

Lampiran 1

PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN

Kepada Yth:

Informan

Di tempat

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan mengetahui tentang gambaran implementasi program pencegahan dan pengendalian infeksi dengan menggunakan kerangka penilaian *Infection Prevention and Control Assessment Framework (IPCAF)* pada rumah sakit “X” di Wilayah Bekasi dengan melakukan wawancara mendalam oleh peneliti. Hasil penelitian ini akan dijadikan bahan masukan bagi pihak rumah sakit untuk dapat dijadikan pertimbangan pihak rumah sakit di dalam pengambilan keputusan pembuatan kebijakan baru terkait PPI untuk kedepannya.

Penelitian ini tidak akan memberikan dampak negatif di kemudian hari karena peneliti berjanji akan menghargai hak informan dengan cara identitas pribadi Bapak/Ibu dan semua informasi yang diberikan akan dirahasiakan serta hanya akan digunakan untuk penelitian ini. Selanjutnya saya mohon kesediaan Bapak/Ibu menjawab pertanyaan dalam wawancara berbentuk diskusi dengan terbuka dan apa adanya. Waktu yang digunakan dalam melakukan diskusi berkisar 30 menit sampai 1 jam.

Oleh karena itu, melalui penjelasan yang singkat ini, peneliti sangat mengharapkan partisipasi informan dalam penelitian ini. Partisipasi dalam penelitian ini bersifat sukarela, sehingga Bapak/Ibu bebas untuk mengundurkan diri setiap saat tanpa adanya sanksi apapun. Jika dalam proses pengumpulan data masih ada informasi yang dibutuhkan, informan bersedia dihubungi kembali melalui telpon atau whatsapp atau email sesuai dengan yang tertera dibawah ini :

Nomor telpon :

Nomor whatsapp :

Alamat email :

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini bersedia untuk menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswi S1 Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Esa Unggul Jakarta dengan judul "Gambaran Penerapan Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) Dengan Menggunakan *Infection Prevention And Control Assessment Framework (IPCAF)* Pada Rumah Sakit "X" Di Wilayah Bekasi Tahun 2023".

Saya memahami bahwa penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan informasi yang lebih mendalam serta menggali gagasan atau ide atas permasalahan yang diteliti dan tidak akan berakibat negatif terhadap saya, oleh karena itu saya bersedia menjadi informan pada penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tidak ada paksaan dari pihak manapun.

Tertanda,

Informan



(.....
MARIANNA.....)

Saksi



(.....)

Peneliti



(.....
Sisilia Revita.....)

Lampiran 3. Pedoman Wawancara

A. Identitas Informan

1. Nama :
2. Alamat :
3. Jenis Kelamin :
4. Umur :
5. Jabatan :
6. Tanggal wawancara :

B. Petunjuk Pelaksanaan Wawancara Mendalam

1. Perkenalan dan ucapan terima kasih kepada informan
2. Wawancara direkam menggunakan recorder dan dicatat oleh peneliti. Menjelaskan maksud dari wawancara ini adalah menggali informasi yang sedalm-dalamnya tentang penerapan program PPI sesuai dengan kerangka penilaian *IPCAF* dari WHO di rumah sakit X di Wilayah Bekasi tahun 2023
3. Informan bebas memberikan jawaban dan komentar karena hal tersebut sangat bernilai, jawaban tidak ada yang salah dan yang benar karena wawancara yang dilakukan ini hanya untuk tugas akhir penelitian bukan penilaian institusi.

C. Pokok Bahasan

1. Program PPI
 - a. Informan Kunci :
 - 1) Bagaimana proses pembuatan dan penerapan program PPI di rumah sakit Anda ?
 - 2) Siapa yang melaksanakan dan memonitoring program PPI di rumah sakit Anda
 - 3) Bagaimana mengukur keberhasilan tujuan program tersebut ?
 - 4) Bagaimana gambaran dukungan manajemen atau pimpinan rumah sakit Anda terhadap pelaksanaan program PPI ?
 - b. Informan Utama :
 - 1) Bagaimana proses pembuatan dan penerapan program PPI di rumah sakit Anda ?
 - 2) Siapa yang melaksanakan dan memonitoring program PPI di rumah sakit Anda ?
 - 3) Bagaimana mengukur keberhasilan tujuan program tersebut ?

- 4) Bagaimana gambaran dukungan manajemen atau pimpinan rumah sakit Anda terhadap pelaksanaan program PPI ?
- c. Informan Pendukung :
 - 1) Terdiri dari siapa saja anggota KPPI di rumah sakit Anda ?
 - 2) Siapa yang melaksanakan dan memonitoring program PPI di rumah sakit Anda dan bagaimana melakukannya ?
 - 3) Bagaimana gambaran dukungan manajemen atau pimpinan rumah sakit Anda terhadap pelaksanaan program PPI ?
2. Pedoman PPI
 - a. Informan Kunci :
 - 1) Bagaimana proses pembuatan pedoman PPI di rumah sakit Anda ?
 - 2) Siapa saja yang terlibat dalam penyusunan regulasi PPI di rumah sakit Anda?
 - 3) Bagaimana petugas kesehatan mengetahui tentang regulasi PPI yang ada di rumah sakit Anda ?
 - 4) Bagaimana cara pemantauan penerapan regulasi tersebut di unit kerja rumah sakit Anda?
 - b. Informan Utama :
 - 1) Bagaimana proses pembuatan pedoman PPI di rumah sakit Anda ?
 - 2) Siapa saja yang terlibat dalam penyusunan regulasi PPI di rumah sakit Anda?
 - 3) Bagaimana petugas kesehatan mengetahui tentang regulasi PPI yang ada di rumah sakit Anda ?
 - 4) Bagaimana cara pemantauan penerapan regulasi tersebut di unit kerja rumah sakit Anda?
 - c. Informan Pendukung :
 - 1) Apa saja regulasi (Pedoman, Kebijakan dan SPO PPI) yang ada di rumah sakit Anda ?
 - 2) Bagaimana Anda mengetahui tentang regulasi PPI yang ada di rumah sakit Anda ?
 - 3) Bagaimana KPPI melakukan pemantauan atau audit penerapan regulasi (Pedoman, Kebijakan dan SPO PPI) di unit Anda ?
3. Pendidikan dan Pelatihan PPI
 - a. Informan Kunci :

- 1) Bagaimana pelaksanaan pendidikan dan pelatihan PPI di rumah sakit Anda ?
 - 2) Siapa saja yang memberikan pelatihan PPI di rumah sakit Anda ?
 - 3) Bagaimana edukasi terkait PPI kepada pasien dan keluarga pasien ?
 - 4) Bagaimana pengembangan pendidikan berkelanjutan untuk anggota KPPI ?
- b. Informan Utama :
- 1) Bagaimana pelaksanaan pendidikan dan pelatihan PPI di rumah sakit Anda ?
 - 2) Siapa saja yang memberikan pelatihan PPI di rumah sakit Anda ?
 - 3) Bagaimana edukasi terkait PPI kepada pasien dan keluarga pasien ?
 - 4) Bagaimana pengembangan pendidikan berkelanjutan untuk anggota KPPI ?
- c. Informan Pendukung :
- 1) Apa saja yang Anda ketahui tentang pendidikan dan pelatihan PPI di rumah sakit Anda ?
 - 2) Siapa saja yang memberikan pelatihan PPI di rumah sakit Anda ?
 - 3) Pelatihan apa saja yang sudah Anda ikuti terkait PPI?
 - 4) Bagaimana Anda melakukan edukasi terkait PPI kepada pasien dan keluarga pasien ?
4. Surveilans *HAIs*
- a. Informan Kunci :
- 1) Bagaimana gambaran pelaksanaan surveilans *HAIs* yang dilakukan di rumah sakit Anda ?
 - 2) Bagaimana sarana dan prasarana pendukung surveilans *HAIs* yang Anda gunakan ?
 - 3) Bagaimana melakukan prioritas target dalam melakukan surveilans *HAIs* di rumah sakit Anda ?
 - 4) Bagaimana pelaksanaan umpan balik terhadap kejadian *HAIs* ?
 - 5) Bagaimana pelaksanaan evaluasi terhadap surveilans *HAIs* di rumah sakit Anda?
 - 6) Bagaimana rumah sakit Anda menganalisis resistensi antimikroba?
- b. Informan Utama :

- 1) Bagaimana gambaran pelaksanaan surveilans HAIs yang dilakukan di rumah sakit Anda ?
- 2) Bagaimana sarana dan prasarana pendukung surveilans HAIs yang Ada gunakan ?
- 3) Bagaimana melakukan prioritas target dalam melakukan surveilans HAIs di rumah sakit Anda ?
- 4) Bagaimana pelaksanaan umpan balik terhadap kejadian HAIs ?
- 5) Bagaimana pelaksanaan evaluasi terhadap surveilans HAIs di rumah sakit Anda?
- 6) Bagaimana rumah sakit Anda menganalisis resistensi antimikroba?

c. Informan Pendukung :

- 1) Bagaimana gambaran pelaksanaan surveilans HAIs di rumah sakit Anda ?
- 2) Bagaimana Anda mendapatkan informasi terkait kejadian HAIs di unit Anda ?
- 3) Apa yang Anda ketahui tentang resistensi antimikroba atau pola kuman rumah sakit ?

5. Strategi Multimodal

a. Informan Kunci :

- 1) Menurut Anda, strategi apa saja yang sudah dilakukan di rumah sakit Anda dalam terlaksananya penerapan PPI ?
- 2) Siapa saja yang terlibat dala penetapan strategi tersebut ?
- 3) Bagaimana peran PMKP dalam keikutsetaan penetapan strategi dalam penerapan PPI ?

b. Informan Utama :

- 1) Menurut Anda, strategi apa saja yang sudah dilakukan di rumah sakit Anda dalam terlaksananya penerapan PPI ?
- 2) Siapa saja yang terlibat dala penetapan strategi tersebut ?
- 3) Bagaimana peran PMKP dalam keikutsetaan penetapan strategi dalam penerapan PPI ?

c. Informan Pendukung :

- 1) Apa saja yang Anda ketahui tentang strategi atau Upaya yang sudah dilakukan rumah sakit ini terkait penerapan PPI ?
- 2) Siapa saja yang terlibat dala penetapan strategi tersebut ?

6. Pemantauan atau Audit dan Umpan Balik
 - a. Informan Kunci :
 - 1) Bagaimana pelaksanaan audit PPI di rumah sakit Anda?
 - 2) Siapa saja yang melakukan audit terkait PPI ?
 - 3) Bagaimana kualifikasi petugas yang melakukan audit ?
 - 4) Bagaimana pelaksanaan umpan balik hasil audit PPI di rumah sakit Anda?
 - b. Informan Utama :
 - 1) Bagaimana pelaksanaan audit PPI di rumah sakit Anda?
 - 2) Siapa saja yang melakukan audit terkait PPI ?
 - 3) Bagaimana kualifikasi petugas yang melakukan audit ?
 - 4) Bagaimana pelaksanaan umpan balik hasil audit PPI di rumah sakit Anda?
 - c. Informan Pendukung :
 - 1) Bagaimana Anda mengetahui tentang kepatuhan kebersihan tangan dan pemakaian APD di unit kerja Anda ?
 - 2) Siapa yang memberikan informasi tersebut ?
7. Beban Kerja, Kepegawaian dan Kapasitas Tempat Tidur
 - a. Informan Kunci :
 - 1) Bagaimana rasio beban kerja dengan kapasitas tempat tidur di rumah sakit Anda ?
 - 2) Bagaimana desain ruangan perawatan terkait kapasitas tempat tidur ?
 - 3) Bagaimana respon yang dilakukan rumah sakit Anda bila kapasitas tempat tidur sudah melampaui kapasitas ?
 - b. Informan Utama :
 - 1) Bagaimana rasio beban kerja dengan kapasitas tempat tidur di rumah sakit Anda ?
 - 2) Bagaimana desain ruangan perawatan terkait kapasitas tempat tidur ?
 - 3) Bagaimana respon yang dilakukan rumah sakit Anda bila kapasitas tempat tidur sudah melampaui kapasitas ?
 - c. Informan Pendukung :
 - 1) Bagaimana rasio beban kerja dengan kapasitas tempat tidur di rumah sakit Anda ?
 - 2) Bagaimana desain ruangan perawatan terkait kapasitas tempat tidur ?

- 3) Bagaimana respon yang dilakukan rumah sakit Anda bila kapasitas tempat tidur sudah melampaui kapasitas ?
8. Lingkungan, Sarana dan Prasarana Pendukung PPI
 - a. Informan Kunci :

Bagaimana lingkungan, sarana dan prasarana sebagai pendukung penerapan PPI di rumah sakit Anda yang meliputi ketersediaan air, kebersihan tangan dan sanitasi, ventilasi, kebersihan lingkungan, penempatan pasien, ketersediaan APD, pengelolaan limbah dan pembuangan limbah, serta dekontaminasi dan sterilisasi ?
 - b. Informan Utama :

Bagaimana lingkungan, sarana dan prasarana sebagai pendukung penerapan PPI di rumah sakit Anda yang meliputi ketersediaan air, kebersihan tangan dan sanitasi, ventilasi, kebersihan lingkungan, penempatan pasien, ketersediaan APD, pengelolaan limbah dan pembuangan limbah, serta dekontaminasi dan sterilisasi ?
 - c. Informan Pendukung :

Bagaimana lingkungan, sarana dan prasarana sebagai pendukung penerapan PPI di rumah sakit Anda yang meliputi ketersediaan air, kebersihan tangan dan sanitasi, ventilasi, kebersihan lingkungan, penempatan pasien, ketersediaan APD, pengelolaan limbah dan pembuangan limbah, serta dekontaminasi dan sterilisasi ?

