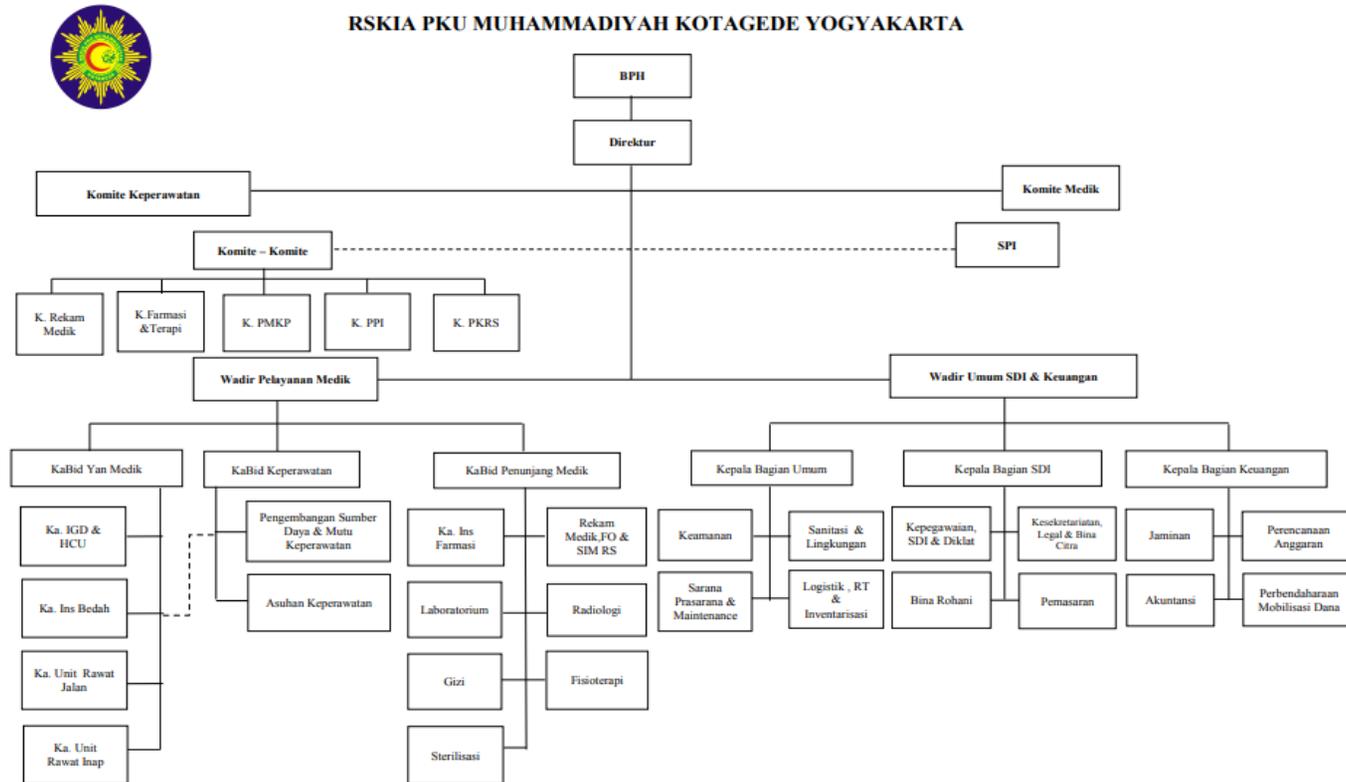


Lampiran 1

STRUKTUR ORGANISASI DAN TATA KELOLA RSKIA PKU MUHAMMADIYAH KOTAGEDE



Lampiran 2

*SURVEY* IMPLEMENTASI PPI RSKIA PKU MUHAMMADIYAH KOTAGEDE

KEPEMIMPINAN DAN TATA KELOLA						
Standar PPI 1 Ditetapkan Komite atau Tim PPI untuk melakukan koordinasi semua kegiatan PPI yang melibatkan pemimpin rumah sakit, staf klinis dan non klinis sesuai dengan ukuran, serta kompleksitas rumah sakit dan peraturan perundang-undangan.						
Elemen Penilaian PPI 1	Telusur			Skor		
1. Ada penetapan Komite atau Tim pencegahan pengendalian infeksi, dilengkapi dengan tanggung jawab dan tugas meliputi 1) sampai 4) pada maksud dan tujuan dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)	R	Regulasi tentang Komite/Tim PPI dilengkapi dengan uraian tugasnya	10 - 0	TL - TT	10	TL
2. Ada bukti kegiatan pelaksanaan koordinasi ketua Komite atau Tim PPI dengan IPCN sesuai dengan ukuran dan kompleksitas pelayanan rumah sakit. (D,W)	D  W	Bukti rapat koordinasi Komite/Tim PPI dengan IPCN, termasuk tentang: 1) Penetapan angka infeksi yang akan diukur 2) Laporan IPCN kepada Ketua Komite/Tim PPI  • Komite/Tim PPI • IPCN	10 5 0	TL TS TT	5	TS
3. Ada bukti pelaporan pelaksanaan kegiatan PPI oleh ketua organisasi kepada pimpinan rumah sakit setiap 3 bulan. (D,W).	D  W	Bukti laporan kegiatan PPI kepada Direktur RS setiap 3 bulan  • Komite/Tim PPI • Direktur RS	10 - 0	TL - TT	0	TT
			30		15/30 x 100% = 50%	

Standar PPI 2						
Ditetapkan perawat PPI/ IPCN ( <i>Infection Prevention and Control nurse</i> ) yang memiliki kompetensi untuk mengawasi serta supervisi semua kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi.						
Maksud dan Tujuan PPI 2 : Lihat SNARS 1						
Elemen Penilaian PPI 2	Telusur		Skor		Survei	
1. Rumah sakit menetapkan perawat PPI/IPCN ( <i>Infection Prevention and Control Nurse</i> ) dengan jumlah dan kualifikasi sesuai dengan regulasi. (R )	R	Regulasi tentang penetapan IPCN dengan uraian tugasnya	10 - 0	TL - TT	10	TL
2. Ada bukti perawat PPI/IPCN melaksanakan pengawasan serta supervisi semua kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi. (D,W )	D  W	Bukti supervisi IPCN: 1) Bukti form ceklis 2) Bukti pelaksanaan supervisi  • IPCN • Kepala unit/Kepala ruangan • Kepala Instalasi	10 5 0	TL TS TT	5	TS
3. Ada bukti terlaksana pelaporan perawat PPI/IPCN kepada ketua Komite/Tim PPI. (D,W)	D  W	Bukti laporan IPCN kepada Ketua/Tim PPI  • Ketua Komite/Tim PPI • IPCN	10 - 0	TL - TT	0	TT
			30		15/30 X 100%=50 %	
SUMBER DAYA						
Standar PPI 3						
Rumah sakit mempunyai perawat penghubung PPI/IPCLN ( <i>Infection Prevention and Control Link Nurse</i> ) yang jumlah dan kualifikasinya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.						
Elemen Penilaian PPI 3	Telusur		Skor		SURVEY	
1. Rumah sakit menetapkan perawat penghubung PPI/IPCLN ( <i>Infection Prevention and Control Link Nurse</i> )	R	Regulasi tentang penetapan IPCLN dengan uraian tugasnya	10 - 0	TL - TT	10	TL

dengan jumlah dan kualifikasi sesuai dengan peraturan perundang undangan (R )						
2. Ada bukti pelaksanaan tugas perawat penghubung PPI/IPCLN sesuai dengan a) sampai dengan f) pada maksud dan tujuan. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tugas perawat penghubung PPI/IPCLN	10 5 0	TL TS TT	0	TT
			20		$10/20 \times 100\% = 50\%$	
Standar PPI 4 Pimpinan rumah sakit menyediakan sumber daya untuk mendukung pelaksanaan program PPI.						
Elemen Penilaian PPI 4		Telusur		Skor		SURVEY
1. Tersedia anggaran yang cukup untuk menunjang pelaksanaan program PPI. (R)	R	Penetapan anggaran pelaksanaan program PPI	10 - 0	TL - TT	0	TT
2. Tersedia fasilitas yang cukup untuk menunjang pelaksanaan program PPI. (O,W)	O  W	Lihat fasilitas yang tersedia untuk menunjang kegiatan PPI, antara lain hand rub, tissue, APD, DII  • Komite/Tim PPI • Kepala unit/Kepala ruangan	10 5 0	TL TS TT	5	TS
3. Rumah sakit mempunyai sistem informasi untuk mendukung program PPI, khususnya terkait dengan data dan analisis angka infeksi. (D,O,W)	D  O  W	Bukti data dan analisis angka infeksi yang dihasilkan dari SIM-RS sesuai dengan MIRM 1  Lihat SIM-RS, <i>software</i> dan <i>hardware</i>  • Komite/Tim PPI • IPCN • IPCLN • Staf SIM-RS	10 5 0	TL TS TT	0	TT
4. Rumah sakit menyediakan sumber informasi dan referensi terkini	D	Bukti tersedia sumber informasi dan referensi terkini	10 5	TL TS	5	TS

sampai dengan f) pada maksud dan tujuan. (D,O,W)	O	Lihat sumber informasi dan referensi	0	TT		
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite/Tim PPI</li> <li>• IPCN</li> <li>• Staf SIM-RS</li> </ul>				
			40		10/40 x 100%= 25%	
<b>TUJUAN PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI</b>						
Standar PPI 5 Rumah sakit mempunyai program PPI dan kesehatan kerja secara menyeluruh untuk mengurangi risiko tertular infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan pada pasien, staf klinis, dan nonklinis.						
Maksud dan Tujuan PPI 5 : Lihat SNARS 1 Program PPI antara lain meliputi : a) Kebersihan tangan b) surveilans risiko infeksi c) investigasi wabah (outbreak) penyakit infeksi d) meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antimikrob secara aman; e) asesmen berkala terhadap risiko; f) menetapkan sasaran penurunan risiko (lihat juga AP 5.3) mengukur dan me- <i>review</i> risiko infeksi.						
Elemen Penilaian PPI 5		Telusur		Skor		SURVEY
1. Ada program PPI dan kesehatan kerja yang komprehensif di seluruh rumah sakit untuk menurunkan risiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan pada pasien yang mengacu dan sesuai dengan ilmu pengetahuan terkini, pedoman praktik terkini, standar kesehatan lingkungan terkini, dan peraturan perundang-undangan.		R	1) Program tentang PPI 2) Program kesehatan dan keselamatan staf sesuai dengan KKS 8.2 EP 1	10 5 0	TL TS TT	5 TS

(R)						
2. Ada bukti pelaksanaan program PPI untuk menurunkan risiko tertular infeksi pada pasien. (D,O,W,S)	D	Bukti tentang pelaksanaan program PPI meliputi a. s/d g. di maksud dan tujuan	10 5 0	TL TS TT	5	TS
	O	Lihat pelaksanaan program PPI di unit pelayanan (Hand Hygiene, APD, penempatan pasien, dll)				
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite/Tim PPI</li> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> <li>• Kepala bidang/divisi keperawatan</li> <li>• Kepala unit pelayanan/Kepala ruang</li> </ul>				
	S	Peragaan <i>hand hygiene</i>				
3. Ada bukti pelaksanaan program PPI untuk menurunkan risiko tertular infeksi pada staf klinis dan nonklinis (kesehatan kerja). (lihat juga KKS 8.4). (D,O,W,S)	D	Bukti pelaksanaan program PPI, meliputi: 1) Bukti pemeriksaan berkala pegawai 2) Bukti laporan pajanan/ tertusuk jarum 3) Bukti imunisasi 4) Bukti pengobatan dan konseling pegawai	10 5 0	TL TS TT	0	TT
	O	Lihat pelaksanaan hand hygiene dan penggunaan APD				
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite/Tim PPI</li> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> <li>• Kepala SDM</li> </ul>				
	S	Peragaan hand hygiene dan penggunaan APD				
4. Ada bukti pelaksanaan program	D	Bukti tentang pelaksanaan program PPI meliputi	10	TL	0	TT