No	Komponen Inti	Dokumen	Ada	Tidak Ada	Keterangan
3	Pendidikan dan Pelatihan PPI	1. Jadwal Pendidikan dan Pelatihan PPI 2. Materi Pelatihan dan Pendidikan PPI 3. Daftar Hadir Pelatihan dan Pendidikan PPI 4. Bukti edukasi kepada pasien dan keluarga pasien terkait PPI 5. Sertifikat pelatihan anggota KPPI	√ √ √ √ √		Pencapaian 46% (target 75%)
4	Surveilans <i>HAIs</i>	1. Data surveilans 2. Hasil surveilans <i>HAIs</i> , Analisa, tindak lanjut 3. ICRA surveilans <i>HAIs</i> 4. Bukti umpan balik surveilans <i>HAIs</i>	√ √ √ √		
5	Strategi Multimodal	1. Jadwal Pendidikan dan Pelatihan PPI 2. Materi Pelatihan dan Pendidikan PPI 3. Daftar Hadir Pelatihan dan Pendidikan PPI 4. Bukti umpan balik audit PPI	√ √ √ √		
6	Pemantauan atau Audit dan Umpan balik	1. Pedoman Audit PPI (indikator, target) 2. Jadwal Audit PPI 3. Tool Audit PPI 4. Hasil Audit, Analisa dan tindak lanjut 5. Umpan balik hasil audit PPI	√ √ √ √ √		
7	Beban kerja, kepegawaian dan kapasitas tempat tidur	1. Analisa beban kerja staff	√		Ditunjukkan oleh HRD
8	Lingkungan, Sarana dan	1. Neraca limbah	√ √		

No	Komponen Inti	Dokumen	Ada	Tidak Ada	Keterangan
	prasarana Pendukung PPI	2. Pemantauan tekanan ruangan isolasi tekanan negative 3. <i>Log book cleaning service</i>	√		Belum konsisten dalam pengisian

Lampiran 5. LEMBAR CHECKLIST

Studi Kualitatif “Gambaran Penerapan Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) Dengan Menggunakan *Infection Prevention And Control Assessment Framework (IPCAF)* Pada Rumah Sakit “X” Di Wilayah Bekasi Tahun 2023”

No	Komponen Inti	Item Yang Di Observasi	Dilakukan	Tidak Dilakukan	Keterangan
1	Program PPI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Program PPI 2. Struktur organisasi KPPI/Tim PPI 	<p>√</p> <p>√</p>		
2	Pedoman PPI	<ol style="list-style-type: none"> 1. SPO Kewaspadaan Standar 2. SPO Kewaspadaan Berdasarkan Transmisi 3. SPO Kebersihan Tangan 4. SPO Pencegahan Pneumonia terkait pemakaian ventilator 5. SPO Pencegahan ISK Terkait Pemasangan Kateter Urine 6. SPO Desinfeksi dan Sterilisasi 7. SPO Penyuntikan yang aman 8. SPO pengelolaan Limbah 	<p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p>		
3	Beban kerja, sumber daya manusia dan kapasitas tempat tidur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rasio perawat rawat inap 1:7 2. Penempatan pasien satu pasien per tempat tidur 3. Jarak antar tempat tidur pasien > 1 meter 	<p>√</p> <p>√</p> <p>√</p>		Saat observasi di rawat inap pasien sedikit sehingga tenaga cukup

No	Komponen Inti	Item Yang Di Observasi	Dilakukan	Tidak Dilakukan	Keterangan
4	Lingkungan, Sarana dan Prasarana Pendukung PPI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tersedia suplai air bersih yang memadai 2. Tersedia hand sanitizer, wastafel, handsoap dan pengering tangan 3. Tersedia toilet di rawat inap dan rawat jalan 4. Tersedia pasokan daya listrik yang memadai 5. Tersedia sistem ventilasi di setiap ruangan 6. Tersedia dokumentasi pembersihan setiap ruangan 7. Tersedia <i>chemical</i> untuk pembersihan permukaan 8. Tersedia ruangan isolasi 9. Tersedia APD yang memadai 10. Tersedia tempat pembuangan limbah non infeksius 11. Tersedia tempat pembuangan limbah infeksius 12. Tersedia atau bekerjasama dengan pihak kedua untuk pemusnahan limbah infeksius dan benda tajam 13. Tersedia sistem pengolahan limbah cair yang berfungsi baik 14. Tersedia tempat atau area untuk dekontaminasi alat 	<p style="text-align: center;">√</p> <p style="text-align: center;">√</p> <p style="text-align: center;">√</p> <p style="text-align: center;">√</p> <p style="text-align: center;">√</p> <p style="text-align: center;">√</p> <p style="text-align: center;">√</p> <p style="text-align: center;">√</p> <p style="text-align: center;">√</p> <p style="text-align: center;">√</p> <p style="text-align: center;">√</p> <p style="text-align: center;">√</p> <p style="text-align: center;">√</p> <p style="text-align: center;">√</p> <p style="text-align: center;">√</p> <p style="text-align: center;">√</p> <p style="text-align: center;">√</p> <p style="text-align: center;">√</p> <p style="text-align: center;">√</p> <p style="text-align: center;">√</p> <p style="text-align: center;">√</p>		

No	Komponen Inti	Item Yang Di Observasi	Dilakukan	Tidak Dilakukan	Keterangan
		15. Tersedia tempat untuk sterilisasi			Sterilisasi dilakukan di ruma sakit lain

Lampiran 6. MATRIX WAWANCARA

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
1	Program PPI							
	a. Bagaimana proses pembuatan dan penerapan program PPI di rumah sakit Anda ?	Jadi program PPI disini diambil dari masalah yang menduduki prioritas tertinggi, kami ambil 5 – 10 besar masalah yang ada dari hasil ICRA, kemudian kami saling berdiskusi untuk membuat tujuan, strategi, menentukan PIC atau penanggung jawab dan juga datelinenya, ini masih di dalam format ICRA. Selanjutnya dari format ICRA ini dibuat ke format program PPI, program ini dibuat 1 tahun sekali oleh tim PPI termasuk juga saya sebagai ketua PMKP dan unit-unit	disini sudah sesuai dan berjalan dengan baik sesuai program yg sudah di buat oleh PPI, IPCN juga rajin keliling kak... audit, surveilans di setiap unit.	“Untuk program pelaksanaan program PPI setahu rilis itu program PPI yang ada di sini itu pokoknya PPI itu bagiannya kak Mori mengatur limbah terus biasanya kalau itu eee.... dia ada apa sih namanya eee... kita pertemuan gitu jadi kayak ada refreshingnya juga setiap setahun itu bisa satu sampai dua kali dipantau juga di audit. Eee.... kayak cuci tangan setiap eee.... di pantau juga kayak pasien-pasien kan biasanya ada eee... misalkan	“Programnya PPI hubungannya kalau misalnya ada infeksi Daerah Operasi nah perannya kesling ini apa nih di ventilasinya atau di apanya mungkin contohnya salah satunya yang selalu rutin kami lakukan ya ini, mungkin salah satunya terkait kalau ngomongin ruang operasi itu tugas kesling 6 bulan sekali melakukan kultur udara khusus untuk uji udara tugasnya sanitarian juga koordinasi dengan eee.. cleaning service	“ Eemmm... Di rumah sakit ini untuk proses pembuatan program PPI di rumah sakit kami itu yang pertama kita kan membuat ICRA dulu itu diambil berdasarkan masalah yang terjadi di akhir tahun, nah pembuatan ICRA ini yang diundang itu ada direktur terus ada dari QR atau mutu dari tim PPI. Nah.. setelah itu kita akan rumuskan masalah-masalah yang akan kita berikan program kerja untuk tahun 2023 nanti kita	“Kami membuat program berawal dari pembuatan ICRA itu adalah infection control is assessment nanti kami dari setiap ruangan akan mengumpulkan risk kemudian setelah terkumpul tim PPI. Di dalam tim PPI kami membuat prioritas masalah dan prioritas masalah ini nanti akan menjadi kegiatan pokok di dalam program kemudian dibuatlah strategi untuk melaksanakan kegiatan itu yang membuat program ini antara lain adalah tim ppi, tim mutu keperawatan dan medis.”	“Setau saya program PPI di rumah sakit saya sudah berjalan, ada IPCN yang fulltime ngerjain PPI... eeehhh... itu sih menurut saya, sudah berjalan sejauh ini” “eeehhhh... kebetulan saya klian link nya PPI bu, setau saya dari semua unit ngumpulin ICRA, jadi resiko-resiko infeksi apa saja yang ada di unit itu trus dijadikan satu oleh IPCN kemudian di prioritaskan... dari hasil prioritas itu kemudian dijadikan masalah utama yang dimasukkan di program. Eehhhh... kalo tidak salah itu ada lmbar untuk membuat strategi tindak lanjutnya juga bu.. secara detailnya harus lihat lagi formnya bu heee... saya tidak hafal karena Cuma liat setahun sekali heee..”

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
		beresiko tinggi seperti ruang operasi, critical care, IGD. Kemudian program ini dibahas dalam rapat kerja rumah sakit sehingga manajemen juga tahu apa saja program PPI dan semua unit juga paham dalam pelaksanaannya”		di ruangan isolasi itu dipantau tekanannya , gimana kami pakai APDnya, trus edukasi ke pasiennya.. yaaaa itu setau Rilis tentang program PPI bu”	juga dengan hepa eh partikel counteranya itu bagus ya Bu ya itu juga kan oleh tim kesling dan maintenanc e lainnya kemudian salah satunya juga terkait suhu dan kelembaman ruang operasi kayak di mana tekanan juga tidak perhatikan kalau suhunya terlalu panas atau lembab kan itu kan juga tidak boleh bisa menyebabkan tumbuh jamur seperti itu...”	grading, terus nanti akan mendapatkan poin yang menjadi program kerja di tahun 2023”		
	b. Siapa yang melaksanakan dan memonitoring program PPI di rumah sakit Anda?	“Ya pastinya IPCN sesuai dengan uraian tugasnya”	“ ya Mori... IPCN disini barengan sama tim PPI”		“kalau itu saya belum pernah terlibat ya Bu ya... sampai saat ini Ehmmm mungkin kalau untuk penyusunan program	“Saya kak... IPCN yang bertanggung jawab melaksanakan dan monitoring sesuai dengan jobdisk”	“tim ppi, tim mutu keperawatan dan medis.”	“iya betul... tim PPI yang bikin, biasanya sih IPCN yang aktif kak”

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
					mungkin kalau Kak mori-nya			
	c. Bagaimana mengukur keberhasilan tujuan program tersebut ?	<p>“Di setiap kegiatan ada sasaran bisa benchmark biasanya untuk surveilans HAIs dan untuk target biasanya untuk kepatuhan penerapan PPI dengan melakukan audit, juga target persentase karyawan yang ikut pelatihan terkait PPI. Dari hasil ini dibandingkan dengan benchmark dan target itu....eeee ... apakah berhasil atau tidak gitu eee...trus kalau tidak berhasil tim PPI menganalisa faktor-faktor yang mengham</p>	<p>“Ooo itu suka di umum di rakor hasil audit cuci tangan, hasil surveilans yang dilakukan IPCN, kalau ada kejadian infeksi juga dikasih tau”</p>			<p>“Evaluasi program kita cara melakukan audit, auditnya itu ada perbulan dan audit triwulannya sesuai dengan yang kita tuliskan di program kerja ini sesuai dengan timeline-nya yang ada di program kerja” “Sesuai dengan jadwal kegiatan ada yang perbulan ada yang super triwulan ada semester dia kan dengan itu menggunakan tool yang sudah tersedia”</p>	<p>“eeee...Kami melakukan audit salah satunya dengan audit kepatuhan cuci tangan APD lingkungan eeeee....intinya yang masuk kewaspadaan standar kemudian dicocokkan dengan sasaran Setiap kegiatan yang ada di dalam program PPI dan yang mengukur keberhasilan tujuan tersebut adalah IPCN dan nanti akan dilaporkan ke Ketua Komite Evaluasi ini dibuat setiap 3 bulan sekali selama 1 tahun. Setiap bulan kami juga melakukan Rapat bulanan di mana dalam Rapat bulanan ini</p>	<p>“setau saya khan ada sasarannya tuh biasanya bentuknya angka atau persen untuk mencapai tujuan atau sasaran itu ya tadi dibuat tindak lanjut di form strategi, kegiatan yang akan dilakukan apa saja.</p> <p>Nahhh... untuk mengukurnya dari surveilans, dari hasil audit, hasilnya itu dicocokkan ama sasaran yang di program, mencapai atau tidak, setiap bulan Kak Mori bikin laporannya”</p>

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
		bat pencapaian dan mengambil tindakan lanjut selanjutnya atau menentukan strategi selanjutnya, apakah diganti, ditambah dalam menentukan strategi”					kami membahas tentang hasil audit dan surveilan kemudian dilaporkan apabila hasil audit ini tidak mencapai target maka kami akan melakukan action plan.”	
	d. Bagaimana gambaran dukungan manajemen atau pimpinan rumah sakit Anda terhadap pelaksanaan program PPI ?	Biasanya direksi, jadi kalau ada masalah PPI bisa langsung terinfo dan manajemen juga terlibat dalam mendukung terlaksanya program PPI”	“Ooo...sangat mendukung kak, fasilitasnya juga dipenuhi terutama edukasi, cuci tangan, APD, didukung seungguhnya hee..”		“Kayak nggak pernah ada kayak larangan... mungkin kayak ada satu kasusnya gini-gini loh gtrus nanti diobrolin lagi jugak. Oh ya udah jadi kayak emang selalu diberikan dukungan sih Bu di support terus Pokoknya biar programnya jalan ya begitu heehee.”	“Kebetulan kalau di sini itu eee... direktur kami sangat terbuka terhadap masukkan terutama terkait KPPI. Jadi intinya sebenarnya yang penting kita bisa menyampaikan Apa sih yang menjadi harapan program PPI, kayak gitu.... terus nanti resikonya apa..terus target kita apa dan siapa yang dilibatkan, capaian	“eeehhhhm m... waahhh ini yang penting haahaahaa... . manajemen sangat mendukung untuk pasien safety terutama untuk PPI bila ada masalah terkait dengan PPI pimpinan juga membantu termasuk anggaran untuk fasilitas pelatihan seminar dan acara-acara PPI. Contohnya saya saya juga pernah dikirim untuk pelatihan PPI dasar	“ooohhh manajemen sanget mendukung sekali bu... kalau manajemen tidak mendukung, pasti tidak seperti saat ini,PPInya hee...”

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
						kita tekan dari segi PPI untuk kejadian infeksi. Nah kalau untuk dari segi dana fasilitas sejauh ini sih dukungan dari manajemen terutama direktur kami sangat memperhatikan, yang berhubungan dengan patient safety itu sangat diperhatikan”	dan juga ada pelatihan-pelatihan internal.”	
2	Pedoman PPI							
	a. Bagaimana proses pembuatan pedoman PPI di rumah sakit Anda ?	“eeee... kalau regulasi PPI yang ada itu seperti pedoman, kebijakan, SOP terkait PPI, untuk proses pembuatannya karena semua regulasi di rumah sakit ini sudah dibuat dari head office, jadi kami hanya mengedit dan mendiskusikan beberapa	“Penerapan pedoman, SPO dan kebijakan PPI sudah berjalan dan mendapat support juga dari manajemen, bisa di akses juga melalui medblaze, sistem elektronik kami yang untuk sarana		Jadinya kita lihat SPO berhubungan ya.... soalnya kan kayak PPI juga ada penatalaksanaan limbah infeksius tuh.... nah ini kan juga ada di sanitarian, Nah... ya itu eee apa spo-nya mau ngacunya ke punya siapa....	“kalau untuk regulasi kita sudah ada dari group, jadi kami disini tinggal melaksanakan apa yang sudah ditulis di dalam regulasi tersebut walaupun ada beberapa poin yang kami sesuaikan dengan kebutuhan rumah	“Kalau kami di rumah sakit ini untuk pedoman kami sudah ada dari grup tinggal melaksanakan pedoman atau sop yang sudah ada.”	“oooohhh.. punya bu, ada pedoman PPI juga, ada kebijakan juga, jadi ada beberapa, bukan hanya SOP karena itu semuanya udah dari head office, jadi harus jalan semua”

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
		hal yang tidak sesuai dengan ayang di rumah sakit ini eee... selanjutnya bila tidak sesuai bisa dihilangkan bagian itu saja eee....dan semua regulasi ditanda tangani oleh direktur sebagai tanda pengesahan”	komunik asi banyak hal termasuk regulasi, incident report dll. Semua karyawa n bisa membaca nya langsung disitu dan regulasi itu sudah sama semua dari head office”		kalau selama ini tetap jatuhnya ke yang SPO Kesling gitu....	sakit. Kebijakan PPI di sahkan oleh direktur rumah sakit , begitu juga dengan pedoman PPI, tetapi draftnya sudah ada dari group, sehingga kami tidak ada proses pembuatan . Yaaaaaa paling kalau ada yang tidak sesuai dan harus kami delete, saya cuma bilang ke bagian quality dan direktur sebelum disahkan”.		
	b. Siapa saja yang terlibat dalam penyusunan regulasi PPI di rumah sakit Anda?	“IPCN koordnasi dengan ketua tim, quality dan terakhir direktur dalam pengesahan”	“yaaaa paling bikin kebijakan dan pedoman , itupun sudah mengacu ke head office... eeehhh paling kalau ada perubahan di PPI ya IPCN mengaju			Yaaaaaa paling kalau ada yang tidak sesuai dan harus kami delete, saya cuma bilang ke bagian quality dan direktur sebelum disahkan”.	“Wah kalau itu saya tidak tahu karena udah dari grup.”	“oooohhh.. punya bu, ada pedoman PPI juga, ada kebijakan juga, jadi ada beberapa, bukan hanya SOP karena itu semua khan udah dari head office, jadi harus jalan semua”

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
			kan ke bagian mutu, gitu sih bu..”					
	c. Bagaimana petugas kesehatan mengetahui tentang regulasi PPI yang ada di rumah sakit Anda?	<p>“kami sudah pakai sistem elektronik walaupun namanya berubah di tahun ini tapi aplikasi ini lebih terintegrasi dengan sistem pelaporan kejadian, input audit dan hasil akhirnya dan akhirnya juga nyambung ama sistem surveilans”</p>	<p>“Penerapan pedoman, SPO dan kebijakan PPI sudah berjalan dan mendapat support juga dari manajemen, bisa di akses juga melalui medblaze, sistem elektronik kami yang untuk sarana komunikasi banyak hal termasuk regulasi, incident report dll. Semua karyawan bisa membacanya langsung disitu dan regulasi itu sudah sama semua dari head office”</p>	<p>“Bisa pakai rumus mobius bu eehhh... atau namanya lupa ya ada di HP mobilious atau medles haahaaa, saya lupa Namanya kalau dulu qpulse”</p>	<p>“Oh kalau di sini kita kan udah pakai medless ya Bu..nanti kalau di folder dokumen unit rumah sakit itu sendiri langsung keluar ke nama Departemen sih Bu Jadi kalau misalnya kalau mau ngecek dokumennya pun kadang lebih mudah kalau kita nyari sesuai kata kuncinya aja gitu nanti, kayak SPO terkait limbah Nah nanti itu kelihatan ada SPO-nya yang kesling ada SPO-nya yang ipcn atau yang misalnya dari lab juga</p>	<p>Untuk sosialisasi sudah terbantu dengan sistem elektronik, jadi semua staff bisa akses dari unit masing-masing dan eehhhmm ... di setiap unit punya target untuk baca SOP dalam 1 minggu beberapa SOP”.</p>	<p>“Di setiap unit ada target untuk membaca SOP untuk SOP ini bisa dilihat di Medblaze untuk kami itu adalah sistem informasi rumah sakit yang ada di kami.”</p>	<p>“Dari aplikasi Medblaze jadi kita punya akun user yang bisa buka aksesnya, bisa baca SOP dan lain-lain dari aplikasi itu dan bisa di akses oleh semua karyawan”</p>

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
					golongan darah jadi kayak enak lah ini”			
	d. Bagaimana cara pemantauan penerapan regulasi tersebut di unit kerja rumah sakit Anda?	“eeee.. bisa dengan audit yang dilakukan dengan mengamati mereka di lapangan atau dengan tanya jawab, biasanya hal ini dilakukan oleh IPCN, dan ini termasuk dalam kegiatan audit atau monitoring”	:”setau saya kalau PPI itu ada auditnya, ada penanganan linen, limbah, APD macem-macem setau saya kalau Mori ngasih laporan bulanan itu hee..”			”ehhmm mm... kita lihat di lembar sosialisasi SOP Kak, yang ada di setiap unit, selain itu kami melakukan audit dengan tanya jawab atau pakai checklist. Kalau pakai lembar checklist ada ketentuannya apakah staff patuh atau tidak”. “bila hasil dibawah 74% artinya tidak patuh, 75%-84% kurang patuh dan kalau 85% atau lebih masuk kategori patuh	“Untuk pemantauan penerapan regulasi kami lakukan dengan cara audit bulanan yang terkait dengan kewaspadaan isolasi cuci tangan dan APD, IPCN juga audit tentang bundle care of HAls yang akan dilaporkan setiap bulan di meeting kppi dan akan dilaporkan setiap 3 bulan kepada direktur.”	“eeehhh... gimana ya haahaaa...Mori itu suka keliling trus nanyain staff soal 5 moment, soal penanganan darah gitu-gitu pokoknya bu, istilahnya staff udah paham belum gitu dengan ditanyain, saya juga ikutan sih untuk audit kepatuhan cuci tangan, pembuangan limbah produk darah di lab..”
3	Pendidikan dan pelatihan PPI							
	a. Bagaimana pelaksanaan pendidikan dan	karyawan baru, materi PPI ini salah satu materi	“ehhmm m...Ga mbaran pendidik	“Iya bu, pas baru itu dikasih tentang	“Terkait pelatihan PPI ya yang	“Ehhmmm ...pelatihan internal aku bikin	“Biasanya kami dapat informasi untuk	“ehhmm... selama ini berjalan lancar, karyawan baru

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
	pelatihan PPI di rumah sakit Anda ?	wajib yang harus di dapatkan oleh semua karyawan baru juga untuk karyawan outsourcing atau pihak kedua seperti cleaning service, petugas dapur.” “Eehhmmmuntuk karyawan lama juga ada refresh kewaspadaan isolasi, ini untuk medis dan non medis, kalau untuk perawat ditambah materi surveilans <i>HAI</i> s karena mereka harus paham tanda gejala <i>HAI</i> s dan harus lapor bila ada kejadian”.	an dan pelatihan PPI disini dari IPCN akan membuat schedule untuk mengadakan pelatihan dan refresh PPI kepada semua staf diumumkan di rakor, biasanya IPCN yang umumkan. Karyawan baru juga dapat materi PPI tentang kewaspadaan standar ama kewaspadaan tambahan, yang itu kak... nular lewat udara pakai masker N95 itu loh...”	kewaspadaan standar, dulu kami di RSUS sebelum ditempatkan disini, selama disana kami mendapatkan materi-materi termasuk PPI”	pertama yang sering mungkin cara cuci tangan, limbah juga terus yang ketiga terkait penanganan benda tajam. Eehhmm... kemudian tiga itu sih ibu yang selalu rutin dilakukan bersama-sama juga yang diikuti karyawan yang lainnya” “itu POU ya bu.... terkait limbah juga kemarin POU juga dijelaskan cara menghentikan penyebaran, lebih kayak gitu sih... kewaspadaan isolasi...kan kemarin pas itu masih isu covid dijelaskan kayak	jadwal kak, trus aku umumin di rakor, biasanya aku bikin beberapa sesi atau setiap hari dalam seminggu di jam setelah dinas pagi. Nah kita koordinasi dengan ehmmm TE dulu untuk menyampaikan bahwa kita akan mengadakan edukasi terus untuk jadwalnya kita koordinasi dan kita sampaikan di rapat koordinasi Nah itu tujuannya biar eehh... giniin terkait head-headnya bisa mengatur jadwal”. “Biasanya pisahin dulu karena pastinya berbeda dipisahkan ada khusus	pelatihan itu dari HN kami untuk kami IPCLN kami juga dapat informasi yang di share oleh IPCLN melalui grup Biasanya setiap bulan sih memang kami ada pelatihan biasanya tentang kewaspadaan isolasi atau tertusuk jarum atau juga tentang APD.”	juga dapat materinya PPI, kami anggota PPI juga suka dapat materi PPI tentang cara audit, masukan audit ke medblaze dan kami juga pernah dapat pelatihan PPI dasar yang dibuat internal” “yang ngasih materinya seringnya kak Mori bu. Kak Mori info di group WA kami, tapi kami juga dikasih tau ama head unit kami untuk jadwal training”

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
					gimana APD”	sendiri enggak yang non medis yang medis yang medis kan biasanya ada tambahan tentang surveilans HAIs. Kalau untuk kewaspada an isolasi buat semua karyawan” . “kalau karyawan baru yang bikin jadwalnya dari HRD kak. Mereka dapet materi kewaspada an isolasi dan itu wajib”.		
	b. Siapa saja yang memberikan pelatihan PPI di rumah sakit Anda ?	“seringkali hanya IPCN heehee...d ari mulai membuat jadwal sampai pelaksanaan, tapi kalau karyawan baru jadwalnya dari HRD”	“Mori, IPCN yang ngasih materinya”	Kak Mori bu	Biasanya Kak Mori	“IPCN yang ngasih materinya kak... haahaaa ehhh tapi kemarin waktu kami ada case itu kak... ada dokter obsgyn yang ngasih materi	“Mori bu... terakhir kemarin ada dokter obsgyn karena ada kasus infeksi”	“eehhh... setauku sih cuma kak Mori, ehhh tapi pernah kemarin dokter spesialis, tapi saya tidak ikut, materinya buat perawat ama dokter aja bu”

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
						tentang perawatan luka kak” “yaaaa... mereka sih selama ini belum pernah ikut ngasih materi haahaaa cuma aku aja kak, kemarin dokter spesialis itu karena ada case haahaa...”		
	c. Bagaimana edukasi terkait PPI kepada pasien dan keluarga pasien ?	“Nahhh.. program ini juga harus sampe ke pasien, kami bikin leaflet, poster terkait cuci tangan, etika batuk, pemakaian masker, perawatan ruang isolasi terutama bagi pasien TBC. Perawat yang melakukan edukasi mendokumentasikan di catatan edukasi multidisiplin . Di TV yang ada di ruang tunggu juga ada edukasi terkait cuci tangan, marketing kami	“ada kak... ada di siarin di TV di ruang tunggu, isinya semua edukasi, kalau di rawat inap eee... ada juga pake kertas itu kak.. lupa namanya apa heehee..” “iya itu... dikasih ke pasien, diajarin cuci tangan juga, yang dirawat di ruang		“Edukasi langsung bisa misalnya poster atau TV atau ehmmmm reminder pengingat apa gitu ehhh paging Namanya bu....mungkin kalau yang pertama poster, ya di sini kami edukasinya juga tetep yang terkait cara penggunaan cuci tangan ataupun yang lain ehmmmm etika batuk juga. Kalau enggak	“kami sediakan leaflet kak untuk edukasi hand hygiene, perawatan isolasi. Di depan juga ada TV yang muterin edukasi pakai masker ama hand hygiene kalau ada acara misal hand hygiene day kami bikin kayak heath talk gitu kak... kalau pasien di rawat inap yang ngajarin cuci	“Biasanya kami melalui leaflet melalui paging atau poster atau kalau nggak edukasi langsung tentang cuci tangan biasanya dilakukan pada pasien-pasien rawat inap kami juga biasanya melakukan head talk tentang hand hygiene saat acara.” Kalau untuk edukasi terhadap pasien biasanya untuk cuci tangan dan etika batuk	“ada TV isinya edukasi macem-macam bu, salah satunya cuci tangan, etika batuk, pakai masker gitu bu... pernah juga ada health talk di ruang tunggu OPD tentang cuci tangan”