PPI yang meliputi butir a) sampai dengan g) pada maksud dan tujuan. (D,W)	w	a. s/d g. di maksud dan tujuan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite/Tim PPI</li> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> <li>• Kepala bidang/divisi keperawatan Kepala unit pelayanan/Kepala ruang</li> </ul>	5 0	TS TT		
			40	10/40 x100%= 25%		
Standar PPI 6 Program surveilans rumah sakit menggunakan pendekatan berdasar atas risiko dalam menetapkan fokus program terkait dengan pelayanan kesehatan.						
Maksud dan Tujuan PPI 6, PPI 6.1 dan PPI 6.2 : Lihat SNARS 1 Rumah sakit mengumpulkan dan mengevaluasi data mengenai infeksi dan lokasinya yang relevan sebagai berikut: a) Saluran pernapasan, seperti prosedur dan tindakan terkait intubasi, bantuan ventilasi mekanik, trakeostomi, dan lain lain b) Saluran kencing, seperti pada kateter, pembilasan urine, dan lain lain c) Alat invasive intravaskuler, saluran vena verifer, saluran vena central, dan lain lain d) Lokasi operasi, perawatan, pembalutan luka, prosedur aseptik, dan lain lain e) Penyakit dan organisme yang penting dari sudut epidemiologik, seperti multi <i>drug resistant organism</i> , infeksi yang virulen f) Timbulnya infeksi baru atau timbul kembalinya infeksi di masyarakat.						
Elemen Penilaian PPI 6	Telusur		Skor	SURVEY		



4. Ada bukti rumah sakit membandingkan angka kejadian infeksi rumah sakit dengan kejadian di rumah sakit lain. (D,W)	D  W	Bukti pelaksanaan perbandingan angka infeksi RS dengan RS lain  • Komite/Tim PPI • IPCN	10 5 0	TL TS TT	0	TT
			40	10/40 x 100%= 25%		
Standar PPI 6.1 Rumah sakit menelusuri risiko infeksi, tingkat infeksi, dan kecenderungan dari infeksi terkait layanan kesehatan untuk menurunkan angka infeksi tersebut.						
Elemen Penilaian PPI 6.1	Telusur		Skor		SURVEY	
1. Ada bukti rumah sakit telah melakukan investigasi dan analisis risiko infeksi serta diintegrasikan dengan program mutu dan keselamatan pasien. (D,W)	D  W	Bukti pelaksanaan tentang investigasi dan analisis risiko infeksi yang diintegrasikan dengan program mutu dan keselamatan pasien  • Komite/Tim PPI • Komite/Tim PMKP • IPCN IPCLN	10 5 0	TL TS TT	10	TT
2. Ada bukti rumah sakit telah merancang ulang penurunan infeksi berdasar atas investigasi dan hasil analisis. (D,W)	D  W	Bukti penyusunan rancang ulang sebagai tindak lanjut dari EP 1  • Komite/Tim PPI • Komite/Tim PMKP • IPCN • IPCLN	10 5 0	TL TS TT	5	TT
3. Ada bukti rumah sakit telah melaksanakan rancang ulang yang ada di EP 2 (D,W)	D  W	Bukti pelaksanaan rancang ulang sebagai tindak lanjut dari EP 2  • Komite/Tim PPI • Komite/Tim PMKP	10 5 0	TL TS TT	0	TT

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> </ul>				
			30	15/30 x 100%= 50%		
<b>Standar PPI 6.2</b> Rumah sakit secara proaktif melakukan asesmen risiko infeksi yang dapat terjadi dan menyusun strategi untuk menurunkan risiko infeksi tersebut.						
<b>Elemen Penilaian PPI 6.2</b>		<b>Telusur</b>		<b>Skor</b>		<b>SURVEY</b>
1. Ada bukti rumah sakit secara proaktif melakukan asesmen risiko infeksi yang dapat terjadi paling sedikit setahun sekali. (D,W)		D	Bukti tentang asesmen risiko infeksi (ICRA) setahun sekali berupa daftar risiko	10 5 0	TL TS TT	0 TT
		W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite/Tim PPI</li> <li>• Komite/Tim PMKP</li> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> <li>• Kepala bidang/divisi</li> <li>• Kepala unit pelayanan</li> </ul>			
2. Ada bukti rumah sakit menyusun strategi untuk menurunkan risiko infeksi tersebut. (D,W)		D	Bukti penyusunan strategi penurunan infeksi (tata kelola penurunan infeksi) sebagai tindak lanjut dari EP 1	10 5 0	TL TS TT	0 TT
		W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite/Tim PPI</li> <li>• Komite/Tim PMKP</li> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> <li>• Kepala bidang/divisi</li> <li>• Kepala unit pelayanan</li> </ul>			

	20	0/20 x 100%= 0%
--	----	--------------------

PERALATAN MEDIS DAN ALAT KESEHATAN HABIS PAKAI						
Standar PPI 7 Rumah sakit melaksanakan identifikasi prosedur dan proses asuhan invasif yang berisiko infeksi serta menerapkan strategi untuk menurunkan risiko infeksi.						
Maksud dan tujuan PPI 7 dan PPI 7.1 : Lihat SNARS 1 Rumah sakit juga melakukan asesmen risiko terhadap kegiatan penunjang di rumah sakit yang harus mengikuti prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi serta melaksanakan strategi untuk menurunkan risiko infeksi, namun tidak terbatas pada a) sterilisasi alat; b) pengelolaan linen/londri; c) pengelolaan sampah; d) penyediaan makanan; e) kamar jenazah.						
Elemen Penilaian PPI 7	Telusur		Skor		SURVEY	
1. Rumah sakit menetapkan risiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif yang berisiko infeksi serta strategi untuk menurunkan risiko infeksi. (R)	R	Regulasi tentang penetapan risiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif (ICRA) seperti antara lain pencampuran obat suntik, pemberian suntikan, terapi cairan, punksi lumbal.	10 - 0	TL - TT	0	TT
2. Ada bukti identifikasi prosedur dan proses asuhan invasif serta strategi untuk menurunkan risiko infeksi. (D,W)	D	1) Bukti tentang daftar risiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif 2) Bukti strategi untuk penurunan infeksi (tata kelola risiko infeksi)	10 5 0	TL TS TT	0	TT
	W	• Komite/Tim PPI				

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite/Tim PMKP</li> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> <li>• Kepala bidang/divisi</li> <li>• Kepala unit pelayanan</li> </ul>				
3. Rumah sakit melaksanakan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif yang berisiko infeksi. (D,O,W,S)	D	Bukti strategi untuk penurunan infeksi (tata kelola risiko infeksi) sebagai tindak lanjut EP 2	10 5 0	TL TS TT	0	TT
	O	Lihat pelaksanaan pencampuran obat suntik, pemberian suntikan, terapi cairan, punksi lumbal				
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite/Tim PPI</li> <li>• Komite/Tim PMKP</li> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> <li>• Kepala unit/Kepala ruangan</li> </ul>				
	S	Peragaan pencampuran obat suntik, pemberian suntikan, terapi cairan, punksi lumbal				
4. Rumah sakit telah melaksanakan kegiatan pelatihan untuk menurunkan risiko infeksi di dalam proses-proses kegiatan tersebut. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan pelatihan tentang kegiatan untuk menurunkan risiko infeksi	10 5 0	TL TS TT	0	TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala diklat</li> <li>• Peserta pelatihan</li> </ul>				
			40		0/40 x 100%= 0%	

Standar PPI 7.1 Rumah sakit melaksanakan identifikasi prosedur dan kegiatan penunjang pelayanan yang berisiko infeksi serta menerapkan strategi untuk menurunkan risiko infeksi.						
Elemen Penilaian PPI 7.1	Telusur		Skor		SURVEY	
1. Rumah sakit menetapkan risiko infeksi pada proses kegiatan penunjang pelayanan (medik dan nonmedik) yang berisiko terjadi infeksi serta strategi pencegahannya meliputi butir a) sampai dengan e) pada maksud dan tujuan. (R)	R	Regulasi tentang penetapan risiko infeksi pada proses kegiatan penunjang pelayanan, beserta strategi pencegahannya	10 - 0	TL - TT	0	TT
2. Ada bukti identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada kegiatan sterilisasi alat. (D,W)	D  W	1) Bukti tentang daftar risiko infeksi pada prosedur dan proses sterilisasi 2) Bukti strategi untuk penurunan infeksi (tata kelola risiko infeksi)  • Komite/Tim PPI • Komite/Tim PMKP • IPCN • IPCLN • Kepala bidang/divisi • Kepala unit sterilisasi	10 5 0	TL TS TT	0	TT
3. Ada bukti identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada kegiatan pengelolaan linen/londri. (D,W)	D  W	• Bukti tentang daftar risiko infeksi pada pengelolaan linen/londri • Bukti strategi untuk penurunan infeksi (tata kelola risiko infeksi)  • Komite/Tim PPI • Komite/Tim PMKP • IPCN • IPCLN	10 5 0	TL TS TT	0	TT

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala bidang/divisi</li> <li>• Kepala unit linen/londri</li> </ul>				
4. Ada bukti identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada kegiatan pengelolaan sampah. (D,W)	D	1) Bukti tentang daftar risiko infeksi pada pengelolaan sampah 2) Bukti strategi untuk penurunan infeksi (tata kelola risiko infeksi)	10 5 0	TL TS TT	5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite/Tim PPI</li> <li>• Komite/Tim PMKP</li> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> <li>• Kepala bidang/divisi</li> <li>• IPSRS</li> </ul>				
5. Ada bukti identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada kegiatan penyediaan makanan. (D,W)	D	1) Bukti tentang daftar risiko infeksi pada penyediaan makanan 2) Bukti strategi untuk penurunan infeksi (tata kelola risiko infeksi)	10 5 0	TL TS TT	5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite/Tim PPI</li> <li>• Komite/Tim PMKP</li> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> <li>• Kepala bidang/divisi</li> <li>• Kepala gizi</li> </ul>				
6. Ada bukti identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi di kamar jenazah. (D,W)	D	1) Bukti tentang daftar risiko infeksi pada kamar jenazah 2) Bukti strategi untuk penurunan infeksi (tata kelola risiko infeksi)	10 5 0	TL TS TT	0	TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite/Tim PPI</li> <li>• Komite/Tim PMKP</li> </ul>				

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCN</li> <li>• Kepala bidang/divisi</li> <li>• Kepala kamar jenazah</li> </ul>				
		60	10/60	x	
			100%	=	
			16,67%		

<p>Standar PPI 7.2 Rumah sakit menurunkan risiko infeksi dengan melakukan pembersihan dan sterilisasi peralatan dengan baik serta mengelola dengan benar.</p>							
<p>Maksud dan Tujuan PPI 7.2 dan PPI 7.2.1 : Lihat SNARS 1 Rumah sakit menetapkan ketentuan tentang penggunaan kembali alat sekali pakai sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan standar profesional, termasuk penetapan meliputi</p> <p>a) alat dan material yang dapat dipakai kembali; b) jumlah maksimum pemakaian ulang dari setiap alat secara spesifik; c) identifikasi kerusakan akibat pemakaian dan keretakan yang menandakan alat tidak dapat dipakai; d) proses pembersihan setiap alat yang segera dilakukan sesudah pemakaian dan mengikuti protokol yang jelas; e) pencantuman identifikasi pasien pada bahan medis habis pakai untuk hemodialisis; f) pencatatan bahan medis habis pakai yang <i>reuse</i> di rekam medis; g) evaluasi untuk menurunkan risiko infeksi bahan medis habis pakai yang di-<i>reuse</i>.</p> <p>Ada 2 (dua) risiko jika menggunakan lagi (<i>reuse</i>) alat sekali pakai. Terdapat risiko tinggi terkena infeksi dan juga terdapat risiko kinerja alat tidak cukup atau tidak dapat terjamin sterilitas serta fungsinya.</p>							
Elemen Penilaian PPI 7.2		Telusur		Skor		SURVEY	
1. Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pelayanan sterilisasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)		R	Regulasi tentang pelayanan sterilisasi, termasuk desinfeksi di RS	10 - 0	TL - TT	10	TL

<p>2. Ada bukti alur dekontaminasi, <i>precleaning</i>, <i>cleaning</i>, desinfeksi, dan sterilisasi peralatan medis di pusat sterilisasi sudah sesuai dengan prinsip-prinsip PPI. (D,O,W)</p>	<p>D</p> <p>O</p> <p>W</p>	<p>1) Bukti alur/Denah ruang CSSD/Unit sterilisasi 2) Bukti daftar inventaris alat di unit sterilisasi</p> <p>Lihat alur dekontaminasi, <i>precleaning</i>, <i>cleaning</i>, desinfeksi, dan sterilisasi peralatan medis di unit sterilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala/staf sterilisasi</li> <li>• IPCN</li> </ul>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>	<p>5</p>	<p>TS</p>
<p>3. Rumah sakit mengoordinasikan pelayanan sterilisasi dan disinfeksi di luar pusat sterilisasi. (D,O,W)</p>	<p>D</p> <p>O</p> <p>W</p>	<p>Bukti rapat tentang koordinasi pelayanan sterilisasi dan disinfeksi diluar unit sterilisasi</p> <p>Lihat pelaksanaan sterilisasi dan desinfeksi di luar unit sterilisasi, yang dilaksanakan seragam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCN</li> <li>• Kepala/staf sterilisasi</li> <li>• Unit terkait</li> </ul>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>	<p>0</p>	<p>TT</p>
<p>4. Rumah sakit menjamin proses sterilisasi dan disinfeksi di luar pusat sterilisasi seragam. (D,O,W)</p>	<p>D</p> <p>O</p> <p>W</p>	<p>Bukti supervisi sterilisasi: 1) Bukti form ceklis 2) Bukti pelaksanaan supervisi</p> <p>Lihat pelaksanaan sterilisasi dan desinfeksi di luar unit sterilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCN</li> <li>• Kepala/staf sterilisasi</li> <li>• Unit terkait</li> </ul>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>	<p>0</p>	<p>TT</p>
			<p>40</p>	<p>15/40x100%= 37,5%</p>		