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
		membuat beberapa edukasi yang dijadikan satu eee...diputer di TV itu”	isolasi juga dijelaskan, pasien post op juga dikasih kertas itu”		salah ada edukasi terkait ruang isolasi,PPI pernah melakukan edukasi di depan pasien pas bulan Mei tentang cuci tangan.	tangan ya perawatnya	itu dilakukan oleh kami semua perawat.”	
	d. Bagaimana pengembangan pendidikan berkelanjutan untuk anggota KPPI ?	“Semua tim PPI diberikan materi PPI dasar, mungkin yang belum ikut yang anggota tim yang baru eeehh...untuk IPCN juga diikuti pelatihan IPCN dasar, lanjut, juga mereka di ikutkan seminar-seminar terkait PPI	.” Ooo.... Klo itu link nurse saya sudah mendapatkan mengenai Pelatihan PPI dasar ,audit cuci tangan dan pelaporan audit melalui medblaze, itu setau saya” : “iya kak... makanya di materi PPI dasar itu ada ditambah lagi dengan IHT”			“kami sangat didukung, dari aku ikut pelatihan PPI dasar, trus IPCN dasar atau seminar-seminar, IPCLN juga ikut kak... kemarin ada yang ikut aspiring IPCN di STC, tapi aku sedih kak... dia mau resign, padahal udah dipilih buat second layerku”.	Untuk pelatihan eksternal Biasanya kami mengikutkan untuk pelatihan tentang PPI yang ada di rumah sakit lain atau kalau saat ini bisa dari webinar-webinar yang ada.”	“kami anggota PPI juga suka dapat materi PPI tentang cara audit, masukin audit ke medblaze dan kami juga pernah dapat pelatihan PPI dasar yang dibuat internal”

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
						personelnya dan juga waktunya mereka tidak sesuai dengan jadwal seminar atau pelatihan, apalagi kalau pasien banyak, jadwal dinas juga berubah”.		
4	Surveilans <i>HAI</i> s							
	a. Bagaimana gambaran pelaksanaan surveilans <i>HAI</i> s yang dilakukan di rumah sakit Anda ?	“eehhmmmm ... surveilans <i>HAI</i> s dilakukan sesuai dengan pedoman dari head office, di dalam pedoman itu sudah ada kamus indikatornya, jadi kami tinggal melaksanakannya.. Yang melakukan surveilans disini IPCN, informasi kejadian infeksi bisa di dapatkan dari IPCLN atau head nurse trus IPCN melakukan telusur. Hasil telusur itu	“Sistem Surveilans <i>HAI</i> s dari setiap unit sudah berjalan, setiap unit melaporkan pelaporan surveilans kepada PPI setiap bulan. “Oooo... misal pasien datang buat control ada pusnya, itu perawat yang asisten info lewat	“Kalau misalnya ada pasien operasi itu kan pasti ada form ILO, ada yang harus kita isi tuh nah itu nanti kalau misalnya udah apa... udah selesai sampai saya mau pulang nanti formnya itu dikumpulkan nanti dia yang bakal ngelanjutin gitu, sama ada pemakaian DC pokoknya kayak gitu yang diisiin”		“ehhmmmm ... surveilans yang dilakukan sesuai ama ketentuan dari group kak, IDO, CLABSI, CAUTI, VAP ada skrining MRSA dan skrining HIV pada pasien baru dengan diagnosa TB. Kamus indikatornya juga sesuai dengan yang sudah ada di pedoman PPI dari group. Eehhh... apalagi	“Baik biasanya akan dibuat target dan jenis surveilannya oleh tim PPI yang jenisnya adalah IDO itu terkait dengan infeksi daerah operasi, CLABSI terkait dengan pemasangan Vena Central, CAUTI terkait dengan kateter urine dan juga VAP yang terkait dengan ventilator biasanya dilakukan oleh IPCN	“Kalau surveilans banyakan perawat yang paham bu, saya cuma tau jenisnya aja bu kayak infeksi luka operasi, ISK, infeksi pasien yang pakai CVC sama yang pakai ventilator. Kalau ada infeksi biasanya ada cek biakan kuman bu, ini biasanya yang saya bantu pantau hasil biakan kuman itu.”

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
		dibahas dengan tim PPI dan unit terkait untuk melakukan RCA dan PDSA”	WA groupnya OPD, nanti link nurse nya lapor ke IPCN, trus IPCN yang telusur, kalau telusur detailnya aku nda tau kak hehehe.”	“kalau ada pasien yang terpasang DC misalnya itu yang mulai dari awal yang nulis di formulir DC itu terus besok lagi hari kedua itu yang ngisi pemantauannya itu siapa aja yang pertama bikin itu adalah pertama kali yang pasang, yang pertama kali pasang biasanya tuh dia udah bikin form dari kayak nomor pasien tanggal itu Nah nanti eh dilanjutkan sama yang menghitung memegang pasien kan terkadang sini itu beda-beda jadi Biasanya sih per hari yang dokumenta		ya.. o iya untuk pelaksanaannya oleh IPCN dibantu IPCLN, jadi petugas yang menemukan kasus infeksi melapor ke IPCLN nya atau kadang dokter yang menemukan adanya infeksi langsung lapor ke aku kak, ada juga yang lapor ke aku itu perawat yang asisten dokter pas ganti verban. Perawat juga info di WA group ruangannya, trus IPCLN nya bilang ke aku kak. Trus eh... aku telusuri lapor juga ke bagian mutu ama bikin insiden	dibantu sama IPCLN dalam pelaporan kejadian jadi saat kejadian perawat atau dokter itu akan melapor kepada IPCLN atau Head Nurse-nya kemudian akan diteruskan ke IPCN dan nanti akan dilakukan telusur akan dibuat RCA dan akan dilakukan tindak lanjut bersama tim PPI dan mutu rumah sakit.”	

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
				siin ceklis ceklis itu itu ya... yang pegang pasiennya yang membuat itu langsung		report, gitu sih kak pelaksanaannya. Kemarin dari dinkes juga ada kak, minta laporan PD3I untuk surveilans tapi aku bingung kak ambil datanya”.		
	b. Bagaimana sarana dan prasarana pendukung surveilans HAIs yang Ada digunakan ?	“kami sudah pakai sistem elektronik walaupun namanya berubah di tahun ini tapi aplikasi ini lebih terintegrasi dengan sistem pelaporan kejadian, input audit dan hasil akhirnya dan anntinya juga nyambung ama sistem surveilans”	“saat ini masih bikin form surveilans, kalau ada kejadian lapor dan nulis di medblaze	“ada formulir dan kalau ada kejadian lapor lewat medblaze”		“eehhmm m... setiap kali ada yang operasi atau pakai alat invasive dibuatkan formulir untuk pemantauan infeksi, oiyaaa nantinya formulir ini juga akan diganti dengan sistem digital trus kalau ada infeksi kita isi kejadian di sistem elektronik untuk selanjutnya dibuatkan hasil telusur dan RCA. Saat telusur juga bisa	“Kami pakai formulir saat ini dan bila ada kejadian dimasukkan atau dilaporkan melalui Medblaze, nantinya formulir juga diganti dengan sistem elektronik”	“ Kalau untuk audit dan surveilans dilakukan setiap bulan oleh kami link unit dan link nurse juga IPCN dimasukkan hasilnya ke Meblaze”

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
						menggunakan E-MR jadi riwayat pasien. Ganti verban dan lain-lain bisa dilihat disitu”.		
	c. Bagaimana melakukan prioritas target dalam melakukan surveilans HAIs di rumah sakit Anda ?	：“ehhhmm m yang tadi awal saya jelaskan itu bu, dengan ICRA misalnya yng score tertingginya IDO, nahh kita fokuskan di IDO juga bikin strategi untuk mencegah atau menurunkanya”	“aku kurang tau kalau yang ini kak, biasanya tim PPI”			“tadi kak...yang awal bikin ICRA, itu khan macem-macem isinya termasuk hasil surveilans tahun sebelumnya, trus di grading, paling tinggi prioritasnya surveilans apa, nahhh itu yang kita ambil dan buat strategi tindak lanjut”	“eeee...Itu tergantung dari hasil ICRA jadi nanti dilihat dari prioritas masalah.” “Nanti akan dibuat skala prioritas di mana yang tertinggi maka itu yang akan dijadikan target surveilan.”	“ini saya tidak tau bu... biasanya juga dibahas sih saat rapat ICRA”
	d. Bagaimana pelaksanaan evaluasi terhadap surveilans HAIs di rumah sakit Anda?	Hasil telusur itu dibahas dengan tim PPI dan unit terkait untuk melakukan RCA dan PDSA”	“di paparin di rapat bulanan tim PPI kak, diskusi barnegan tindak lanjutnya apa”	“dilakukan ama IPCN bu, prosesnya saya tidak tau”		“kami lakukan surveilans HAIs tiap bulan, setiap ada kejadian kita evaluasi tapi pelaporannya kita bikin tiga bulanan ke	“Untuk pelaksanaan umpan balik ya umpan balik dan evaluasi maka akan dilaporkan saat Rapat bulanan dengan tim keperawatan dan kppi Kenapa	“di laporkan setiap bulan bu di rapat tim PPI”

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
						bagian mutu ama direktur, nyambung terus sampe evaluasi tahunan, bisa buat dasarnya bikin ICRA tahun depannya”	dilaporkan saat Rapat bulanan dengan tim keperawatan Karena untuk pasien-pasien yang terjadi Infeksi itu lebih banyak dari tim perawat yang lebih tahu.”	
	e. Bagaimana rumah sakit Anda menganalisis resistensi antimikroba ?	“disini belum berjalan baik karena sampelnya kurang dari 30 yang positif, jadi dokter lab bilang, belum bisa dibuat pola kuman”	“pola kuman itu ya ? aku juga nda ta, tapi ada kebijakan kalau mau pakai meropen harus kultur darh”	:”kalau ada nama-nama antibiotik sih aku enggak mau follow ya jadi enggak tau soal pola kuman		“Nah itu kak... aku juga belum paham, biasanya kepala lab yang bikin tp katanya sering nda ada sample jadi dibuatnya setahun sekali.”	“Oh kalau untuk resistensi anti mikroba ini saya kurang tau ya dengan prosesnya.” “Iya Bu biasanya dokter mikrobiologinya yang lebih tahu.”	“tidak bu, kami cuma Nerima permintaan aja ama sampelnya, trus kami kirim ke lab luar, jadinya lama bu, bisa 7 hari dan seringkali tidak ada hasil intepretasinya dari dokter mikrobiologi, kecuali kalau lab mikro ke rumah sakit ibu, past ada kesan dari dokter mikrobiologinya”
5	Strategi Multimodal							
	a. Menurut Anda, strategi apa saja yang sudah dilakukan di rumah sakit Anda dalam	“saya rasa sudah, sudah mencakup pendidikan dan pelatihan, monitoring dengan sistem audit, sistem	“ Ohhhh... . Sejauh ini sih banyak ya, ngasih pelatihan ke anak baru	“banyak bu, bikin health talk, paging cuci tangan, 5R, edukasi di TV”		“Mungkin kombinasi ya kak.. Jadi kita kan sering juga di dalam rapat koordinasi itu kan kita	“Untuk penetapan strategi itu dibuat oleh tim kppi untuk penerapannya itu dilakukan biasanya	“ Ooo... setau saya ya salah satunya tadi itu bu, pelatihan karyawan baru, refresh materi PPI buat karyawan lama, bikin leaflet, poster,... ehhh o

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
	terlaksananya penerapannya PPI ?	reminder kami baru berlakukan untuk hand hygiene dengan paging, yang masih sulit dilakukan adalah sistem perubahan yaitu mengubah budaya, masih perlu waktu dan sabar haahaaa...”	terkait PPI khan mereka harus tau cara cuci tangan, buang limbah infeksius dll, trus pelatihan buat karyawan lama isilahnya refresh, health talk pas ada kampanye cuci tangan. Audit juga itu salah satu kegiatan untuk memantau benda SOP dijalankan di lapangan ... setau saya sih itu kak”			akan sampaikan di apa yang menjadi planning kita di tahun 2023 dan kita akan tekankan apa saja sih yang poin pentingnya nah terus kita info ke mereka dan yang paling penting dari strategi ini adalah pendidikan dan pelatihan PPI agar mereka paham dulu apa itu PPI dan melibatkan semua departemen untuk pelaksanaannya. Strategi ini sesuai dengan hasil ICRA baik itu menyangkut fasilitas, pengetahuan, ketrampilan, surveilans. Seperti itu sih kak selama ini”	audit health talk edukasi terhadap pasien maupun staf kami juga ada sistem paging untuk cuci tangan.” Untuk sistem paging ini kami dilakukan dua kali Siang saat jam kunjung itu sekitar jam 01.00 dan juga jam kunjung sore sekitar jam 05.00 Eh maaf yang suaranya itu selesai kunjungan jadi jam 07.00 malamnya.”	iya ada juga paging bu untuk ngingetin kita tentang hand hygiene biar kepatuhannya juga meningkat hee...”