Standar PPI 7.2.1						
Rumah sakit mengidentifikasi dan menerapkan proses untuk mengelola persediaan farmasi habis pakai ( <i>supplies</i> ) yang sudah kadaluarsa dan penggunaan ulang peralatan sekali-pakai apabila diizinkan oleh peraturan perundang-undangan.						
Elemen Penilaian PPI 7.2.1	Telusur		Skor		SURVEY	
1. Ada regulasi tentang penetapan batas kadaluarsa bahan medis habis pakai <i>dan</i> yang akan digunakan kembali ( <i>reuse</i> ) meliputi butir a) sampai dengan g) pada maksud dan tujuan. (R)	R	Regulasi tentang penetapan batas kadaluarsa bahan medis habis pakai, termasuk penetapan persediaan farmasi/peralatan <i>single use</i> yang dilakukan <i>re-use</i>	10 - 0	TL - TT	10	TL
2. Ada bukti monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut pelaksanaan penggunaan kembali ( <i>reuse</i> ) bahan medis habis pakai sesuai butir a) sampai dengan g) pada maksud dan tujuan. (D,O,W)	D  O  W	Bukti pelaksanaan monitoring, evaluasi antara lain berdasarkan hasil kultur dan tindak lanjut pelaksanaan penggunaan kembali ( <i>reuse</i> ) bahan medis habis pakai  Lihat pelaksanaan penggunaan kembali ( <i>reuse</i> ) bahan medis habis pakai  <ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCN</li> <li>• Kepala/staf unit pelayanan</li> </ul>	10 5 0	TL TS TT	5	TS
			20		15/20x 100%= 75%	
Standar PPI 7.3						
Rumah sakit menurunkan risiko infeksi pada pengelolaan linen/londri dengan benar sesuai dengan peraturan perundang-undangan.						
Maksud dan Tujuan PPI 7.3 dan PPI 7.3.1 : Lihat SNARS 1						
Elemen Penilaian PPI 7.3	Telusur		Skor		SURVEY	

1. Ada unit kerja atau penanggungjawab pengelola linen/londri yang menyelenggarakan penatalaksanaan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)	R	Regulasi tentang unit kerja linen/londri atau penanggung jawab bila dilakukan dengan kontrak ( <i>outsourcing</i> )	10 - 0	TL - TT	10	TT
2. Bangunan, alur, dan fasilitas londri sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (O,W)	O W	Lihat ruang, alur, dan fasilitas londri  • IPCN • Kepala/staf londri	10 5 0	TL TS TT	5	TT
3. Bila linen/londri dilaksanakan oleh pihak di luar rumah sakit, harus memenuhi sertifikasi mutu dan sesuai dengan peraturan perundang undangan (O, W)	O W	• Lihat proses pengiriman atau penyimpanan linen/londri dengan pihak di luar RS • Lihat sertifikasi mutu pihak ketiga  • IPCN • Penanggung jawab linen/londri	10 5 0	TL TS TT	T D D	
			20		15/20x 100%=75 %	

Standar PPI 7.3.1 Pengelolaan linen/londri dilaksanakan sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI).						
Elemen Penilaian PPI 7.3.1		Telusur		Skor		SURVEY
1. Ada regulasi pengelolaan linen/londri sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)	R	Regulasi tentang pengelolaan linen/londri	10 - 0	TL - TT	10	TT

<p>2. Prinsip-prinsip PPI diterapkan pada pengelolaan linen/londri, termasuk pemilahan, transportasi, pencucian, pengeringan, penyimpanan, dan distribusi. (O,W)</p>	<p>O</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lihat penerapan prinsip-prinsip PPI pada pengelolaan linen/londri, termasuk pemilahan, transportasi, pencucian, pengeringan, penyimpanan, dan distribusi</li> <li>• Lihat hasil supervisi IPCN ke pengelola linen/londri di luar RS</li> </ul>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>	<p>5</p>	<p>T T</p>
<p>3. Petugas pada unit londri menggunakan alat pelindung diri (APD) sesuai dengan ketentuan. (O,W)</p>	<p>O</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lihat penerapan penggunaan APD</li> <li>• Lihat hasil supervisi IPCN ke pengelola linen/londri di luar RS</li> </ul>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>	<p>5</p>	<p>T T</p>
<p>4. Ada bukti pelaksanaan supervisi dan monitoring oleh IPCN terhadap pengelolaan linen/londri sesuai dengan prinsip PPI termasuk bila dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit. (D,O,W)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti supervisi: 1) Bukti form ceklis 2) Bukti pelaksanaan supervisi</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>	<p>0</p>	<p>T T</p>
		<p>O</p> <p>Lihat hasil supervisi pengelolaan linen/londri sesuai dengan prinsip PPI</p>				
		<p>W</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCN</li> <li>• Kepala/staf linen/londri</li> </ul>				
	<p>40</p>	<p>20/40 x 100%=50 %</p>				

LIMBAH INFEKSIUS							
Standar PPI 7.4 Rumah sakit mengurangi risiko infeksi melalui pengelolaan limbah infeksius dengan benar.							
Maksud dan Tujuan PPI 7.4 dan PPI 7.4.1 : Lihat SNARS 1 Rumah sakit menyelenggaraan pengelolaan limbah dengan benar untuk meminimalkan risiko infeksi melalui kegiatan sebagai berikut: a) pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius; b) penanganan dan pembuangan darah serta komponen darah; c) pemulasaraan jenazah dan bedah mayat; d) pengelolaan limbah cair; pelaporan pajanan limbah infeksius.							
Elemen Penilaian PPI 7.4	Telusur			Skor		SURVEY	
1. Ada regulasi tentang pengelolaan limbah rumah sakit untuk meminimalkan risiko infeksi yang meliputi butir a) sampai dengan e) pada maksud dan tujuan. (R)	R	Regulasi tentang pengelolaan limbah RS	10 - 0	TL - TT	10	TL	
2. Pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius sesuai dengan regulasi dan dilaksanakan monitoring, evaluasi, serta tindak lanjutnya. (D,O,W)	D O W	Bukti pelaksanaan monitoring, evaluasi dan tindak lanjutnya Lihat kepatuhan petugas dalam pengelolaan limbah infeksius sesuai prinsip PPI <ul style="list-style-type: none"><li>• Penanggung jawab kesling</li><li>• Petugas House Keeping</li><li>• Petugas TPS</li><li>• Petugas Incinerator</li></ul>	10 5 0	TL TS TT	5	TT	
3. Penanganan dan pembuangan darah serta komponen darah sesuai dengan regulasi dan dilaksanakan monitoring, evaluasi, juga tindak lanjutnya. (D,O,W)	D O	Bukti pelaksanaan monitoring, evaluasi dan tindak lanjutnya Lihat kepatuhan petugas dalam penanganan dan pembuangan darah sesuai prinsip PPI	10 5 0	TL TS TT	5	TS	

	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penanggung jawab kesling</li> <li>• Kepala/staf laboratorium</li> <li>• Kepala/staf BDRS (Bank Darah RS)</li> </ul>				
4. Pengelolaan limbah cair sesuai dengan regulasi. (D,O,W)	D	Bukti pelaksanaan monitoring, evaluasi dan tindak lanjutnya	10 5 0	TL TS TT	5	TS
	O	Lihat kepatuhan petugas dalam pengelolaan limbah cair sesuai prinsip PPI IPAL RS				
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penanggung jawab kesling</li> <li>• Penanggung jawab IPAL</li> <li>• Kepala/staf radiologi</li> <li>• Kepala/staf laboratorium</li> </ul>				
5. Pelaporan pajanan limbah infeksius sesuai dengan regulasi dan dilaksanakan monitoring, evaluasi, serta tindak lanjutnya. (D,O,W)	D	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bukti laporan pajanan limbah infeksius</li> <li>2) Bukti pelaksanaan monitoring, evaluasi dan tindak lanjutnya</li> </ol>	10 5 0	TL TS TT	5	T T
	O	Lihat pengelolaan limbah infeksius, mulai pembuangan di unit pelayanan, sampai di TPS B-3/pengolahan limbah infeksius				
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCN</li> <li>• Kepala/staf unit/kepala ruangan</li> <li>• Kepala/staf radiologi</li> <li>• Kepala/staf laboratorium</li> </ul>				
6. Ada bukti penanganan (handling) serta pembuangan darah dan komponen darah sudah dikelola sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (O,W)	O	Lihat penanganan /handling pembuangan darah dan komponen darah	10 5 0	TL TS TT	5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala/staf kamar operasi</li> <li>• Kepala/staf BDRS</li> <li>• Kepala/staf kamar bersalin</li> </ul>				

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala/staf laboratorium</li> </ul>				
7. Ada bukti pelaksanaan supervisi dan monitoring terhadap kegiatan butir a) sampai dengan e) pada maksud dan tujuan. (D,O,W)	D	Bukti supervisi: 1) Bukti form ceklis 2) Bukti pelaksanaan supervisi	10 5 0	TL TS TT	5	TL
	O	Lihat lokasi pengelolaan limbah RS				
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCN</li> <li>• Kepala/staf kamar operasi</li> <li>• Kepala/staf BDRS</li> <li>• Kepala/staf kamar bersalin</li> <li>• Kepala/staf laboratorium</li> <li>• Kepala/staf kamar jenazah</li> </ul> Staf terkait				
8. Bila pengelolaan limbah dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit harus berdasar atas kerjasama dengan pihak yang memiliki izin dan sertifikasi mutu sesuai dengan peraturan perundang-undangan (lihat MFK 5.1 WP 4). (D,O,W)	D	1) Bukti kerjasama antara RS dengan pihak luar RS yang memiliki izin dan sertifikasi Mutu	10 5 0	TL TS TT	10	TT
	O	2) Bukti limbah sudah dibakar/manifes  Lihat proses pengelolaan limbah				
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCN</li> <li>• Penanggung jawab kesling</li> <li>• Petugas pengelolaan limbah</li> </ul>				
			80		50/80x100%	= 62,5%
Standar PPI 7.4.1 Rumah sakit menetapkan pengelolaan kamar mayat dan kamar bedah mayat sesuai peraturan perundang- undangan						

Elemen Penilaian PPI 7.4.1	Telusur		Skor		SURVEY	
1. Pemulasaraan jenazah dan bedah mayat sesuai dengan regulasi. (D,O,W)	D	Bukti laporan kegiatan pemulasaraan jenazah dan bedah mayat	10	TL	T	
	O	Lihat ruang pemulasaraan jenazah dan bedah mayat, lihat kecukupan APD, disinfektan	5	TS	D	
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCN</li> <li>• Kepala/staf kamar jenazah</li> </ul>	0	TT	D	
2. Ada bukti kegiatan kamar mayat dan kamar bedah mayat sudah dikelola sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (O,W)	O	Lihat proses pengelolaan pemulasaraan jenazah dan bedah mayat	10	TL	T	
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCN</li> <li>• Kepala/staf kamar jenazah</li> </ul>	5	TS	D	
3. Ada bukti pelaksanaan supervisi dan kepatuhan prinsip-prinsip PPI sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)	D	Bukti supervisi: 1) Bukti form ceklis 2) Bukti pelaksanaan supervisi	10	TL	T	
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCN</li> <li>• Kepala/staf kamar jenazah</li> </ul>	5	TS	D	
			0	TT	D	
					TDD	
Standar PPI 7.5 Rumah sakit menetapkan pengelolaan limbah benda tajam dan jarum secara aman.						
Maksud dan Tujuan PPI 7.5 : Lihat SNARS 1 Rumah sakit menetapkan regulasi yang memadai mencakup a) semua tahapan proses termasuk identifikasi jenis dan penggunaan wadah secara tepat, pembuangan wadah, dan surveilans proses pembuangan (lihat juga ARK 6); b) laporan tertusuk jarum dan benda tajam.						
Elemen Penilaian PPI 7.5	Telusur		Skor		SURVEY	

1. Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pengelolaan benda tajam dan jarum untuk menurunkan cedera serta mengurangi risiko infeksi yang meliputi butir a) dan b) yang ada pada maksud dan tujuan. (R)	R	Regulasi tentang pengelolaan benda tajam dan jarum	10 - 0	TL - TT	10	TL
2. Benda tajam dan jarum sudah dikumpulkan, disimpan di dalam wadah yang tidak tembus, tidak bocor, berwarna kuning, diberi label infeksius, dan dipergunakan hanya sekali pakai sesuai dengan peraturan perundang- undangan. (O,W)	O  W	Lihat kepatuhan petugas dalam pengelolaan benda tajam dan jarum sesuai prinsip PPI  <ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> <li>• Kepala/staf unit pelayanan</li> <li>• Petugas <i>cleaning service</i></li> </ul>	10 5 0	TL TS TT	10	TL
3. Pengelolaan benda tajam dan jarum dilaksanakan sesuai dengan regulasi. (O,W)	O  W	Lihat tempat pengelolaan benda tajam/incinerator/TPS B3  <ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> <li>• Petugas incenerator</li> </ul>	10 5 0	TL TS TT	1 0	TS
4. Bila pengelolaan benda tajam dan jarum dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit harus berdasar atas kerjasama dengan pihak yang memiliki izin dan sertifikasi mutu sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,O,W)	D  O  W	1) Bukti pelaksanaan kerjasama RS dengan pihak luar RS 2) Bukti izin transporter 3) Bukti izin incenerator 4) Bukti sertifikasi mutu  Lihat bukti monitoring pelaksanaan yang dilakukan oleh pihak RS  <ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCN</li> <li>• IPSRS</li> </ul>	10 5 0	TL TS TT	1 0	T T

5. Ada bukti data dokumen limbah benda tajam dan jarum. (lihat juga di PPI 7.2). (D,W)	D	Bukti data dokumen limbah benda tajam dan jarum yang dikelola	10 5 0	TL TS TT	1 0	T T
6. Ada bukti pelaksanaan supervisi dan monitoring oleh IPCN terhadap pengelolaan benda tajam dan jarum sesuai dengan prinsip PPI, termasuk bila dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit. (D,O,W)	D	Bukti supervisi 1) Bukti form ceklis 2) Bukti pelaksanaan supervisi	10 5 0	TL TS TT	0	T T
	O	Lihat kepatuhan petugas dalam pengelolaan benda tajam dan jarum sesuai prinsip PPI				
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCN</li> <li>• IPSRS</li> <li>• Penanggung jawab kesling</li> <li>• Penanggung jawab <i>cleaning service</i></li> </ul>				
			60		50/60X	100%=83,3%

PELAYANAN MAKANAN						
Standar PPI 7.6						
Rumah sakit mengurangi risiko infeksi terkait penyelenggaraan pelayanan makanan.						
Maksud dan Tujuan PPI 7.6 : Lihat SNARS 1 Rumah sakit menetapkan regulasi yang meliputi:						
a) pelayanan makanan di rumah sakit mulai dari pengelolaan bahan makanan (perencanaan bahan makanan, pengadaan, penyimpanan, pengolahan, pemorsian, distribusi), sanitasi dapur, makanan, alat masak, serta alat makan untuk mengurangi risiko infeksi dan kontaminasi silang;						
b) standar bangunan, fasilitas dapur, dan <i>pantry</i> sesuai dengan peraturan perundangan termasuk bila makanan diambil dari sumber lain di luar rumah sakit.						
Elemen Penilaian PPI 7.6		Telusur	Skor		SURVEY	
1. Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pelayanan makanan di rumah sakit yang meliputi butir a) dan b) pada maksud dan tujuan. (R)	R	Regulasi penetapan tentang pelayanan makanan di RS	10 - 0	TL - TT	10	TL
2. Ada bukti pelaksanaan penyimpanan bahan makanan, pengolahan, pembagian/pemorsian, dan distribusi makanan sudah sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (O,W)	O W	Lihat pelaksanaan pengelolaan makanan Kepala/staf gizi	10 5 0	TL TS TT	5	TS
3. Ada bukti pelaksanaan penyimpanan makanan, bahan makanan dan produk nutrisi dengan memperhatikan kesehatan lingkungan meliputi sanitasi, suhu, pencahayaan, kelembapan, ventilasi, dan keamanan untuk mengurangi risiko infeksi. (O,W)	O W	Lihat pelaksanaan penyimpanan bahan makanan dan produk nutrisi Kepala/staf gizi	10 5 0	TL TS TT	5	T T

4. Ada bukti pelaksanaan monitoring kepatuhan prinsip-prinsip PPI sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W )	D	Bukti supervisi: 1) Bukti form ceklis 2) Bukti pelaksanaan monitoring/supervisi sesuai prinsip PPI	10 5 0	TL TS TT	5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite/Tim PPI</li> <li>• Kepala/staf gizi</li> </ul>				
			40		25/40X 100%= 62,5%	

RISIKO KONSTRUKSI
<p>Standar PPI 7.7 Rumah sakit menurunkan risiko infeksi pada fasilitas yang terkait dengan pengendalian mekanis dan teknis (<i>mechanical dan engineering controls</i>)</p>

Maksud dan Tujuan PPI 7.7 dan PPI 7.7.1 : Lihat SNARS 1

Untuk menurunkan risiko infeksi maka rumah sakit perlu mempunyai regulasi tentang penilaian risiko pengendalian infeksi (*infection control risk assessment/ICRA*) untuk pembongkaran, konstruksi, serta renovasi gedung di area mana saja di rumah sakit yang meliputi:

- 1) identifikasi tipe/jenis konstruksi kegiatan proyek dengan kriteria;
- 2) identifikasi kelompok risiko pasien;
- 3) matriks pengendalian infeksi antara kelompok risiko pasien dan tipe konstruksi kegiatan;
- 4) proyek untuk menetapkan kelas/tingkat infeksi;
- 5) tindak pengendalian infeksi berdasar atas tingkat/kelas infeksi;
- 6) monitoring pelaksanaan.

Karena itu, rumah sakit agar mempunyai regulasi pengendalian mekanis dan teknis (*mechanical dan engineering controls*) fasilitas yang antara lain meliputi:

- a) sistem ventilasi bertekanan positif;
  - b) *biological safety cabinet*;
  - c) *laminary airflow hood*;
  - d) termostat di lemari pendingin;
- pemanas air untuk sterilisasi piring dan alat dapur.

Elemen Penilaian PPI 7.7	Telusur		Skor		SURVEY	
1. Rumah sakit menetapkan regulasi pengendalian mekanis dan teknis ( <i>mechanical dan engineering control</i> ) minimal untuk fasilitas yang tercantum pada butir a) sampai dengan e) yang ada pada maksud dan tujuan. (R)	R	Regulasi tentang pengendalian/pemeriksaan mekanis dan teknis	10 - 0	TL - TT	0	TT

2. Fasilitas yang tercantum pada butir a) sampai dengan e) sudah dilakukan pengendalian mekanis dan teknis (mechanical dan engineering control). (D, O, W)	D	Bukti pelaksanaan pengendalian mekanis dan teknis sudah dilakukan	10 5 0	TL TS TT	0	T T
	O	Lihat ruangan tekanan positif, <i>biological safety cabinet</i> ; <i>laminary airflow hood</i> ; termostat di lemari pendingin; pemanas air untuk sterilisasi piring dan alat dapur				
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IPSRS</li> <li>• Kepala/staf unit terkait</li> </ul>				
			20		0/20 X 100%= 0%	
Standar PPI 7.7.1 Rumah sakit menurunkan risiko infeksi pada saat melakukan pembongkaran, konstruksi, dan renovasi gedung.						
Elemen Penilaian PPI 7.7.1		Telusur		Skor		SURVEY
5. Rumah sakit menetapkan regulasi tentang penilaian risiko pengendalian infeksi ( <i>infection control risk assessment/ICRA</i> ) bila ada renovasi, kontruksi dan demolisi yang minimal meliputi butir 1) sampai dengan 6) yang ada pada maksud dan tujuan. (R)	R	Regulasi tentang penilaian risiko pengendalian infeksi ( <i>infection control risk assessment/ICRA</i> ) bila ada renovasi, kontruksi dan demolisi	10 - 0	TL - TT	0	TT
	D	Bukti pelaksanaan ICRA renovasi bangunan, dan hasil pemantauan kualitas udara akibat dampak renovasi	10 5 0	TL TS TT	0	TT
6. Rumah sakit telah melaksanakan penilaian risiko pengendalian infeksi ( <i>infection control risk assessment/ICRA</i> ) pada semua renovasi, kontruksi dan demolisi sesuai dengan regulasi. (D,O,W)	O	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lihat pelaksanaan renovasi</li> <li>• Lihat laporan pelaksanaan renovasi</li> </ul>				

	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite/Tim PPI</li> <li>• IPCN</li> <li>• Bagian Umum</li> </ul>				
			20	0/20X 100% = 0%		
TRANSMISI INFEKSI						
Standar PPI 8						
Rumah sakit melindungi pasien, pengunjung, dan staf dari penyakit menular serta melindungi pasien yang mengalami imunitas rendah ( <i>immunocompromised</i> ) dari infeksi yang rentan mereka alami.						
Maksud dan Tujuan PPI 8, PPI 8.1 dan 8.2 : Lihat SNARS 1						
Elemen Penilaian PPI 8		Telusur		Skor		SURVEY
1. Rumah sakit menetapkan regulasi penempatan pasien dengan penyakit menular dan pasien yang mengalami imunitas rendah ( <i>immunocompromised</i> ). (R)	R	Regulasi tentang penempatan pasien dengan penyakit menular dan pasien yang mengalami imunitas rendah	10 - 0	TL - TT	10	TL
2. Rumah sakit menyediakan ruangan untuk pasien yang mengalami imunitas rendah ( <i>immunocompromised</i> ) sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (O,W)	O  W	Lihat ruang isolasi untuk pasien dengan <i>immunocompromised</i>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> <li>• Kepala/staf unit pelayanan</li> </ul>	10 5 0	TL TS TT	5	TS
3. Ada bukti pelaksanaan supervisi dan monitoring oleh IPCN terhadap penempatan pasien dengan <i>immunocompromised</i> . (D)	D	Bukti supervisi: 1) Bukti form ceklis 2) Bukti pelaksanaan supervisi	10 5 0	TL TS TT	0	TS
			30	15/30X 100% = 50%		

Standar PPI 8.1 Rumah sakit menetapkan penempatan pasien dan proses transfer pasien dengan <i>airborne diseases</i> di dalam rumah sakit dan keluar rumah sakit.						
Elemen Penilaian PPI 8.1	Telusur		Skor		SURVEY	
1. Penempatan dan transfer pasien <i>airborne diseases</i> sesuai dengan peraturan perundang-undangan termasuk di ruang gawat darurat dan ruang lainnya. (O,W)	O	Lihat penempatan pasien <i>airborne diseases</i> , termasuk di ruang gawat darurat dan ruang lainnya dan transfer pasien (Lihat PPI 8 EP1)	10 5 0	TL TS TT	0	T T
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala/staf IGD</li> <li>• Kepala/staf rawat jalan</li> <li>• Kepala/staf rawat inap</li> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> </ul>				
2. Ada bukti pelaksanaan supervisi dan monitoring oleh IPCN terhadap penempatan dan proses transfer pasien <i>airborne diseases</i> sesuai dengan prinsip PPI. (D,O,W)	D	Bukti supervisi: 1) Bukti form ceklis 2) Bukti pelaksanaan supervisi	10 5 0	TL TS TT	0	T T
	O	Lihat penempatan dan transfer pasien <i>airborne diseases</i> , termasuk di ruang gawat darurat dan ruang lainnya				
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala/staf IGD</li> <li>• Kepala/staf rawat jalan</li> <li>• Kepala/staf rawat inap</li> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> </ul>				
3. Ada bukti pelaksanaan monitoring ruang tekanan negatif dan penempatan pasien secara rutin. (D,O,W)	D	Bukti supervisi: 1) Bukti form ceklis 2) Bukti pelaksanaan supervisi	10 5 0	TL TS TT	0	T T

	O	Lihat penempatan pasien dan hasil monitoring secara rutin				
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala/staf IGD</li> <li>• Kepala/staf rawat jalan</li> <li>• Kepala/staf rawat inap</li> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> </ul>				
4. Ada bukti dilakukan edukasi kepada staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi lonjakan pasien masuk dengan penyakit menular atau rumah sakit tidak mempunyai kamar dengan tekanan negatif (ventilasi alamiah dan mekanik). (D,W)	D	Bukti pelaksanaan edukasi staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi lonjakan pasien masuk dengan penyakit menular	10 5 0	TL TS TT	0	T T
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala/staf IGD</li> <li>• Kepala/staf rawat jalan</li> <li>• Kepala/staf rawat inap</li> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> </ul>				
5. Rumah sakit mempunyai jejaring rujukan dengan rumah sakit lainnya	D	Bukti tentang kerjasama RS dengan RS rujukan	10 5 0	TL TS TT	1 0	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala/staf IGD</li> <li>• Kepala/staf rawat inap</li> </ul>				
			50		10/50X 100%= 20%	
Standar PPI 8.2 Rumah sakit menetapkan penempatan pasien infeksi "air borne" dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak mempunyai kamar tekanan negatif (ventilasi alamiah dan mekanik).						
Elemen Penilaian PPI 8.2		Telusur		Skor	SURVEY	

1. Rumah sakit menetapkan regulasi penempatan pasien infeksi “ <i>air borne</i> ” dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak mempunyai kamar dengan tekanan negatif (ventilasi alamiah dan mekanik). (R)	R	Regulasi tentang penempatan pasien infeksi “ <i>air borne</i> ” dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak mempunyai kamar dengan tekanan negatif (ventilasi alamiah dan mekanik). (Lihat PPI 8 EP1 dan PPI 8.1 EP 1)	10 - 0	TL - TT	0	TT
2. Penempatan pasien infeksi “ <i>air borne</i> ” dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak mempunyai kamar dengan tekanan negatif sesuai dengan peraturan perundang-undangan termasuk di ruang gawat darurat dan ruang lainnya. (O,W)	O  W	Lihat penempatan pasien dan hasil monitoring secara rutin  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala/staf IGD</li> <li>• Kepala/staf rawat inap</li> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> </ul>	10 5 0	TL TS TT	0	T T
3. Ada bukti pelaksanaan supervisi dan monitoring oleh IPCN terhadap penempatan pasien infeksi <i>air borne</i> dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak mempunyai kamar dengan tekanan negatif sesuai dengan prinsip PPI. (D,O,W)	D  O  W	Bukti supervisi: 1) Bukti form ceklis 2) Bukti pelaksanaan supervisi  Lihat penempatan pasien infeksi <i>air borne</i>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala/staf IGD</li> <li>• Kepala/staf rawat inap</li> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> </ul>	10 5 0	TL TS TT	0	T T

<p>4. Ada bukti pelaksanaan monitoring ruang tekanan negatif dan penempatan pasien secara rutin. (D,O,W)</p>	<p>D  O  W</p>	<p>Bukti supervisi: 1) Bukti form ceklis 2) Bukti pelaksanaan supervisi</p> <p>• Lihat hasil monitoring • Lihat kesesuaian penempatan pasien</p> <p>• Kepala/staf rawat inap • IPCN • IPCLN</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>	<p>0</p>	<p>T T</p>
<p>5. Ada bukti dilakukan edukasi kepada staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi lonjakan pasien masuk dengan penyakit menular atau rumah sakit tidak mempunyai kamar dengan tekanan negatif (ventilasi alamiah dan mekanik). (D,W)</p>	<p>D  W</p>	<p>Bukti pelaksanaan edukasi staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi lonjakan pasien masuk dengan penyakit menular</p> <p>• Kepala/staf rawat inap • IPCN • IPCLN</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>	<p>0</p>	<p>T T</p>
<p>6. Rumah sakit mempunyai jejaring rujukan dengan rumah sakit lain untuk pasien <i>air borne disease</i>. (D,W)</p>	<p>D  W</p>	<p>Bukti tentang kerjasama RS dengan RS rujukan</p> <p>• Kepala/staf IGD • Kepala/staf rawat inap</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>	<p>1 0</p>	<p>TL</p>
			<p>60</p>	<p>10/60 X 100%= 16,67%</p>		
<p>Standar PPI 8.3 Rumah sakit mengembangkan dan menerapkan sebuah proses untuk menangani lonjakan mendadak (<i>outbreak</i>) penyakit infeksi <i>air borne</i>.</p>						
<p>Elemen Penilaian PPI 8.3</p>	<p>Telusur</p>			<p>Skor</p>	<p>SURVEY</p>	

1. Rumah sakit menetapkan regulasi bila terjadi ledakan pasien ( <i>outbreak</i> ) penyakit infeksi <i>air borne</i> . (R)	R	Regulasi tentang penetapan bila terjadi ledakan pasien ( <i>outbreak</i> ) penyakit infeksi <i>air borne</i>	10 - 0	TL - TT	0	TT
2. Rumah sakit menyediakan ruang isolasi dengan tekanan negatif bila terjadi ledakan pasien ( <i>outbreak</i> ) sesuai dengan peraturan perundangan. (O,W)	O  W	Lihat ketersediaan ruang isolasi dengan tekanan negatif, bila terjadi ledakan pasien  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite/Tim PPI</li> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> <li>• Kepala/staf rawat inap</li> </ul>	10 5 0	TL TS TT	0	T T
3. Ada bukti dilakukan edukasi kepada staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi ledakan pasien ( <i>outbreak</i> ) penyakit infeksi <i>air borne</i> . (D,W)	D  W	Bukti pelaksanaan edukasi staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi ledakan pasien ( <i>outbreak</i> ) penyakit infeksi <i>air borne</i>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite/Tim PPI</li> <li>• IPCN</li> <li>• IPCLN</li> <li>• Kepala/staf rawat inap</li> </ul>	10 5 0	TL TS TT	0	T T
			30		0/30 X 100%= 0%	
Standar PPI 9 Kebersihan tangan menggunakan sabun dan desinfektan adalah sarana efektif untuk mencegah dan mengendalikan infeksi.						
Maksud dan Tujuan PPI 9 dan PPI 9.1 : Lihat SNARS 1						
Elemen Penilaian PPI 9		Telusur		Skor	SURVEY	

1. Rumah sakit menetapkan regulasi <i>hand hygiene</i> yang mencakup kapan, di mana, dan bagaimana melakukan cuci tangan mempergunakan sabun ( <i>hand wash</i> ) dan atau dengan disinfektan ( <i>hand rubs</i> ) serta ketersediaan fasilitas <i>hand hygiene</i> . (R)	R	Regulasi tentang <i>hand hygiene</i>	10 - 0	TL - TT	10	TL
2. Sabun, disinfektan, serta tisu/handuk sekali pakai tersedia di tempat cuci tangan dan tempat melakukan disinfeksi tangan. (O)	O	Lihat kelengkapan fasilitas <i>hand hygiene</i> antara lain sabun, disinfektan, serta tisu/handuk sekali pakai tersedia di tempat cuci tangan dan tempat melakukan disinfeksi tangan	10 5 0	TL TS TT	10	TL
3. <i>Hand hygiene</i> sudah dilaksanakan dengan baik. (S,O)	S  O	Peragaan <i>hand hygiene</i> oleh staf  Lihat pelaksanaan <i>hand hygiene</i> secara konsisten di area yang sudah ditetapkan	10 5 0	TL TS TT	5	TS
4. Ada bukti pelaksanaan pelatihan <i>hand hygiene</i> kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak. (D,W)	D  W	Bukti pelaksanaan pelatihan tentang <i>hand hygiene</i>  • Staf RS • Tenaga kontrak, magang dan <i>tenant</i>	10 5 0	TL TS TT	10	TL
			40		35/40 X 100%= 87,5%	
Standar PPI 9.1 Sarung tangan, masker, pelindung mata, serta alat pelindung diri lainnya tersedia dan digunakan secara tepat apabila disyaratkan.						
Elemen Penilaian PPI 9.1		Telusur		Skor	SURVEY	

1. Rumah sakit menetapkan regulasi penggunaan alat pelindung diri, tempat yang harus menyediakan alat pelindung diri, dan pelatihan cara memakainya. (R)	R	Regulasi tentang penggunaan APD	10 - 0	TL - TT	10	TL
2. Alat pelindung diri sudah digunakan secara tepat dan benar. (O,W)	O W	Lihat kepatuhan penggunaan Alat pelindung diri /APD  Staf terkait	10 5 0	TL TS TT	5	TS
3. Ketersediaan alat pelindung diri sudah cukup sesuai dengan regulasi. (O)	O	Lihat ketersediaan alat pelindung diri	10 5 0	TL TS TT	5	TS
4. Ada bukti pelaksanaan pelatihan penggunaan alat pelindung diri kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak. (D,W)	D W	Bukti pelaksanaan pelatihan tentang penggunaan APD  • Staf RS • Tenaga kontrak, magang dan <i>tenant</i>	10 5 0	TL TS TT	10	TS
			40		30/40 X 100%= 75%	
<b>PENINGKATAN MUTU DAN PROGRAM EDUKASI</b>						
Standar PPI 10 Kegiatan PPI diintegrasikan dengan program PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) dengan menggunakan indikator yang secara epidemiologik penting bagi rumah sakit.						
Maksud dan Tujuan PPI 10 : Lihat SNARS 1						
Elemen Penilaian PPI 10		Telusur		Skor		SURVEY
1. Ada regulasi sistem manajemen data terintegrasi antara data surveilans dan data indikator mutu (lihat PMKP 2.1 EP 1). (R)	R	Regulasi tentang manajemen data terintegrasi antara data surveilans dan data indikator mutu, termasuk PMKP 2.1, PMKP 7 dan MIRM 1.1	10 - 0	TL - TT	10	TL



<p>Maksud dan Tujuan PPI 11 : Lihat SNARS 1  Pelatihan diberikan sebagai bagian dari orientasi kepada semua staf baru dan dilakukan pelatihan kembali secara berkala, atau paling sedikit jika ada perubahan regulasi dan praktik yang menjadi panduan program PP8I. Dalam pendidikan juga disampaikan temuan dan kecenderungan ukuran kegiatan. (lihat juga KKS 7)  Program Pelatihan PPI yang meliputi pelatihan untuk  a) orientasi pegawai baru baik staf klinis maupun nonklinis di tingkat rumah sakit maupun di unit pelayanan;</p>							
<p>b) staf klinis (profesional pemberi asuhan) secara berkala;  c) staf nonklinis;  d) pasien dan keluarga; dan  e) pengunjung</p>							
Elemen Penilaian PPI 11		Telusur		Skor		SURVEY	
1. Rumah sakit menetapkan regulasi program pelatihan dan edukasi tentang PPI yang meliputi butir a) sampai dengan e) yang ada pada maksud dan tujuan. (R)	R	Program pelatihan dan edukasi tentang PPI		10 - 0	TL - TT	10	TL
2. Ada bukti pelaksanaan pelatihan untuk semua staf klinis dan nonklinis sebagai bagian dari orientasi pegawai baru tentang regulasi dan praktik program PPI. (lihat KKS 7 dan TKRS 5.4). (D,W)	D  W	1) Bukti pelaksanaan pelatihan untuk semua staf klinis dan non klinis oleh narasumber yang kompeten 2) Bukti pelaksanaan orientasi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diklat</li> <li>• Komite/Tim PPI</li> <li>• Peserta pelatihan/orientasi</li> </ul>		10 5 0	TL TS TT	10	TL
3. Ada bukti pelaksanaan edukasi secara berkala bila ada perubahan regulasi, serta praktik program PPI dan bila ada kecenderungan khusus ( <i>new/re-emerging diseases</i> ) data infeksi untuk staf klinis dan nonklinis. (D,W)	D  W	Bukti pelaksanaan pelatihan secara berkala bila ada perubahan regulasi/ kecenderungan khusus <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diklat</li> <li>• Komite/Tim PPI</li> <li>• Peserta pelatihan</li> </ul>		10 5 0	TL TS TT	0	TT



### Lampiran 3

#### PEDOMAN WAWANCARA

### **EVALUASI IMPLEMENTASI PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) DI RSKIA PKU MUHAMMADIYAH KOTAGEDE**

Nama Responden : Kode Responden :  
Usia :  
Jenis Kelamin :  
Waktu Pelaksanaan :

#### A. KARAKTERISTIK INFORMAN

1. Apakah jabatan saudara di dalam komite PPI RSKIA PKU MUHAMMADIYAH KOTAGEDE?
2. Sejak kapan menjadi anggota komite PPI RSKIA PKU MUHAMMADIYAH KOTAGEDE?
3. Apakah latar pendidikan saudara?
4. Apakah saudara pernah mendapatkan pendidikan dan pelatihan terkait PPI?
5. Apakah saudara mempunyai tugas atau jabatan lain selain di Komite PPI?