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
						<p>“reminder pakai paging cuci tangan kak, diputar siang dan malam hari”.</p> <p>“Ada TV juga yang tadi aku bilang kak.. satu TV itu kan dia sama marketing udah diatur jadi selama dari jam 08.00 dia nyala TV-nya akan terus berputar-putar , isinya ada tentang PPI”</p>		
	b. Siapa saja yang terlibat dalam penetapan strategi tersebut ?	“oleh tim PPI termasuk juga saya sebagai ketua PMKP dan unit-unit beresiko tinggi seperti ruang operasi, critical care, IGD”	“Setau saya ya tim PPI, IPCN seringnya a.... Tapi kalau ada kejadian ada apa gitu ya... setiap unit juga ikut membuat action plan, jadi saya rasa semua terlibat termasuk			“ ya itu tadi kak... sama dengan yang bikin ICRA termasuk bagian mutu kahn kita undang juga, strateginya dibuat setelah muncul prioritas masalah dari hasil	“yang tadi bu yang terlibat dalam pembuatan ICRA, ada tim ppi, keperawatan, medis”	“hmm... seingat saya ya pas bikin ICRA itu bu, tim PPI, ada QR juga”

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
			bagian quality klan ini juga berpengaruh terhadap quality rumah sakit”.			identifikasi risiko”		
	c. Bagaimana peran PMKP dalam keikutsetaan penetapan strategi dalam penerapan PPI ?	“Ooo... sangat terlibat karena semua muaranya mutu ada di bagian saya, jadi dari mulai pembuatan ICRA, menetapkan strategi saya terlibat memberikan masukan- masukan Langkah- langkah yang cost efektif efisien, intinya mudah, murah heee”	“yaaa... sangat terlibat ya, suka ikuta juga kalau ada rapat PPI, ngasih masukan gitu”			“Sangat mendukung dan terlibat kak... Kak Berty banyak ngasih masukan apalagi waktu aku baru jadi IPCN dan suka membantu saat di rapat genesis terkait PPI”	“Oh tentu Bu PMKP sangat terlibat karena PPI itu kan bagian dari mutu rumah sakit Mereka terlibat di mana Kalau ada kejadian itu mereka juga ikut untuk menyusun strategi agar kejadian yang sudah ada ini tidak berulang kembali.”	“terlibat bu, QR klan juga ikut rapat ICRA”

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
6	Pemantauan atau Audit dan Umpan balik							
	a. Bagaimana pelaksanaan audit PPI di rumah sakit Anda?	<p>“IPCN melakukan audit kepatuhan, dibantu juga oleh IPCLN setiap bulan, ada beberapa audit juga terkait kepatuhan penerapan pencegahan HAIs masuk di dalam GWI yang dilaporkan ke bagian mutu, eeehhh ... sama audit hand hygiene dan APD, itu khan masuk juga di INM”</p>	<p>Setiap unit dan ipcln akan melakukan audit rutin setiap bulan, misal, di OPD melakukan audit cuci tangan, trus hasilnya nanti di info ke setiap unit oleh IPCN kalau hasilnya tidak mencapai target kami di unit yang membuat action plan, dianalisa dulu penyebabnya apa gitu kak..”</p>	<p>Ya gitu bu.. di audit cuci tangan, pakai APD, buang benda tajam trus apalagi ya... saya kurang tau detailnya hee... setau saya di setiap ruangan itu biasanya kan ada perwakilannya”</p> <p>“Iya bu... kalau di sini kalau di lantai 5 itu kayak ngingetin mereka kayak cuci tangan terus apa namanya limbah gitu bu...”</p>	<p>Yang khusus auditnya saya nggak terlalu hafal ya Bu... karena saya enggak melakukan itu, saya pernah denger juga disampaikan ada apresiasi, kayak mungkin ada departemen yang selalu rajin mengisi sebelum diingatkan kayak gitu berarti mereka dapat apresiasi karena udah melakukan itu.”</p>	<p>“ehhmmm audit disini ada yang bulanan ada juga 3 bulanan, banyakkk kak haahaaa... kalau nda salah ada 21 audit untuk memastikan kepatuhan staff dalam PPI. Ada cuci tangan, APD, penanganan benda tajam, lingkungan, pasien dengan airborne, banyakkk kak haahaahaaa...”</p>	<p>“untuk audit ini dilaksanakan oleh IPCLN dan IPCN dimana saya sebagai IPCLN juga saya juga melakukan audit tentang cuci tangan, needle stick injury, audit lingkungan, APD.”</p>	<p>“Dilakukan setiap bulan, ada beberapa audit, cuci tangan, APD, lingkungan, sharp injury, pokoknya banyak bu... tapi yang banyak audit IPCN, kami juga bantu”</p>
	b. Siapa saja yang melakukan audit terkait PPI ?	<p>“IPCN melakukan audit kepatuhan, dibantu juga oleh IPCLN setiap bulan,”</p>	<p>Setiap unit dan ipcln akan melakukan audit rutin setiap bulan, misal, di</p>	<p>“Kak Mori ama link”</p>		<p>“pastinya aku kak... IPCN haahaaa... IPCLN juga kuajari cara audit kak, jadi mereka</p>	<p>Untuk yang melakukan audit atau auditor ini adalah IPCLN dan IPCN yang sudah mendapatkan pelatihan</p>	<p>“IPCN ama link”</p>

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
			OPD melakukan audit cuci tangan, trus hasilnya nanti di info ke setiap unit oleh IPCN kalau hasilnya tidak mencapai target kami di unit yang membuat action plan, dianalisa dulu penyebabnya apa gitu kak..”			bisa bantu audit cuci tangan, APD, lingkungan . Mereka masukin hasil auditnya ke sistm elektronik kami, jadi aku bisa tarik datanya. Setiap bulan aku bikin laporannya trus ku sampaikan di rapat koordinasi, kalau soal kepatuhan bundle aku sampaikan ke rapat nursing karena yang banyak terkait adalah perawat, ini kayak bundle IDO, CAUTI gitu kak...”	sebelumnya jadi mereka sudah paham bagaimana cara untuk auditnya.”	
	c. Bagaimana kualifikasi petugas yang melakukan audit ?	sudah pelatihan khusus audit, yaaaa kalau IPCN itu udah ada materinya di pelatihan IPCN dasar, kalau	“yaaaa IPCN... kalau yang melakukan audit khan harus ada pelatihan			“ada kak... aku udah pelatihan IPCN Dasar, IPCLN juga kukasih internal training	Untuk yang melakukan audit atau auditor ini adalah IPCLN dan IPCN yang sudah mendapatkan pelatihan	ehhhmm... selama ini berjalan lancar, karyawan baru juga dapet materinya PPI, kami anggota PPI juga suka dapet materi PPI tentang cara

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
		IPCLN diajarin ama IPCN nya”	nya, jadi IPCN pasti sudah dapet tuh pelatihan nya trus dia nglatih link nurse juga agar dapat membantu audit di unitnya masing-masing”			terkait tanda-tanda infeksi jadi mereka bisa bantu pas surveilans di lapangan”.	sebelumnya jadi mereka sudah paham bagaimana cara untuk auditnya.”	audit, masukin audit ke medblaze dan kami juga pernah dapet pelatihan PPI dasar yang dibuat internal”
	d. Bagaimana pelaksanaan umpan balik hasil audit PPI di rumah sakit Anda?	Setiap bulan dibahas sebagai feedback atas hasil audit, dibahas di rakor sehingga unit terkait terlibat dalam mengambil tindak lanjut”	“setiap bulan dikasih tau hasil surveilans ama audit kak, ke setiap unit”			Setiap bulan aku bikin laporannya trus ku sampaikan di rapat koordinasi, kalau soal kepatuhan bundle aku sampaikan ke rapat nursing karena yang banyak terkait adalah perawat, ini kayak bundle IDO, CAUTI gitu kak...”	“Ini biasanya dari head unit kami itu akan mendapatkan umpan balik dari IPCN jadi di dalam unit kami itu pasti akan dibahas biasanya saat-saat briefing pagi maka kami akan disosialisasikan.”	“biasanya di infokan lewat head unit kalo di ruangan saya, di rapat tim PPI juga disampaikan”
7	Beban kerja, kepegawaian dan kapasitas tempat tidur							

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
	a. Bagaimana rasio beban kerja dengan kapasitas tempat tidur di rumah sakit Anda ?	“heeheee... sulit menjelaskan ini kak haaa... yaaa kalau pas pasien rame sih memang kurang kak tenaganya, rawat jalan juga heee”	“haahaaa ... aduh kakak kok ada pertanyaan ini haahaaa Ehhmm m...ya gimaa ya... heee... sebenarnya rasio terhadap jumlah pasien di sini tidak sesuai,,j umlah perawat yg terbatas, kadang dinas PS, saya juga pegang pasien kak...”	“Dengan jumlah pasien yang ada, berapa 1 perawat itu berapa pegang pasien bisa 1 perawat pegang sampai 13, padahal kan enggak hanya pasien yang biasa-biasa aja, sama ada tindakan-tindakan yang lain. Jadi kalau untuk dirasa kurang ya ee... kurang”		“haahaaha a... ini maaf kak, takut salah jawab aku, setiap unit sih beda - beda ya kak dan tergantung jumlah pasien saat itu” “ haahaaa... . Aduhhh kak, kalau aku liat kadang ICU 1:3 harusnya khan 1:1, eehhh.... mungkin perawat aja nanti yang jawab, mereka yang ngalami di lapangan”.	“Wah ini nih Bu gimana ya Bu ya kalau mau dibilang cukup ya enggak cukup tapi kalau dibilang enggak cukup ya ya memang adanya itu Bu ya.”	“kalau perawat kayaknya kurang bu..heeehhee”
	b. Bagaimana desain ruangan perawatan terkait kapasitas tempat tidur ?	“Sudah sesuai, satu bed untuk satu pasien dan jaraknya juga sudah lebih dari 1 meter, kalau ICU lebih luas lagi karena butuh space untuk peletakan ventilator..”	setau saya sih udah lebih dari 1 meter, cukuplah , enggak mepet banget”	“Tergantung tipe kamarnya kalau tipe kamarnya, kalau kelas 3 ada meja ada gordena berarti eee lebih dari satu meter lah”	“Kira-kira waktu itu aku pernah ngukur bu tapi karena aku ngukur pun juga dibantu sama FM kan karena sebenarnya tugasnya sesuai kriteria...y ang dari peraturan sih Bu lebih dari satu meter	“bed pasien disini digunakan 1 bed untuk 1 pasien dan jaraknya saya nda pernah ukur tapi rasanya lebih dari 1 meter karena lebar bed udah 1 meter trus ad meja	“Kalau di sini untuk jarak bet 1 dengan yang lainnya Saya rasa sudah memenuhi standar ya Bu ya Karena untuk di kelas 3 pun antara bad 1 dengan yang lainnya itu sudah lebih dari 1 meter.”	“sudah sesuai standar menurut saya”

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
					1, ada yang lebih dari satu meter tapi istilahnya enggak ada yang kurang dari minimal 1 meter disini....”	pasien juga diantaranya a sebelum bed pasien berikutnya dan ada gordynnya ”.		
	c. Bagaimana respon yang dilakukan rumah sakit Anda bila kapasitas tempat tidur sudah melampaui kapasitas	”ya dirujuk... sambil nunggu rujukan pasien tetap ditangani apalagi yang emergency”	“dirujuk kak...ada juga sih nunggu rujukan lama daoetnya, pasien sampe di IGD berhari-hai tapi tetep dapet obat kak”	“dirujuk bu”		“eeehhm mmm... selama ini sih belum pernah kak, paling waktu Covid itu paling nyari rujukan tapi tetep ditangani di IGD sambil nunggu rujukan” “haaaaa ... ya paling diminta buat ke rumah sakit lain kak, tapi selama ini sih belum pernah kecuali waktu covid itu”.	“dirujuk kerumah sakit lain”	“dirujuk bu”
8	Lingkungan, Sarana dan Prasarana Pendukung PPI							
	Bagaimana lingkungan, sarana dan	Menurut saya ee... sudah	“menurut saya sudah	“menurut saya ini sudah	“Mungkin yang pertama	“aku rasa sih sudah bagus ya	“Nah untuk fasilitas Bu kalau di	“kalau fasilitas sudah mendukung bu,

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
	<p>prasarana sebagai pendukung penerapan PPI di rumah sakit Anda yang meliputi ketersediaan air, kebersihan tangan dan sanitasi, ventilasi, kebersihan lingkungan, penempatan pasien, ketersediaan APD, pengelolaan limbah dan pembuangan limbah, serta dekontaminasi dan sterilisasi ?</p>	<p>memadai ya untuk ventilasi, sanitasi, fasilitas cuci tangan, APD, air bersih, listrik, paling yang kendala dikami untuk penegakan diagnose yang membutuhkan biakan kuman, harus dikirim keluar, yaaa mungkin karena sample masih sedikit jadi belum perlu ada di dalam rumah sakit. Tapi kami sedang mengusahakan adanya CSSD karena operasi kami sudah banyak sedangkan proses sterilisasi harus numpang kerumah sakit kakak haa... kalau ada cito nda bisa cepet penyediaan alat sterilnya, harus spare</p>	<p>lumayan lah... fasilitas cuci tangan semua ada, ventilasi untuk ruang isolasi juga ada, ketersediaan APD juga tidak pernah kurang, selalu tersedia, listrik juga tidak pernah mati, paling yang masih kurang untuk menunjang program PPI CSSD kak, kami tidak punya CSSD harus nitip di RS kakak heee... sama itu kak.. apa sih namanya ... yang buat cek kultur itu”</p>	<p>cukup sih kalau eee... istilahnya udah cukup memenuhi standarnya PPI ya untuk fasilitas ya”</p>	<p>yang mana dulu ya bu... eeehhhm m...kalau dari ketersediaan air...eee... .persediaan air bersihnya sangat cukup sekali jadi ada kontingensi plan kita juga sendiri kalau misalnya ada ee airnya bermasalah gitu kita mempunyai tandon yang bisa mensuplai eh... walaupun mati itu bisa dua hari jadi kayak kita masih terus bisa memakai dua hari gitu loh...</p> <p>: iya bu....kemudian kalau pembersihan eksosnya itu kan di setiap sisi ada yang lubang udara rutin dilakukan</p>	<p>kak... fasilitas hand hygiene tersedia semua baik sabun, air, handrub, sistem ventilasi juga sudah ada termasuk isolasi tekanan negatif, APD juga mudah didapat, selalu tersedia. Untuk pengelolaan limbah juga sudah lengkap, paling jadwal pengangkutan dari TPS ke pemusnahan insenerator kadang tidak sesuai. Fasilitas yang belum ada di sini lab mikro ama CSSD kak, jadi kami kirim keluar, ke rs lain atau lab luar</p>	<p>rumah sakit kami kalau nah ini untuk fasilitas di rumah sakit kami Bu untuk kebersihan cuci tangan misalnya kami sih sangat mencukupi karena handrap selalu ada air bersih juga ada sabun juga selalu tersedia dan APD juga sangat-sangat terpenuhi hanya saja di tempat kami untuk fasilitas sterilisasi dan laboratorium mikrobiologi di kami belum ada memang. Jadi untuk proses sterilisasi kami masih kirim ke rumah sakit lain begitu pula dengan kasus-kasus yang memerlukan laboratorium mikrobiologi juga kami masih kirim ke rumah</p>	<p>sudah bagus, manajemen juga supportnya bu, tapi ya seperti tadi saya bilang mikrobiologi belum ada, kalau yang mencakup kewaspadaan standar sudah tersedia semua... o iya yang belum ada juga CSSD masih numpang di rumah sakit lain”</p>

No	Variabel dan Pertanyaan	Informan Kunci		Informan Pendukung		Informan Utama		
		PMKP	Kepala Perawat Rawat Jalan	Staff	Kesling	IPCN	IPCLN Rawat Inap	IPCL Unit Laboratorium
		banyak set operasi heee”			<p>oleh tim cleaning pembersihan detailnya itu seminggu sekali terkait ruang operasi</p> <p>“Ruang isolasi itu tindakan yang tidak memenuhi jadi kita ada datanya kapan dan unit pun bisa langsung melaporkan ke FMS jadi ininya cepat gitu.. apa namanya... eee...tidak lanjutnya”</p>		sakit lain juga”	

Lampiran 7. Hasil Penilaian Dengan Kerangka *Infection Prevention And Control*

Assessment Framework (IPCAF)

Pada Rumah Sakit “X” Di Wilayah Bekasi Tahun 2023

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor	Hasil Penilaian	
Komponen Inti 1 : Program PPI					
1	Apakah Anda mempunyai program PPI?	Tidak	0		
		Ya, tanpa tujuan yang jelas	5	5	
		Ya, dengan tujuan yang jelas dan rencana kegiatan tahunan	10		
2	Apakah program PPI di dukung oleh tim PPI yang terdiri dari profesional dalam bidang PPI ?	Tidak	0		
		Bukan tim, hanya fokus di PPI (IPCN)	5		
		Ya	10	10	
3	Apakah tim PPI memiliki seseorang yang profesional mengerjakan PPI penuh waktu aau setara (perawat atau dokter yang 100% bekerja untuk PPI)?	Tidak	0		
		Tidak, hanya profesional PPI (IPCN) yang bekerja paruh waktu	2.5		
		Ya, 1 orang untuk > 100 tempat tidur	5		
		Ya, 1 orang untuk ≤ 100 tempat tidur	10	10	
4	Apakah ada tim PPI atau personel yang khusus mengerjakan kegiatan PPI ?	Tidak	0		
		Ya	10	10	
5	Apakah anggota tim PPI termasuk dokter dan perawat	Tidak	0		
		Ya	10	10	
6	Apakah Anda memiliki Komite PPI yang secara aktif mendukung tim PPI?	Tidak	0		
		Ya	10		
7	Apakah ada kelompok profesional yang masuk menjadi anggota Komite PPI ?				
		a. Direktur RS, Direktur Medis	Tidak	0	0
			Ya	5	
		b. Staff klinis senior (dokter, perawat)	Tidak	0	
			Ya	2.5	2.5
		c. Manajemen yang menangani fasilitas (kesling, biosafety)	Tidak	0	0
Ya	2.5				
8	Apakah Anda sudah menetapkan tujuan PPI yang jelas ? (yaitu area kritis : ICU, NICU, ruang operasi)	Tidak	0		
		Ya, hanya tujuan PPI	2.5		
		Ya, tujuan PPI dan indikator yang terukur (langkah-langkah yang cukup untuk perbaikan)	5	5	
		Ya, indikator hasil tujuan PPI yang dapat terukur dan menetapkan target ke depannya	10		

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor	Hasil Penilaian
9	Apakah pimpinan di rumah sakit Anda menunjukkan komitmen dan dukungan yang jelas untuk program PPI ?			
	a. Dengan memberikan anggaran yang dialokasikan khusus untuk program PPI (mencakup untuk kegiatan PPI termasuk gaji petugas PPI)	Tidak	0	
		Ya	5	5
	b. Dukungan yang dibuktikan pada tujuan dan indikator PPI di dalam fasilitas (pada pertemuan direksi, pertemuan morbiditas dan mortalitas)	Tidak	0	
		Ya	5	5
10	Apakah fasilitas kesehatan Anda memiliki laboratorium mikrobiologi untuk penggunaan sehari-hari	Tidak	0	
		Ya, tetapi tidak memberikan hasil yang berkualitas (tepat waktu dan kualitas yang memadai)	5	5
		Ya, dan memberikan hasil yang berkualitas (tepat waktu dan kualitas yang memadai)	10	
	Subtotal skor			67.5/100
Komponen Inti 2 : Pedoman atau Referensi Tentang PPI				
1	Apakah fasilitas kesehatan Anda memiliki seorang ahli (dalam bidang PPI dan atau penyakit menular) untuk mengembangkan atau mengadopsi pedoman atau referensi ?	Tidak	0	0
		Ya	7.5	
2	Apakah fasilitas kesehatan Anda memiliki pedoman tentang :			
		a. Kewaspadaan standar		
		Tidak	0	
		Ya	2.5	2.5
	b. Kebersihan tangan	Tidak	0	
		Ya	2.5	2.5
	c. Kewaspadaan berdasarkan transmisi	Tidak	0	
		Ya	2.5	2.5
	c. Manajemen wabah dan kesiapsiagaan wabah	Tidak	0	
		Ya	2.5	2.5
	d. Pencegahan Infeksi Daerah Operasi	Tidak	0	
		Ya	2.5	2.5
	e. Pencegahan IADP atau CRBSI	Ya	0	
		Tidak	2.5	2.5
	f. Pencegahan HAP (termasuk VAP)	Tidak	0	
Ya		2.5	2.5	
g. Pencegahan CAUTI	Tidak	0		
	Ya	2.5	2.5	

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor	Hasil Penilaian
	h. Pencegahan penularan MDRO	Tidak	0	
		Ya	2.5	2.5
	i. Desinfeksi dan sterilisasi	Tidak	0	
		Ya	2.5	2.5
	j. Perlindungan dan keselamatan petugas kesehatan	Tidak	0	
		Ya	2.5	2.5
	k. Penyuntikan yang aman	Tidak	0	
		Ya	2.5	2.5
	l. Pengelolaan limbah	Tidak	0	
		Ya	2.5	2.5
	m. Antibiotik yang bijak	Tidak	0	
		Ya	2.5	2.5
3	Apakah pedoman di fasilitas kesehatan Anda konsisten dengan pedoman nasional/internasional ?	Tidak	0	
		Ya	10	10
4	Apakah penerapan pedoman tersebut di sesuaikan dengan kebutuhan dan sumber daya yang ada dan tetap mempertahankan standar utama dari PPI	Tidak	0	
		Ya	10	10
5	Apakah petugas kesehatan yang berada di garis depan terlibat dalam perencanaan dan pelaksanaan pedoman PPI sebagai tambahan SDM dalam tim PPI	Tidak	0	0
		Ya	10	
6	Apakah pemangku kepentingan yang relevan (dokter, kepala perawat, manajer rumah sakit, manajemen mutu) terlibat dalam pengembangan dan adaptasi pedoman PPI sebagai personel tambahan PPI ?	Tidak	0	0
		Ya	7.5	
7	Apakah petugas kesehatan mendapatkan pelatihan khusus terkait dengan pedoman PPI yang baru atau yang berlaku pada fasilitas kesehatan Anda	Tidak	0	
		Ya	10	10
8	Apakah Anda secara teratur memantau penerapan beberapa pedoman PPI di fasilitas kesehatan Anda ?	Tidak	0	
		Ya	10	10
	Subtotal skor			75/100
Komponen Inti 3 : Pendidikan dan Pelatihan PPI				
1	Apakah ada personel dengan keahlian PPI dan atau penyakit menular untuk memberikan pelatihan PPI	Tidak	0	0
		Ya	10	

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor	Hasil Penilaian
2	Apakah ada tambahan personel non-PPI dengan keterampilan yang memadai menjadi pelatih dan mentor (misal perawat penghubung atau dokter)?	Tidak	0	0
		Ya	10	
3	Seberapa sering petugas kesehatan mendapatkan pelatihan tentang PPI di fasilitas kesehatan Anda ?	Tidak pernah atau jarang	0	
		Orientasi karyawan baru hanya untuk petugas kesehatan	5	
		Orientasi karyawan baru dan karyawan lama (setidaknya setiap tahun) pelatihan untuk petugas kesehatan di adakan tetapi tidak wajib	10	
		Orientasi karyawan baru dan karyawan lama (minimal sekali setahun) mendapatkan pelatihan PPI wajib diikuti oleh semua petugas kesehatan	15	15
4	Seberapa sering petugas kebersihan dan personel lain yang terlibat langsung dalam perawatan pasien menerima pelatihan tentang PPI di fasilitas kesehatan Anda?	Tidak pernah atau jarang	0	
		Orientasi karyawan baru hanya untuk personel lain	5	
		Orientasi karyawan baru dan pelatihan rutin (setidaknya setahun sekali) untuk personel lain tetapi tidak diwajibkan	10	10
		Orientasi karyawan baru dan pelatihan rutin (setidaknya setahun sekali) wajib diikuti personel lain	15	
5	Apakah staff administrasi dan manajerial menerima pelatihan tentang PPI secara umum di fasilitas kesehatan Anda ?	Tidak	0	
		Ya	10	10
6	Bagaimana petugas kesehatan dan personel lain dilatih tentang PPI ?	Tidak ada pelatihn yang tersedia	0	
		Menggunakan media infoemasi tertulis dan atau instruksi lisan dan atau melalui <i>e-learning</i> saja	5	
		Pelatihan juga diberikan dengan sesi interaktif (misal dengan simulasi dan atau <i>bedsite teaching</i>)	10	10
7	Apakah ada evaluasi berkala terhadap ke efektifan program pelatihan (misal audit kebersihan tangan, audit pengetahuan tentang PPI yang lain)	Tidak	0	
		Ya, tetapi tidak secara teratur	5	5
		Ya, secara teratur (setidaknya setiap tahun)	10	
8	Apakah pelatihan PPI terintegrasi dengan praktik klinik dan pelatihan	Tidak	0	
		Ya, dalam beberapa disiplin ilmu	5	5

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor	Hasil Penilaian
	spesialisasi lain (misal pelatihan ahli bedah yang terkait PPI (infeksi daerah operasi)	Ya, di semua disiplin ilmu	10	
9	Apakah ada pelatihan PPI khusus untuk pasien atau anggota keluarga untuk meminimalkan potensi infeksi terkait perawatan (misal pasien dengan imunokompromise, pasien dengan alat invasif, pasien dengan infeksi MDRO)	Tidak	0	
		Ya	5	5
10	Apakah pengembangan/pendidikan berkelanjutan ditawarkan untuk petugas PPI (misal konferensi, kursus PPI)	Tidak	0	
		Ya	10	10
	Subtotal skor			70/100

Komponen Inti 4 : Surveilans HAIs

Organisasi Surveilans

1	Apakah surveilans HAIs merupakan komponen yang ada dalam kegiatan pokok program kerja PPI	Tidak	0	
		Ya	5	5
2	Apakah Anda memiliki personel yang bertanggung jawab atas kegiatan surveilans HAIs?	Tidak	0	
		Ya	5	5
3	Apakah personel yang bertanggung jawab untuk melakukan kegiatan surveilans HAIs telah dilatih dalam epidemiologi dasar, surveilans dan PPI (metode surveilans, manajemen data dan intepretasi)?	Tidak	0	
		Ya	5	5
4	Apakah Anda memiliki dukunga informatika atau IT untuk melakukan surveilans (misal catatan elektronik, perangkat seluler khusus untuk surveilans)	Tidak	0	
		Ya	5	5

Prioritas surveilans : ditentukan berdasarkan ruang lingkup perawatan

5	Apakah Anda membuat prioritas dalam menentukan HAIs yang menjadi target surveilans sesuai dengan pedoman lokal (yaitu mengidentifikasi infeksi yang merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas di pelayanan kesehatan)	Tidak	0	
		Ya	5	5
6	Di fasilitas kesehatan Anda melakukan surveilans HAIs :			
	a. Infeksi daerah operasi	Tidak	0	
		Ya	2.5	2.5
	b. Infeksi terkait alat invasif (CAUTI, CLABSI, VAP, CRBSI)	Tidak	0	