#### B. MANAJEMEN

6. Menurut saudara apa yang menjadi prioritas pimpinan dalam meningkatkan mutu layanan kesehatan di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?
7. Menurut saudara bagaimanakah komitmen pimpinan tentang program PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?
8. Menurut saudara bagaimana pengaruh pimpinan terhadap anggota untuk melaksanakan program PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?
9. Menurut saudara bagaimana keberlangsungan pertemuan berkala atau koordinasi anggota Komite PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?
10. Menurut saudara apa saja yang dibahas dalam pertemuan berkala?

11. Menurut saudara siapakah yang bertanggungjawab menjalankan fungsi pengawasan kepatuhan petugas, ketersediaan fasilitas dan kebutuhan dalam melaksanakan prosedur tindakan yang sesuai dengan prosedur PPI?

### C. ORGANISASI

12. Menurut saudara bagaimanakah struktur organisasi Komite PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede? Siapa sajakah orang yang terlibat didalamnya?
13. Menurut saudara, minimal unit apa saja yang harus terlibat di dalam Komite PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?
14. Menurut saudara, berapa jumlah anggota Komite PPI yang menghadiri pertemuan rutin? Apakah semua anggota datang?
15. Menurut saudara, apakah anda tahu jabatan saudara di Komite PPI beserta uraian tugas dan tanggung jawab bagi setiap anggota yang duduk di Komite PPI?
16. Menurut saudara, bagaimanakah pelaksanaan tugas saudara dalam Komite PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?
17. Menurut saudara, program apa saja yang direncanakan oleh Komite PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede? Apakah saudara terlibat saudara dalam penyusunan program kerja?
18. Menurut saudara, apakah tujuan dari PPI?
19. Menurut saudara, bagaimana pelaksanaan program PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?

Lampiran 4

## LEMBAR PENJELASAN UNTUK RESPONDEN

Yth.

Di tempat

Assalamualaikum wr. wb.

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Hanum Enggar Pradini  
NIM : 20121030020  
Alamat : Karangjajen MG III/990 Yogyakarta

Adalah mahasiswa Magister Manajemen Rumah Sakit Program Pasca Sarjana UMY yang sedang melakukan penelitian untuk tesis dengan judul “Evaluasi Implementasi Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede”.

Penelitian ini akan menjamin kerahasiaan semua informasi yang diberikan dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian sehingga tidak menimbulkan implikasi negatif secara personal maupun organisasi. Dalam penelitian ini tidak terdapat unsur ancaman atau sanksi bagi responden.

Apabila saudara bersedia menjadi responden penelitian ini, maka besar harapan saya untuk mendapatkan jawaban yang sejujur-jujurnya atau memberikan informasi sebenar-benarnya sesuai pendapat pribadi tanpa ada pengaruh dari orang lain. Untuk kemudian dimohon dapat menandatangani lembar persetujuan untuk menjadi responden.

Atas partisipasi dan kerjasama yang diberikan saya ucapkan terima kasih, semoga Allah swt. memberikan limpahan rahmat dan hidayat-Nya untuk kita semua. Amin.

Yogyakarta, Juli 2018

Peneliti

## Lampiran 5

### **LEMBAR PERSETUJUAN**

Setelah membaca penjelasan di atas secara sadar, saya mengerti bahwa peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden dan saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengetahui bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan khususnya di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede.

Dengan ditandatanganinya surat persetujuan ini, maka saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Yogyakarta, Juli 2018

Responden

( )

## LAMPIRAN 6

### KODE RESPONDEN

- A. ANGGOTA PPI : R.1, R.2, R.3, R.4, R.5, R.6, R.9  
B. BUKAN ANGGOTA PPI : R.7, R.8, R.10, R.11, R.12

### TRANSKRIP HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN RESPONDEN ANGGOTA KOMITE PPI DI RSKIA PKU MUHAMMADIYAH KOTAGEDE

#### A. KARAKTERISTIK RESPONDEN

**Pertanyaan 1** : Apakah jabatan saudara di dalam komite PPI RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?

Kode Responden	Transkrip Wawancara
R.2	IPCD dan Ketua Komite
R.3	IPCN
R.4	IPCLN
R.5	IPCLN
R.6	Anggota PPI
R.9	IPCLN
R.13	Sekretaris

**Pertanyaan 2** : Sejak kapan menjadi anggota komite PPI RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?

Kode Responden	Transkrip Wawancara
R.2	Kurang lebih ya 10 bulan
R.3	Dari awal dibentuk kira-kira sudah 2 tahun, kalo di RS sudah 21 tahun.
R.4	Kayaknya 2 atau 3 tahunan
R.5	Dari sejak jamannya dr. Siska, ya sekitar 3 tahun, 9 thn sy kerja disini
R.6	3 tahunan
R.9	Berapa ya,2 tahun kayanya
R.13	Duh nggak tak inget soalnya berubah ubah, 4 tahun

**Pertanyaan 3** : Apakah latar pendidikan saudara?

Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
• S1	R.2	-
• S1	R.3	-
• DIII Keperawatan	R.4	-
• DIII Kebidanan	R.5	-
• DIII Gizi	R.6	-
• DIII Keperawatan	R.9	-
• DIII Kebidanan	R.13	-

**Pertanyaan 4** : Apakah saudara pernah mendapatkan pendidikan dan pelatihan terkait PPI?

Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
• Ya, Pelatihan PPI Dasar	R.2	-
• Ya baru pelatihan PPI Lanjutan. Yang pelatihan dasar malah belum	R.3	-
• Nggak pernah	R.4	-
• Belum	R.5	-
• Nggak pernah, dulu pernah mengajukan tetapi tidak di acc	R.6	-
• Belum pernah	R.9	-
• Belum	R.13	-

**Pertanyaan 5** : Apakah saudara mempunyai tugas atau jabatan lain selain di Komite PPI?

Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
• Tidak Ada	R.2	-
• Ada dok. Ya Ketua komite keperawatan	R.3	-

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada dok. Kepala Ruang Rawat Inap anak sama kepala ruang rawat inap di RS.</li> </ul>	R.4	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sama jadi Karu VK dok. Dulu VK-KBY</li> </ul>	R.5	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala Unit Gizi</li> </ul>	R.6	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala Ruang IGD</li> </ul>	R.9	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala Ruang Nifas, Ketua Tim PKBRS, Anggota PKRS</li> </ul>	R.13	-

## B. MANAJEMEN

<p><b>Pertanyaan 6</b> : Menurut saudara apa yang menjadi prioritas pimpinan dalam meningkatkan mutu layanan kesehatan di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?</p>		
Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yang menjadi prioritas sepertinya mengubah status rumah sakit khusus menjadi rumah sakit umum.</li> </ul>	R.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memperluas pelayanan di rumah sakit</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Karena memasuki era BPJS yang semakin ketat sepertinya bu direktur memprioritaskan akreditasi untuk memenuhi syarat rumah sakit.</li> </ul>	R.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standarisasi rumah sakit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kayaknya mau akreditasi dok. Dari beberapa tahun terakhir ini persiapan akreditasi terus.</li> </ul>	R.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standarisasi rumah sakit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akreditasi sepertinya.</li> </ul>	R.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standarisasi rumah sakit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nggak tahu, soalnya tidak ada ketegasan mau apa jadi maju mundur, bingung juga sini ngikutinnya.</li> </ul>	R.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada prioritas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nggak tahu dok. Rumah sakitnya gini-gini aja, nggak terasa ada gregetnya.</li> </ul>	R.9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada prioritas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kayaknya prioritasnya ke loyalitas pegawai soalnya banyak karyawan yang keluar masuk.</li> </ul>	R.13	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peningkatan mutu SDM</li> </ul>

**Pertanyaan 7** : Menurut saudara bagaimanakah komitmen pimpinan tentang program PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?

Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komitmen terhadap PPI sepertinya kurang. Karena standarnya berat.</li> </ul>	R.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurangnya komitmen pimpinan terhadap program PPI di rumah sakit.</li> </ul>

Jadi ya tidak difasilitasi untuk berjalannya PPI.		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Komitmennya ada tapi untuk implementasi dari program PPI masih belum dok.</li> </ul>	R.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adanya komitmen dari pimpinan rumah sakit.</li> <li>Adanya hambatan dari manajemen dalam pelaksanaan program PPI di rumah sakit.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nggak tahu dok.</li> </ul>	R.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tidak ada komitmen dari pimpinan rumah sakit.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Komitmennya ada tapi kurang mendukung nyatanya. PPI nggak jalan.</li> </ul>	R.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adanya komitmen dari pimpinan rumah sakit.</li> <li>Kurangnya dukungan terhadap pelaksanaan program PPI di rumah sakit.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kurang baik, sering ragu-ragu dalam menetapkan sebuah program yang mau dijalankan</li> </ul>	R.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kurangnya komitmen pimpinan terhadap program PPI di rumah sakit.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kurang ada komitmen dok kayaknya. PPI nggak greget.</li> </ul>	R.9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kurangnya komitmen pimpinan terhadap program PPI di rumah sakit.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Komitmennya kurang jadi program PPI kurang terlaksana.</li> </ul>	R.13	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kurangnya komitmen pimpinan terhadap program PPI di rumah sakit.</li> </ul>

**Pertanyaan 8** : Menurut saudara bagaimana pengaruh pimpinan terhadap anggota untuk melaksanakan program PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?

Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
---------------------	----------------	--------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biasa saja. PPI standarnya terlalu berat bagi rumah sakit jadi sepertinya ya gimana ya, nggak diapa-apain. Mengajukan ini itu berhubungan dengan budget, sedangkan kita disuruh efisien ya gimana ya PPI nggak bisa jalan.</li> </ul>	R.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurangnya perhatian terhadap PPI di rumah sakit..</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bu direktur memasrahkan PPI ke Komite PPI, tapi di komite itu sendiri yang baru pelatihan cuma saya sama IPCD, jadi ya memahamkan ke anggota lain agak susah. Untuk diajak mikir bareng-bareng juga susah. Jadi saya merasa mikir sendiri.</li> </ul>	R.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurangnya kendali dan kontrol dari pimpinan rumah sakit terhadap pelaksanaan PPI.</li> <li>• Kurangnya perhatian terhadap peningkatan mutu SDM sebagai anggota komite PPI</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nggak tahu dok. Nggak krasa yang gimana-gimana.</li> </ul>	R.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada pengaruh dari pimpinan rumah sakit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nggak ada pengaruhnya kayaknya dok.</li> </ul>	R.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada pengaruh dari pimpinan rumah sakit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada pengaruh dok, karena seringkali keputusan dari komite itu tidak disepakati Direktur padahal tujuannya</li> </ul>	R.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada pengaruh dari pimpinan rumah sakit.</li> <li>• Pimpinan kurang proaktif dalam pelaksanaan PPI.</li> </ul>

baik. Jadi ya PPI sering jalan sendiri sekecandaknya, soalnya keterbatasan dana juga		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengaruhnya kalo pas lagi anget-angetnya, nanti semua anggota PPI dikejar-kejar. Tapi lama-lama ya dibiarin terus nggak ada tindak lanjut lagi.</li> </ul>	R.9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurangnya kontinuitas perhatian dari pimpinan rumah sakit.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang ada pengaruhnya, jadi PPI enggak jalan optimal.</li> </ul>	R.13	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada pengaruh dari pimpinan rumah sakit.</li> </ul>

**Pertanyaan 9** : Menurut saudara bagaimana keberlangsungan pertemuan berkala atau koordinasi anggota Komite PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?

Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sulit untuk menentukan waktunya bisa rutin, soalnya masing-masing anggota kana da shift dan beban kerja dobel-dobel. Paling ya seminggu sekali tapi ya yang dating cuma dua atau tiga orang.</li> </ul>	R.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurangnya koordinasi dari seluruh anggota komite PPI</li> <li>• Adanya kendala <i>double job</i> dari masing-masing anggota Komite PPI sehingga sulit untuk berkoordinasi bersama.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya harusnya seminggu sekali dok, tapi sulit ngepasin jadwalnya jadi ya nggak jalan.</li> </ul>	R.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adanya kendala <i>double job</i> dari masing-masing anggota Komite PPI sehingga sulit untuk berkoordinasi bersama.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jarang dok. Ya karena sulit ketemu waktunya buat koordinasi PPI. Ya paling berapa bulan ya. Lama nggak rapat PPI.</li> </ul>	R.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertemuan koordinasi Komite PPI tidak berjalan rutin.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya sebulan sekali itu paling cepet. Akhir-akhir ini jarang.</li> </ul>	R.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertemuan koordinasi Komite PPI tidak berjalan rutin.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada kendala karena kekoordinasi seluruh anggota sulit dicapai ditempuh sehingga jarang koordinasi. SK saja katanya sudah turun tapi belum sampai sosialisasi. Pertemuan berkala setiap seminggu sekali seharusnya tapi ya itu tadi dok susah untuk ketemunya.</li> </ul>	R.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertemuan koordinasi Komite PPI tidak berjalan rutin.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nggak tahu dok. Nggak pernah kayaknya.</li> </ul>	R.9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertemuan koordinasi Komite PPI tidak berjalan rutin.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lumayan baik. Ya sebulan sekali. Tapi nggak rutin.</li> </ul>	R.13	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertemuan koordinasi Komite PPI tidak berjalan rutin.</li> </ul>

<b>Pertanyaan 10</b> : Menurut saudara apa saja yang dibahas dalam pertemuan berkala?		
Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ya bahas program PPI.</li> </ul>	R.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pembahasan program PPI.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Biasanya yang dibahas program PPI.</li> </ul>	R.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pembahasan program PPI.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nggak tahu dok. Soalnya jarang datang sih, trus juga nggak dikasih tau kemarin kalo rapat bahas apa,</li> </ul>	R.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tidak tahu.</li> <li>Tidak disiplin dalam menghadiri pertemuan.</li> <li>Kurangnya komunikasi antar anggota Komite PPI.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ya bahas program yang mau disosialisasikan.</li> </ul>	R.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pembahasan program PPI.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ya bahas tentang Tim PPI, pedoman PPI untuk rumah sakit, kalo program belum pernah dibahas sampai selesai.</li> </ul>	R.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pembahasan pedoman PPI.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Saya selama ini cuma ikut sekali, yang dibahas ya disuruh nyatet handshoen yang dipake, penggunaan tissue di IGD, terus sampah medis non medis sesuai enggak buangnya.</li> </ul>	R.9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pembahasan tugas anggota Komite PPI.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Program kerja lanjutan.</li> </ul>	R.13	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pembahasan program PPI.</li> </ul>

<b>Pertanyaan 11</b> : Menurut saudara siapakah yang bertanggungjawab menjalankan fungsi pengawasan kepatuhan petugas, ketersediaan fasilitas dan kebutuhan dalam melaksanakan preosedur tindakan yang sesuai dengan prosedur PPI?		
Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding

• Ya semua anggota PPI.	R.2	-
• Seluruh anggota Komite PPI	R.3	-
• Semua anggota komite PPI dok	R.4	-
• Semua anggota PPI.	R.5	-
• IPCN.	R.6	-
• IPCN.	R.9	-
• Seluruh warga rumah sakit	R.13	-

### C. ORGANISASI

<b>Pertanyaan 12</b> : Menurut saudara bagaimanakah struktur organisasi Komite PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede? Siapa sajakah orang yang terlibat didalamnya?		
Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya kalo dari struktur sudah sesuai dengan PMK. Ada Ketua, Sekretaris, IPCD, IPCN, IPCLN, dan anggota.</li> <li>• Ya saya sebagai ketua dan IPCD, Gia sebagai sekretaris sekaligus IPCLN, IPCN ada mbak erni, IPCLN ada mba Ari, Lia, Tari trus anggotanya ada Eka Gizi.</li> </ul>	R.2	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Struktur anggota komite PPI ada ketua yang jadi ketuanya dr. Ninda, sekrearisnya Gianisa, IPCDnya juga dr. Ninda,IPCNnya saya, IPCLNnya ada Lia, Tari Ari, anggotanya ada Eka.</li> </ul>	R.3	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada IPCD dr. Ninda,IPCN mba Erni, IPCLN nya saya, Tari, Ari.</li> </ul>	R.4	-

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada IPCD nya dr. Ninda, IPCNnya Mba Erni, sama IPCLN ada saya, Lia, Tari, Gia. Trus anggota lainnya ada Eka Gizi.</li> </ul>	R.5	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite, ktua, sekretaris (IPCN), IPCN, IPCLN, anggota</li> <li>• Yang ada disitu sedikit tahu. IPCD ada dr. Ninda sekaligus jadi ketua, IPCN mba Erni, IPCLN ada Gia sekaligus jadi sekretaris, Lia, Mba Ari, Tari. Trus saya sendiri jadi anggota.</li> </ul>	R.6	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCD dr. Ninda, IPCN mba Erni, IPCLN Saya, Mba Ari, Lia</li> </ul>	R.9	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya sesuai yang ada di pedoman. Saya jadi sekretaris, ketuanya dr. Ninda sama jadi IPCD, IPCN ada Mba Erni, IPCLN mba Tari, Mba Ari, Eka,</li> </ul>	R.13	-

**Pertanyaan 13** : Menurut saudara, minimal unit apa saja yang harus terlibat di dalam Komite PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?

Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semua unit harus terlibat karena PPI tidak mengenal unit.</li> </ul>	R.2	Seluruh unit di RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semua unit dok harus terlibat di PPI idealnya. Tapi disini belum semua.</li> </ul>	R.3	Seluruh unit di RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semua unit dok.</li> </ul>	R.4	Seluruh unit di RS

• Semua unit dok.	R.5	Seluruh unit di RS
• Unit pelayanan medis dan penunjang medis, semua unit yg berubungan langsung dengan pelayanan terhadap pasien	R.6	Seluruh unit di RS
• Seluruh lini rumah sakit	R.9	Seluruh unit di RS
• Semua unit rumah sakit	R.13	Seluruh unit di RS

**Pertanyaan 14** : Menurut saudara, berapa jumlah anggota Komite PPI yang menghadiri pertemuan rutin? Apakah semua anggota datang?

Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
• Ya seringnya 3-5 orang.	R.2	Tidak semua anggota Komite hadir
• Paling sering ya 3 orang dok.	R.3	Tidak semua anggota Komite hadir
• Mmm.. berapa ya dok. Sedikit kayaknya.	R.4	Tidak semua anggota Komite hadir
• Sedikit dok, paling Cuma 3-4 orang.	R.5	Tidak semua anggota Komite hadir
• Seringnya 3 orang, paling banyak 5-6 dari semua anggota komite anggota	R.6	Tidak semua anggota Komite hadir
• Nggak tahu, nggak ada pertemuan rutin kayaknya.	R.9	Tidak tahu
• Hampir semua datang di 2 kali rapat kemarin.	R.13	Tidak semua anggota Komite hadir

**Pertanyaan 15** : Menurut saudara, apakah anda tahu jabatan saudara di Komite PPI beserta uraian tugas dan tanggung jawab bagi setiap anggota yang duduk di Komite PPI?

Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tahu, saya merangkap jadi Ketua dan IPCD.</li> <li>• Tugas dan tanggungjawabnya intinya memastikan jalannya PPI di rumah sakit, membuat program PPI, ya gitulah seperti komite lain.</li> </ul>	R.2	Tahu sebagian mengenai uraian tugasnya.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tahu dok, saya jadi IPCN. Tugasnya ya membantu IPCD, melaksanakan surveilans.</li> </ul>	R.3	Tahu sebagian mengenai uraian tugasnya.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCLN dok, tugasnya nggak tahu. Belum pernah dikasih tahu suruh ngapain. Paling suruh ngajarin hand higyne.</li> </ul>	R.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak tahu</li> <li>• Tidak ada sosialisasi mengenai uraian tugas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCLN dok. Tugasnya sosialisasi tentang PPI, semisal setiap rapat karyawan itu sosialisasi cuci tangan sama 5 momennya.</li> </ul>	R.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak dapat menjawab dengan baik.</li> <li>• Tidak ada sosialisasi mengenai uraian tugas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saya jadi anggota dari dulu dok. Ada sih urgasnya tapi belum dikasih tahu. Kalo selama ini ya sosialisasi setiap bulan itu dok untuk</li> </ul>	R.6	Tidak ada sosialisasi mengenai uraian tugas

cuci tangan yang benar.		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• IPCLN. Urgasnya lupa dok, eh nggak tahu ding.</li> </ul>	R.9	Tidak tahu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada uraian tugasnya tapi nggak bias saya sebutkan. Nggak apal saya. Ya missal sosialisasi hand higyne.</li> </ul>	R.13	Tidak dapat menjawab dengan baik.

**Pertanyaan 16** : Menurut saudara, bagaimanakah pelaksanaan tugas saudara dalam Komite PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?

Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang optimal, karena banyak kekurangan disana sini semisal sarpras, jadi ya gimana nggak bisa jalan juga wong dari awal tidak sesuai standar.</li> </ul>	R.2	Kurang maksimal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang maksimal dok, ya seperti yang saya bilang tadi, pengetahuan untuk PPI tidak merata di seluruh anggota karena belum dapat pelatihan.</li> </ul>	R.3	Kurang maksimal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang kayanya dok.</li> </ul>	R.4	Kurang maksimal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang dok kayaknya</li> </ul>	R.5	Kurang maksimal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kalau untuk di unit saya sendiri sudah maksimal dok tapi butuh evaluasi.</li> </ul>	R.6	Kurang maksimal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang dok, tidak ada pengawasan. PJ tidak pernah mengingatkan.</li> </ul>	R.9	Kurang maksimal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang maksimal</li> </ul>	R.13	Kurang maksimal

**Pertanyaan 17** : Menurut saudara, program apa saja yang direncanakan oleh Komite PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede? Apakah saudara terlibat saudara dalam penyusunan program kerja?

Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programnya ya surveilans infeksi ada IDO, ISK, sama Phlebitis. Kemudian pemenuhan fasilitas sesuai PPI.</li> <li>• Ya semua anggota diajak rembukan untuk membuat program kerja nggak bisa kalo cuma saya sendiri.</li> </ul>	R.2	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveilans infeksi yang disepakati kemarin IDO, ISK, dan Phlebitis.</li> <li>• Diajak dok diskusi unuk menentukan program kerja.</li> </ul>	R.3	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nggak tahu dok, jarang diajak rapat.</li> </ul>	R.4	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programnya sosialisasi hand hygiene.</li> <li>• Diajak bahas dok untuk menentukan mau apa programnya.</li> </ul>	R.5	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penambahan wastafel untuk cuci tangan, penilaian APD, sosialisasi cuci tangan, saat ini sedang dibuat RKA PPI kayaknya.</li> <li>• Sering dilibatkan tapi sering mixed up dengan beban kerja jabatan lain</li> </ul>	R.6	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak terlibat.</li> </ul>	R.9	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang terlibat.</li> </ul>	R.13	

**Pertanyaan 18** : Menurut saudara, apakah tujuan dari PPI?

Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
---------------------	----------------	--------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Upaya mengendalikan infeksi di RS sebelum terjadinya HAI's</li> </ul>	R.2	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untuk mengendalikan infeksi dok</li> </ul>	R.3	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apa ya, ya biar nggak terjadi infeksi tambahan di RS</li> </ul>	R.4	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supaya seluruh warga RS terlindungi dari infeksi.</li> </ul>	R.5	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mencegah dan mengendalikan infeksi di RS dok. Kaya Keoanjangannya PPI.</li> </ul>	R.6	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untuk mengendalikan infeksi di RS.</li> </ul>	R.9	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melindungi PPI di PKU dan sekitarnya.</li> </ul>	R.13	

**Pertanyaan 19** : Menurut saudara, bagaimana pelaksanaan program PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?

Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang maksimal. Banyak yang double job jadi ya nggak fokus buat PPI harusnya kan semua yg purna waktu.</li> </ul>	R.2	Tidak berjalan dengan baik.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang maksimal dok. Soalnya saya sering jalan sendiri padahal butuh banyak bantuan.</li> </ul>	R.3	Tidak berjalan dengan baik.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang maksimal dok. Kayaknya nggak jalan.</li> </ul>	R.4	Tidak berjalan dengan baik.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang maksimal dok.</li> </ul>	R.5	Tidak berjalan dengan baik.

<ul style="list-style-type: none"><li>• Masih setengah jalan, belum optimal. IPCLN belum berfungsi setahu saya.</li></ul>	R.6	Tidak berjalan dengan baik.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Kurang jalan PPInya</li></ul>	R.9	Tidak berjalan dengan baik.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Belum maksimal.</li></ul>	R.13	Tidak berjalan dengan baik.