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor	Hasil Penilaian
		Ya	2.5	2.5
	c. Infeksi yang ditentukan secara klinis (misal definisi hanya berdasarkan tanda dan gejala tanpa ada pemeriksaan mikrobiologi)	Tidak	0	
		Ya	2.5	2.5
	d. Kolonisasi atau infeksi yang disebabkan oleh MDRO sesuai dengan epidemiologi lokal	Tidak	0	
		Ya	2.5	2.5
	e. Infeksi edpidemi lokal (novovirus, TB paru, Ebola dll)	Tidak	0	0
		Ya	2.5	
	f. Infeksi pada populasi yang rentan (misal neonatus, ruang intensif, gangguan sistem imun, pasien luka bakar)	Tidak	0	0
		Ya	2.5	
	g. Infeksi yang dapat mempengaruhi petugas kesehatan di klinik, laboratorium (misal heb B, Heb C HIV, influenza)	Tidak	0	0
		Ya	2.5	
7	Apakah Anda secara teratur mengevaluasi surveilans HAIs sejalan dengan kebutuhan dan prioritas fasilitas kesehatan Anda ?	Tidak	0	
		Ya	5	5
Metode Surveilans HAIs				
8	Apakah Anda meggunakan definisi kasus surveilans yang dapat diandalkan (definisi pembilang dan penyebut sesuai CDC NHNS/ECDC) atau jika di adopsi berdasarkan bukti atau konsultasi dengan ahli ?	Tidak	0	
		Ya	5	5
9	Apakah Anda menggunakan metode pengumpulan data standar (misal surveilans prospektif aktif) sesuai pedoman surveilans internasional (CDC NHNS/ECDC) atau jika diadopsi berdasarkan bukti atau konsultasi ahli?	Tidak	0	
		Ya	5	5
10	Apakah Anda memiliki proses untuk meninjau kualitas data secara teratur (misal penilaian formulir laporan kasus, peninjauan hasil mikrobiologi, penentuan penyebut dan pembilang)	Tidak	0	0
		Ya	5	
11	Apakah Anda memiliki laboratorium mikrobiologi dengan kapasitas yang memadai untuk mendukung surveilans HAIs?	Tidak	0	0
		Ya, dapat membedakan strain gram positif/negatif tetapi tidak dapat mengidentifikasi patogen	2.5	

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor	Hasil Penilaian
		Ya, dapat mengidentifikasi patogen dengan andal (misal mengisolasi identifikasi)secra tepat waktu	5	
		Ya, dapat dengan andal mengidentifikasi patogen dan pola resistensi obat antimikroba secara tept waktu	10	
Analisis informasi dan desiminasi atau penggunaan data, keterkaitan dan atat kelola				
12	Apakah data surveilans digunakan untuk membuat rencana berdasarkan unit atau fasilitas kesehatan yang di sesuaikan untuk meningkatkan penerapan PPI ?	Tidak	0	
		Ya	5	5
13	Apakah Anda menganalisa resistensi obat antimikroba secara teratur (misal triwulan/semester/tahunan)	Tidak	0	0
		Ya	5	
14	Apakah Anda secara teratur (triwulanan/semester/tahunan) memberikan informasi umpan balik tentang surveilans HAIs kepada :			
		a. Petugas kesehatan di lini depan (dokter/perawat)	Tidak	0
		Ya	2.5	
	b. Kepala unit atau kepala ruang	Tidak	0	
		Ya	2.5	2.5
	c. Komite PPI	Tidak	0	
		Ya	2.5	2.5
	d. Manajemen atau direktur atau manajemen non klinis seperti kepala keuangan	Tidak	0	
		Ya	2.5	2.5
	15	Bagaimana Anda memberikan umpan balik surveilans HAIs (setidaknya setiap tahun)	Tidak ada umpan balik	0
Hanya dengan informasi tertulis atau lisan			2.5	
Dengan presentasi dan pencarian akar masalah serta tindak lanjut secara interaktif			7.5	7.5
Subtotal Skor				70/100
Komponen Inti 5 : Strategi Multimodal Untuk Penerapan Intervensi PPI				
1	Apakah Anda menggunakan strategi multimodal untuk menerapkan intervensi PPI?	Tidak	0	
		Ya	15	15
2	Apakah strategi multimodal Anda mencakup salah sau atau semua elemen berikut	Perubahan sistem		
		Elemen ini tidak termasuk dalam strategi multimodal	0	

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor	Hasil Penilaian
		Intervensi untuk memastikan infrastruktur yang diperlukan dan berkesinambungan ketersediaan persediaan sudah tersedia	5	5
		Intervensi untuk memastikan infrastruktur yang diperlukan dan ketersediaan berkelanjutan tersedia, mencakup penanganan ergonomi dan aksesibilitas (misal penempatan alat invasif)	10	
		Pendidikan dan Pelatihan		
		Elemen ini tidak termasuk dalam strategi multimodal	0	
		Informasi tertulis dan/atau instruksi lisan dan/atau melalui <i>e-learning</i> saja	5	
		Sesi pelatihan interaktif tambahan termasuk simulasi dan <i>bedside teaching</i>	10	10
		Pemantauan dan Umpan Balik		
		Elemen ini tidak termasuk dalam strategi multimodal	0	
		Memantau kepatuhan terhadap indikator proses atau hasil (misalnya audit kebersihan tangan atau praktik yang lain)	5	5
		Memantau kepatuhan dan memberikan umpan balik tepat waktu atas hasil pemantauan terhadap kesehatan karyawan	10	
		Komunikasi dan Peningkat		
		Elemen ini tidak termasuk dalam strategi multimodal	0	
3	Apakah strategi multimodal Anda mencakup salah satu atau semua elemen berikut	Peningkat, poster atau alat advokasi atau peningkatan kesadaran lainnya untuk mempromosikan intervensi	5	5
		Metode/inisiatif tambahan untuk meningkatkan komunikasi tim lintas unit dan disiplin (misal dengan mengadakan studi kasus dan umpan balik rutin)	10	
		Keselamatan dan perubahan budaya		
		Elemen ini tidak termasuk dalam strategi multimodal	0	

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor	Hasil Penilaian
		Manajer/pemimpin menunjukkan dukungan nyata dan bertindak sebagai <i>champion</i> dan panutan mempromosikan pendekatan adaptif dan memperkuat budaya yang mendukung PPI, kualitas pelayanan dan keselamatan pasien	5	5
		Selain itu, tim dan individu diberdayakan sehingga mereka merasa memiliki intervensi (misal melalui partisipasi aktif dalam umpan balik)	10	
4	Apakah tim multidisiplin digunakan untuk menerapkan strategi multimodal PPI?	Tidak	0	
		Ya	15	15
5	Apakah Anda secara teratur terhubung dengan kolega dari peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk mengembangkan dan mempromosikan strategi multimodal PPI ?	Tidak	0	
		Ya	10	10
6	Apakah strategi ini termasuk <i>bundles</i> atau <i>checklist</i> ?	Tidak	0	
		Ya	10	10
	Subtotal Skor			80/100
Komponen Inti 6: Pemantauan atau Audit dan Umpan Balik PPI				
1	Apakah Anda memiliki personel terlatih yang bertanggung jawab untuk memantau atau melakukan audit dan umpan balik PPI ?	Tidak	0	
		Ya	10	10
2	Apakah Anda memiliki rencana pemantauan yang jelas dengan tujuan, sasaran dan kegiatan yang jelas (termasuk alat untuk mengumpulkan data secara sistematis)?	Tidak	0	
		Ya	7.5	7.5
3	Proses dan indikator apa yang Anda pantau/audit di fasilitas kesehatan Anda ? (centang semua yang sesuai dengan yang Anda lakukan)	Tidak ada	0	
		Kepatuhan kebersihan tangan (menggunakan tool observasi kebersihan tangan WHO atau yang setara)	5	5
		Pemasangan dan atau perawatan kateter intravaskuler	5	5
		Penggantian balutan luka	5	
		Kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasarkan transmisi untuk mencegah penyebaran organisme yang resistan (MDRO)	5	5

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor	Hasil Penilaian
		Pembersihan lingkungan	5	5
		Desinfeksi dan sterilisasi instrumen	5	5
		Konsumsi alkohol handrub atau handsoap	5	
		Konsumsi/penggunaan antimikroba	5	
		Pengelolaan limbah	5	5
4	Seberapa sering survei kerangka penilaian mandiri kebersihan tangan sesuai WHO dilakukan?	Tidak pernah	0	
		Secara berkala, tetapi tidak ada jadwal rutin	2.5	
		Setidaknya Setiap tahun	5	5
5	Apakah Anda memberi umpan balik terhadap laporan audit (misal umpan balik tentang data kebersihan tangan atau proses lainnya) tentang kinerja PPI ? (pilih semua yang sesuai)	Tidak ada pelaporan	0	
		Ya, dalam tim IPC	2.5	2.5
		Ya, kepada pimpinan departemen atau manajer di area yang di audit	2.5	2.5
		Ya, untuk petugas kesehatan di lini depan	2.5	
		Ya, kepada komite atau PMKP	2.5	
		Ya, untuk manajemen rumah sakit	2.5	2.5
6	Apakah pelaporan data pemantauan dilakukan secara rutin (minimal setahun sekali)?	Tidak	0	
		Ya	10	10
7	Apakah pemantauan dan umpan balik terhadap proses dan indikator PPI dilakukan dalam budaya keselamatan yang bebas dari "menyalahkan" yang bertujuan untuk perbaikan dan perubahan perilaku ?	Tidak	0	
		Ya	5	5
8	Apakah Anda menilai faktor budaya keselamatan di fasilitas kesehatan Anda ?	Tidak	0	
		Ya	5	5
	Subtotal Score			80/100
Komponen Inti 7 : Beban Kerja, SDM dan Kapasitas Tempat Tidur				
	Kepegawaian			
1	Apakah tingkat kepegawaian yang sesuai dinilai di fasilitas kesehatan Anda sesuai dengan beban kerja menggunakan standar nasional atau tool penilaian kebutuhan kepegawaian standar seperti indikator beban kerja dari WHO untuk metode kebutuhan kepegawaian ?	Tidak	0	0
		Ya	5	
2	Apakah rasio petugas perawatan terhadap pasien yang sudah ditentukan dipertahankan di seluruh fasilitas kesehatan Anda ?	Tidak	0	
		Ya, untuk staf kurang dari 50% unit	5	5
		Ya, untuk staf lebih dari 50% unit	10	

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor	Hasil Penilaian
		Ya, untuk semua petugas kesehatan di fasilitas tersebut	15	
3	Apakah ada sistem di fasilitas Anda untuk menindaklanjuti hasil penilaian kebutuhan staff ketika tingkat staff terlalu rendah?	Tidak	0	0
		Ya	10	
	Kapasitas Tempat Tidur			
4	Apakah desain bangsal di fasilitas kesehatan Anda sesuai dengan standar internasional mengenai kapasitas tempat tidur ?	Tidak	0	
		Ya, tetapi hanya di departemen tertentu	5	5
		Ya, untuk semua departemen (termasuk gawat darurat dan bangsal anak/pediatrik)	15	
5	Apakah kapasitas tempat tidur di fasilitas kesehatan Anda dijaga untuk satu pasien per tempat tidur ?	Tidak	0	
		Ya, tetapi hanya di departemen tertentu	5	
		Ya, untuk semua departemen (termasuk gawat darurat dan bangsal anak/pediatrik)	15	15
6	Apakah pasien di fasilitas kesehatan Anda di tempatkan di tempat tidur yang ditempatkan di koridor di luar ruangan (termasuk tempat tidur di unit gawat darurat)	Ya, lebih sering dari dua kali seminggu	0	
		Ya, kurang dari dua kali seminggu	5	
		Tidak	15	15
7	Apakah bisa dipastikan jarak > 1 meter antara tempat tidur pasien?	Tidak	0	
		Ya, tetapi hanya di departemen tertentu	5	
		Ya, untuk semua departemen (termasuk gawat darurat dan bangsal anak/pediatrik)	15	15
8	Apakah ada sistem di fasilitas kesehatan Anda untuk menilai dan merespon ketika kapasitas tempat tidur yang memadai terlampaui?	Tidak	0	
		Ya, ini adalah tanggung jawab kepala departemen	5	
		Ya, ini adalah tanggung jawab administrasi/manajemen rumah sakit	10	10
	Subtotal Skor			65/100
Komponen Inti 8 : Lingkungan, Sarana dan Prasarana				
	Air			
1	Apakah persediaan air tersedia setiap saat dan dalam jumlah yang cukup untuk semua kebutuhan (misalnya mencuci tangan, minum, <i>personal hygiene</i> , kegiatan medis, sterilisasi, dekontaminasi, pembersihan dan laundry)?	Tidak, tersedia rata-rata < 5 hari per minggu	0	
		Ya, tersedia rata-rata \geq 5 hari per minggu atau setiap hari tetapi jumlahnya tidak mencukupi	2.5	
		Ya, setiap hari dan dalam jumlah yang cukup	7.5	7.5
2		Tidak, tidak tersedia	0	