**MATRIKS TRANSKRIP HASIL WAWANCARA MENDALAM  
DENGAN RESPONDEN BUKAN ANGGOTA KOMITE PPI DI  
RSKIA PKU MUHAMMADIYAH KOTAGEDE**

**A. KARAKTERISTIK RESPONDEN**

<b>Pertanyaan 1</b> : Apakah jabatan saudara di dalam komite PPI RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?		
Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kabid Penunjang Medis</li> <li>• Dokter Fungsional</li> </ul>	R.7	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala Ruang IBS</li> </ul>	R.8	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala Unit Rawat Jalan</li> </ul>	R.10	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinator Poliklinik Obgyn</li> </ul>	R.11	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala Bagian Umum</li> </ul>	R.12	-

<b>Pertanyaan 2</b> : Sejak kapan menjadi anggota komite PPI RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede? Bila tidak menjabat, sudah berapa lama bekerja di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?		
Semua responden tidak menjabat dalam Komite PPI		
Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 tahun</li> </ul>	R.7	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 tahun</li> </ul>	R.8	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 tahun</li> </ul>	R.10	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudah 9 tahun bekerja disini</li> </ul>	R.11	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 tahun</li> </ul>	R.12	-

<b>Pertanyaan 3</b> : Apakah latar pendidikan saudara?		
Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
• S1	R.7	-
• DIII Kebidanan	R.8	-
• DIII Keperawatan	R.10	-
• DIII Kebidanan	R.11	-
• DIII Manajemen	R.12	-

<b>Pertanyaan 4</b> : Apakah saudara pernah mendapatkan pendidikan dan pelatihan terkait PPI?		
Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
Belum pernah	R.7	-
Belum pernah	R.8	-
Belum pernah	R.10	-
Belum pernah	R.11	-
Belum pernah	R.12	-

<b>Pertanyaan 5</b> : Apakah saudara mempunyai tugas atau jabatan lain selain di Komite PPI?		
Seluruh responden tidak menjadi anggota Komite PPI dan masing-masing memiliki jabatan lain ( <i>double job</i> )		
Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
• Banyak, saya jadi ketua K3 RS juga, Tim Keselamatan Pasien, Sub Mutu Komite medik, dan Wakil Ketua Tim Anti Fraud di RS.	R.7	-
• Saya jadi Karu sama anggota PKBR dok.	R.8	-
• Ada dok selain Karu, seperti PJ indicator mutu, Koordinator	R.10	-

asesmen pasien.		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada dok, PJ Baksos di RS, anggota PKBRS.</li> </ul>	R.11	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Banyak dok. Di PKRS, K3 RS.</li> </ul>	R.12	-

## B. MANAJEMEN

<b>Pertanyaan 6</b> : Menurut saudara apa yang menjadi prioritas pimpinan dalam meningkatkan mutu layanan kesehatan di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?		
Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioritasnya nggak jelas. Masih bingung karena kendala dana.</li> </ul>	R.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada prioritas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akreditasi sepertinya dok.</li> </ul>	R.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akreditasi</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Harusnya kesejahteraan karyawan. Tapi saat ini belum tercapai.</li> </ul>	R.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada prioritas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nggak tahu</li> </ul>	R.11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak tahu</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioritasnya tidak bisa dipastikan mau kemana.</li> </ul>	R.12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada prioritas</li> </ul>

<b>Pertanyaan 7</b> : Menurut saudara bagaimanakah komitmen pimpinan tentang program PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?		
Hanya ada 1 orang yang menjawab ada komitmen dari pimpinan RS		
Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komitmennya ada tapi implementasinya nggak jalan.</li> </ul>	R.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada komitmen tetapi tidak ada implementasi</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apa ya dok, kayaknya nggak ada.</li> </ul>	R.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada komitmen</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang fokus untuk PPI</li> </ul>	R.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada komitmen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada Komitmennya seperti untuk cuci tangan selalu diinfokan yang terbaru.</li> </ul>	R.11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada komitmen tetapi tidak seluruhnya terhadap program</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada komitmen</li> </ul>	R.12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada komitmen</li> </ul>

**Pertanyaan 8** : Menurut saudara bagaimana pengaruh pimpinan terhadap anggota untuk melaksanakan program PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?

Hanya ada 1 responden yang menjawab ada pengaruh pimpinan dalam bentuk dukungan terhadap pelaksanaan program PPI

Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang ada pengaruh, nggak ada evaluasi juga.</li> </ul>	R.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurangnya perhatian terhadap PPI di rumah sakit..</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nggak krasa ada pengaruhnya dok. Kayannya PPI jalan sendiri.</li> </ul>	R.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada pengaruh dari pimpinan rumah sakit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang berpengaruh.</li> </ul>	R.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada pengaruh dari pimpinan rumah sakit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada dukungan untuk PPI, seperti sosialisasi setiap bulan untuk cuci tangan. Kalo selain cuci tangan nggak tahu.</li> </ul>	R.11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada dukungan dan pengaruh dari pimpinan namun tidak semuanya</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nggak ada pengaruhnya.</li> </ul>	R.12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada pengaruh dari pimpinan rumah sakit.</li> </ul>

<b>Pertanyaan 9</b> : Menurut saudara bagaimana keberlangsungan pertemuan berkala atau koordinasi anggota Komite PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?		
Seluruh responden menjawab tidak tahu		
• Tidak tahu. Nggak pernah lihat atau ikut kalo rapat.	R.7	
• Nggak rutin sepertinya dok	R.8	
• Tidak saya ketahui	R.10	
• Nggak tahu	R.11	
• Nggak tahu, nggak pernah kedengeran kalo ada rapat-rapat.	R.12	

<b>Pertanyaan 10</b> : Menurut saudara apa saja yang dibahas dalam pertemuan berkala?		
Semua responden menjawab tidak tahu		

<b>Pertanyaan 11</b> : Menurut saudara siapakah yang bertanggungjawab menjalankan fungsi pengawasan kepatuhan petugas, ketersediaan fasilitas dan kebutuhan dalam melaksanakan prosedur tindakan yang sesuai dengan prosedur PPI?		
Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
Ya seharusnya semua yang bekerja di rumah sakit bertanggung jawab terhadap dirinya sendiri terkait PPI namun untuk kontrolnya ya dalam hal ini menjadi tanggung jawab komite PPI.	R.7	Komite PPI
Ya komite PPI dok. Kan sudah menjadi tugasnya.	R.8	
Semua anggota PPI dok.	R.10	
Anggota PPI.	R.11	
Pimpinan RS, Komite PPI, IPCN	R.12	

### C. ORGANISASI

<b>Pertanyaan 12</b> : Menurut saudara bagaimanakah struktur organisasi Komite PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede? Siapa sajakah orang yang terlibat didalamnya?		
Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturnya ada Ketua, Sekretaris, IPCD, IPCN, IPCLN, dan anggota.</li> <li>• Ketua dan IPCD ada dr. Ninda, ada sekretaris IPCN ada mbak erni, IPCLN ada di unit-unit.</li> </ul>	R.7	Dapat menyebutkan struktur organisasi Tim PPI dan nama anggota disebutkan lengkap.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nggak hapal dok.</li> </ul>	R.8	Tidak tahu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturnya kayaknya ada tapi seadanya</li> </ul>	R.10	Tidak tahu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketua, wakil, sekretaris, anggota. Untuk orang-orangnya nggak hapal.</li> </ul>	R.11	Tidak tahu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite, ketua, sekretaris (IPCN), IPCN, IPCLN, anggota</li> <li>• Yang ada disitu sedikit tahu. IPCD ada dr. Ninda sekaligus jadi ketua, IPCN mba Erni, IPCLN ada Gia sekaligus jadi sekretaris, Lia, Mba Ari, Tari.</li> </ul>	R.12	Dapat menyebutkan struktur organisasi Tim PPI dan nama anggota disebutkan lengkap.

<b>Pertanyaan 13</b> : Menurut saudara, minimal unit apa saja yang harus terlibat di dalam Komite PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?		
Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
Sebenarnya seluruh bagian yang ada di rumah sakit pasti memiliki resiko infeksi jadi kalau harus memberi batasan minimal sebenarnya ya	R.7	semua unit di RS

bingung juga. Setidaknya semua bagian pelayanan dan penunjang, sanitasi, linen laundry mungkin ya, yang setiap hari terpapar dengan kondisi atau lingkungan pasien.		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rawat inap, rawat jalan, lab, VK, sama OK mungkin ya dok.</li> </ul>	R.8	sebagian unit di RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Semua unit dok.</li> </ul>	R.10	semua unit di RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Semuanya dok yang ada di rumah sakit.</li> </ul>	R.11	semua unit di RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Minimal ya..Gizi, linen laundry, Farmasi, Sanitasi, K3.</li> </ul>	R.12	sebagian unit di RS

<b>Pertanyaan 14</b> : Menurut saudara, berapa jumlah anggota Komite PPI yang menghadiri pertemuan rutin? Apakah semua anggota datang?		
Seluruh responden tidak tahu hanya menduga yang datang tidak seluruh anggota.		
Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
Saya tidak pernah ikut koordinasi PPI jadi tidak tahu untuk jumlah anggota yang datang saat koordinasi atau rapat.	R.7	Tidak tahu
Nggak tahu dok.	R.8	Tidak tahu
Tidak tahu dok. Nggak pernah diajak.	R.10	Tidak tahu
Nggak tahu dok.	R.11	Tidak tahu
Mungkin sekitar 5-7 orang. Ya cuma kira-kira sih dok yang kelihatan jadi anggota PPI yang sering di sosialisasi	R.12	Tidak tahu

karyawan setiap bulan. Tidak semua anggota datang.		
-------------------------------------------------------	--	--

**Pertanyaan 15** : Menurut saudara, apakah anda tahu jabatan saudara di Komite PPI beserta uraian tugas dan tanggung jawab bagi setiap anggota yang duduk di Komite PPI?

Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
Saya tidak menjabat. Hehe. Harusnya ya uraian tugas itu ada.	R.7	Bukan anggota komite
Nggak tahu dok.	R.8	Bukan anggota komite
Tidak tahu dok.	R.10	Bukan anggota komite
Tidak tahu dok.	R.11	Bukan anggota komite
Kurang tahu kalau itu.	R.12	Bukan anggota komite

**Pertanyaan 16** : Menurut saudara, bagaimanakah pelaksanaan tugas Komite PPI dalam Komite PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?

Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sepertinya tidak bisa optimal karena kendala anggaran</li> </ul>	R.7	Sebagai warga RS yang bukan anggota merasa pelaksanaan PPI kurang maksimal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang maksimal dok.</li> </ul>	R.8	Sebagai warga RS yang bukan anggota merasa pelaksanaan PPI kurang maksimal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada yang melaksanakan tugas tapi banyak yang tidak.</li> </ul>	R.10	Sebagai warga RS yang bukan anggota merasa pelaksanaan PPI kurang maksimal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak tahu</li> </ul>	R.11	Tidak tahu

• Tidak tahu	R.12	Tidak tahu
--------------	------	------------

<b>Pertanyaan 17</b> : Menurut saudara, program apa saja yang direncanakan oleh Komite PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede? Apakah saudara terlibat saudara dalam penyusunan program kerja?		
Hampir semua informan menjawab tidak tahu. Yang menjawab tahu hanya terbatas pada sosialisasi hand hygiene		
Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
Apa ya programnya. Ya yang hand hygiene, kemudian pencatatan surveilan.	R.7	Hanya tahu sebagian kegiatan PPI.
Nggak tahu dok. Kalo cuci tangan itu program nggak ya, Tapi yang sosialisasi dari PPI ih, mungkin program ya.	R.8	Hanya tahu sebagian kegiatan PPI.
Nggak tahu dok. Di lapangan jarang ada greget PPI.	R.10	Tidak tahu
Terlibat dok sebagai peserta di sosialisasi. Hehe. Ya programnya yang cuci tangan itu kan, terus ngasih tahu metode terbaru cuci tangan. Misal dulu kalo hand rub 60 detik sekarang jadi 40 detik.	R.11	Hanya tahu sebagian kegiatan PPI.
Yang saya tahu ada audit cuci tangan, audit pemakaian APD	R.12	Hanya tahu sebagian kegiatan PPI.

<b>Pertanyaan 18</b> : Menurut saudara, apakah tujuan dari PPI?		
Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
Untuk mencegah dan mengendalikan infeksi di rumah sakit	R.7	Mencegah dan mengendalikan infeksi di RS
Untuk mengendalikan infeksi di RS dok	R.8	Mengendalikan infeksi
Untuk mengendalikan infeksi di RS dok	R.10	Mengendalikan infeksi
Untuk pencegahan infeksi di	R.11	Mencegah infeksi

RS		
Sebagai upaya untuk pencegahan dan pengendalian infeksi di RS.	R.12	Mencegah dan mengendalikan infeksi di RS

**Pertanyaan 19** : Menurut saudara, bagaimana pelaksanaan program PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?

Transkrip Wawancara	Kode Responden	Koding
Ya masih gini-gini aja kayanya. Masih belum bisa seperti yang seharusnya. Ya itu tadi kendala di SDM dan dana.	R.7	Tidak berjalan dengan baik.
Kurang maksimal dok.	R.8	Tidak berjalan dengan baik.
Kurang optimal	R.10	Tidak berjalan dengan baik.
Kurang maksimal dok.	R.11	Tidak berjalan dengan baik.
Belum berjalan maksimal.	R.12	Tidak berjalan dengan baik.