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor	Hasil Penilaian
	Apakah ada tempat air minum yang aman dan bisa diandalkan ketersediaannya serta dapat di akses oleh staf , pasien dan keluarga pasien setiap saat dan bisa di dapatkan di semua bangsal atau area di fasilitas kesehatan Anda ?	Terkadang, atau hanya di beberapa tempat atau tidak tersedia untuk semua pengguna	2.5	
		Ya, dapat di akses setiap saat dan untuk semua bangsal atau area di fasilitas kesehatan	7.5	7.5
	Fasilitas kebersihan tangan dan sanitasi			
3	Apakah tempat cuci tangan yang berfungsi (yaitu cairan pembersih tangan berbasis alkohol atau sabun dan air serta pengering tangan sekali pakai/ <i>paper towel</i>) tersedia di semua tempat perawatan ?	Tidak, tidak tersedia	0	
		Ya, fasilitas cuci tangan ada tetapi ketersediaan tidak memadai	2.5	
		Ya, dengan persediaan yang memadai	7.5	7.5
4	Di fasilitas kesehatan Anda, apakah tersedia ≥ 4 toilet yang tersedia untuk rawat jalan atau ≥ 1 per 20 pengguna di rawat inap	Jumlah toilet yang tersedia dan berfungsi kurang dari yang di butuhkan	0	
		Jumlah cukup tetapi tidak semua berfungsi dengan baik	2.5	
		Jumlah cukup memadai dan berfungsi dengan baik	7.5	7.5
5	Di fasilitas kesehatan Anda, apakah pasokan energi/daya/listrik cukup tersedia pada siang dan malam hari untuk semua penggunaan (misalnya, memompa dan merebus air, sterilisasi dan dekontaminasi, insinerator atau teknologi lain yang membutuhkan daya listrik, perangkat media elektronik, penerangan umum area dimana prosedur perawatan kesehatan dilakukan untuk memastikan penyediaan perawatan kesehatan yang aman dan penerangan fasilitas toilet dan kamar mandi ?	Tidak	0	
		Ya, terkadang atau hanya di beberapa area yang disebutkan	2.5	
		Ya, selalu dan di semua area yang di sebutkan	5	5
6	Apakah ventilasi lingkungan berfungsi (alami dan mekanis) tersedia di area perawatan ?	Tidak	0	
		Ya	5	5
7	Untuk lantai dan permukaan kerja horisontal, apakah ada catatan pembersihan yang dapat di akses, ditandatangani oleh petugas kebersihan setiap hari ?	Tidak ada catatan pembersihan permukaan dan lantai	0	
		Catatan ada, tetapi tidak dilengkapi dan tidak ditandatangani setiap hari atau untuk waktu yang sudah lewat	2.5	2.5
		Ya, catatan dan ditandatangani setiap hari	5	
8	Apakah tersedia bahan yang sesuai dan terpelihara dengan baik untuk pembersihan (misalnya detergen, pel, ember, dll	Tidak ada bahan yang tersedia	0	
		Ya, tersedia tetapi tidak terawat dengan baik	2.5	
		Ya, tersedia dan terawat dengan baik	5	5
	Penempatan Pasien dan APD Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan			

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor	Hasil Penilaian
9	Apakah Anda memiliki kamar pasien <i>single room</i> atau kamar untuk menggabungkan pasien dengan patogen yang sama (<i>cohort</i>) jika jumlah ruang isolasi tidak mencukupi (misalnya TB, campak, kolera, Ebola, SARS)	Tidak	0	
		Tidak ada kamar isolasi <i>single room</i> melainkan kamar <i>cohort</i>	2.5	2.5
		Ya, ada kamar isolasi <i>single room</i>	7.5	
10	Apakah APD tersedia setiap saat dan dalam jumlah yang cukup untuk semua penggunaan sesuai kebutuhan semua petugas kesehatan ?	Tidak	0	
		Ya, tetapi tidak tersedia terus-menerus dalam jumlah yang cukup	2.5	
		Ya, terus menerus tersedia dalam jumlah yang cukup	7.5	7.5
	Pengelolaan Limbah Medis Dan Pembuangan Limbah			
11	Apakah Anda memiliki wadah untuk tempat limbah untuk non medis, limbah infeksius dan limbah benda tajam di dekat tempat pengumpulan limbah ?	Tidak ada tempat atau metode pembuangan yang digunakan	0	
		Tempat limbah terpisah ada tetapi tutupnya hilang atau berisi lebih dari 3/4 bagian, hanya ada 2 tempat limbah bukan 3 atau tempat limbah di beberapa tetapi tidak semua ada di dekat pengumpulan limbah	2.5	
		Ya	5	5
12	Apakah tempat pembuangan/pengumpulan limbah berpagar atau apakah ada yang mengambil limbah non medis ?	Tidak ada	0	
		Ada penembatan untuk pembuangan limbah tetapi kapasitas tidak memenuhi , tidak dipagari/tidak terkunci, pengambilan limbah non medis tidak teratur	2.5	
		Ya	5	5
13	Apakah terdapat insinerator atau adalaternatif tehnologi pengolahan infeksius dan limbah benda tajam misalnya autoklaf) baik di dalam atau diluar kota yang dioperasikan oleh layanan limbah yag ada izinnya, berfungsi dan mempunyai kapasitas yang memadai?	Tidak tersedia	0	
		Ya, tetapi tidak berfungsi dengan baik	2.5	
		Ya dan berfungsi dengan baik	5	5
14	Apakah sistem pengolahan air limbah (misalnya santitank) ada di dalam atau diluar lokasi fasilitas kesehatan dan berfungsi dengan baik ?	Tidak tersedia	0	
		Ya, tetapi tidak berfungsi dengan baik	2.5	
		Ya, dan berfungsi dengan baik	5	5
	Dekontaminasi dan Sterilisasi			

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor	Hasil Penilaian
15	Apakah fasilitas perawatan kesehatan Anda menyediakan area dekontaminasi khusus dan atau CSSD (baik di dalam area fasilitas kesehatan maupun diluar yang di operasionalkan oleh layanan sterilisasi yang berlisensi) untuk dekontaminasi dan sterilisasi perangkat medis dan barang/peralatan lainnya	Tidak tersedia	0	
		Ya, tetapi tidak berfungsi dengan baik	2.5	
		Ya, dan berfungsi dengan baik	5	5
16	Apakah fasilitas kesehatan Anda memiliki peralatan steril dan di desinfeksi siap digunakan ?	Tidak, tidak tersedia rata-rata < lima hari per minggu	0	
		Ya, tersedia rata-rata ≥ 5 hari per minggu atau setiap hari tetapi jumlahnya tidak mencukupi	2.5	2.5
		Ya, tersedia setiap hari dan dalam jumlah yang cukup	5	
17	Apakah barang sekali pakai tersedia bila diperlukan ? (misalnya alat injeksi, sarung tangan)	Tidak, tidak tersedia	0	
		Ya, tetapi hanya kadang-kadang tersedia	2.5	
		Ya, selalu tersedia	5	5
	Subtotal Skor			90/100

Lampiran 8. SURAT IZIN PENELITIAN



Bekasi, 7 Agustus 2023

No : 008/RSSBT-DIR/VIII/2023

Lampiran : -

Perihal : Jawaban Surat Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth:

Prof. Dr. apt. Aprilita Rina Yanti Eff., M.Biomed

Dekan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan

Universitas Esa Unggul

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat No 205/FIKES/KESMAS/UEU/VII/2023 yang kami terima dari Universitas Esa Unggul Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan terkait permohonan izin penelitian untuk tugas akhir skripsi untuk mahasiswa Sdri. Sisilia Revita, maka kami mengizinkan kepada Sdr. Sisilia Revita untuk melakukan penelitian di Siloam Hospitals Bekasi Timur sesuai dengan judul yang diajukan "Implementasi Program Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi (PPI) Dengan Menggunakan *Infection Prevention and Control Assessment Framework (IPCAF)* Pada RS X Di Wilayah Bekasi Tahun 2023".

Kami berharap agar data yang diperoleh hanya digunakan untuk kepentingan pendidikan. Atas perhatian dan kerja samanya, kami ucapkan banyak terima kasih.

Hormat kami,

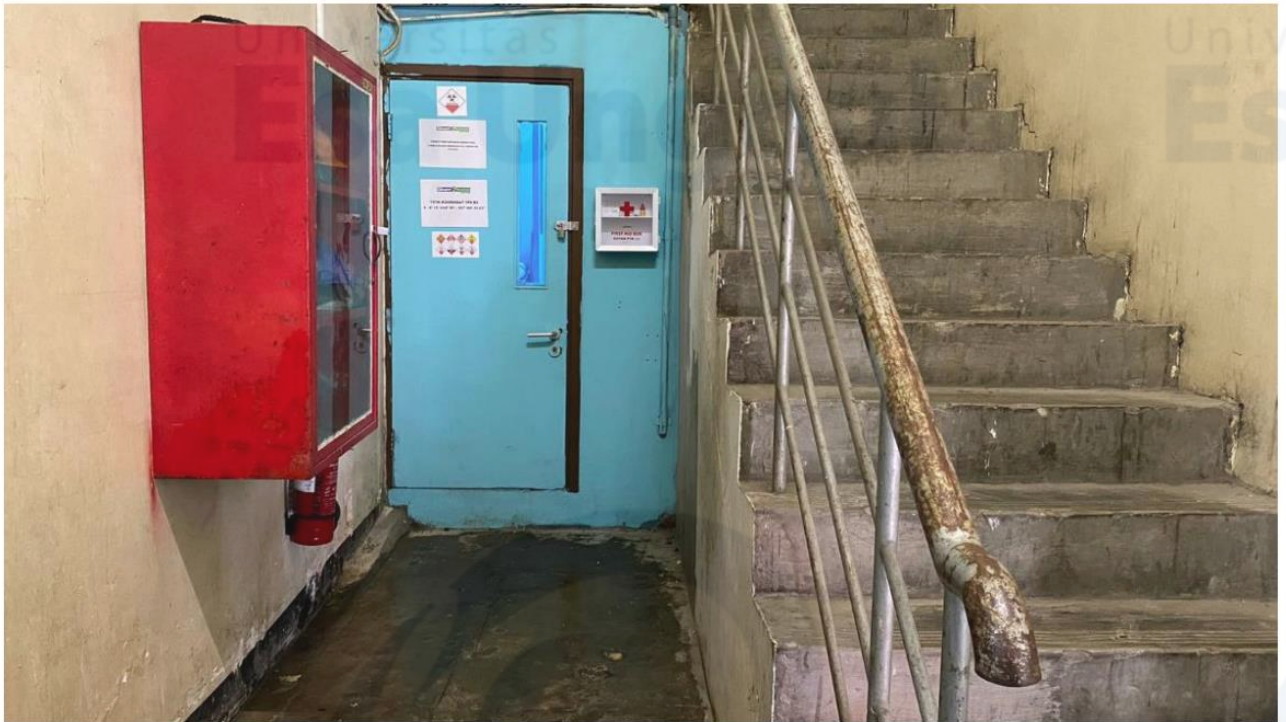


dr. Ervina, MM, MMRS
Direktur RS Siloam Bekasi Timur

Rumah Sakit Siloam Bekasi Timur
Jl. Chairil Anwar Blu Plaza No.27, Bekasi Timur-Bekasi
Tlp. (021) 80611900, Fax. (021) 80611922, Emergency Ambulance (021) 80611911
www.siloamhospitals.com



Lampiran 9. Foto Penelitian



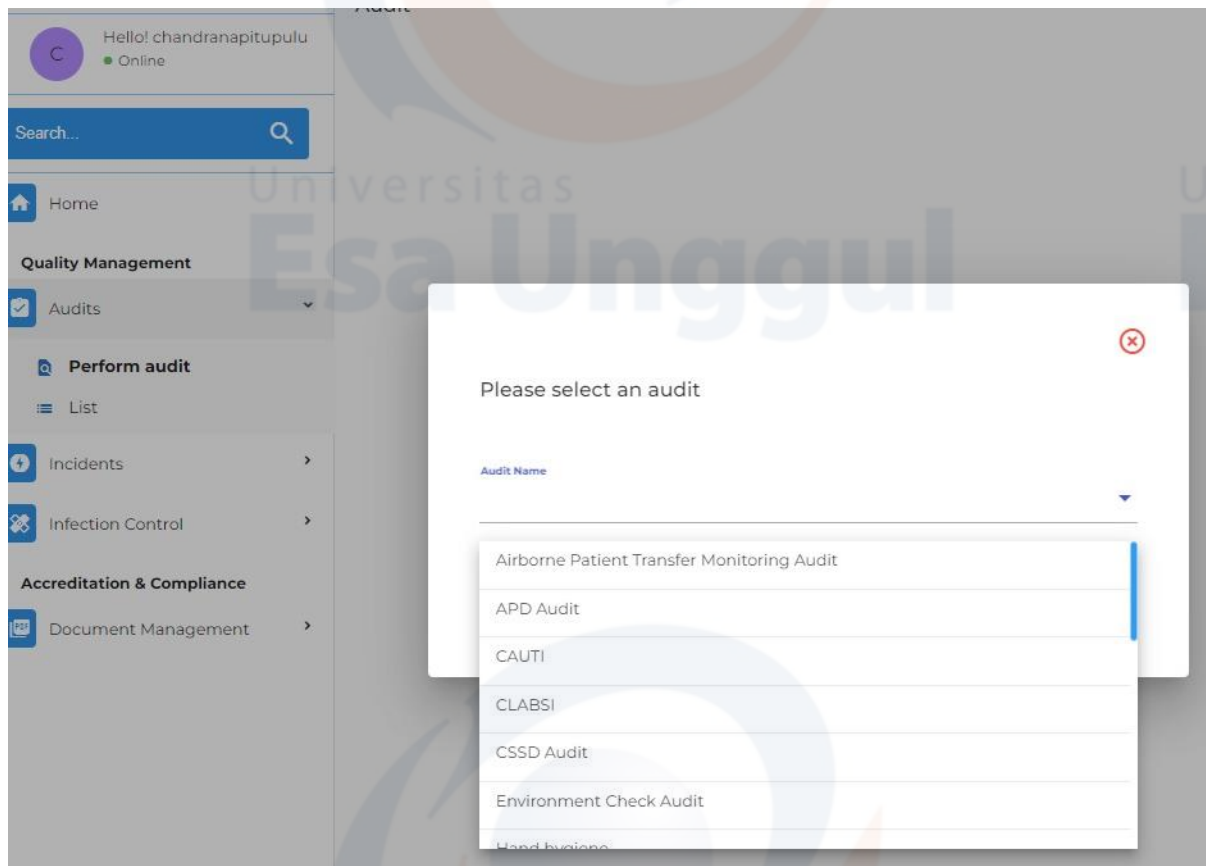
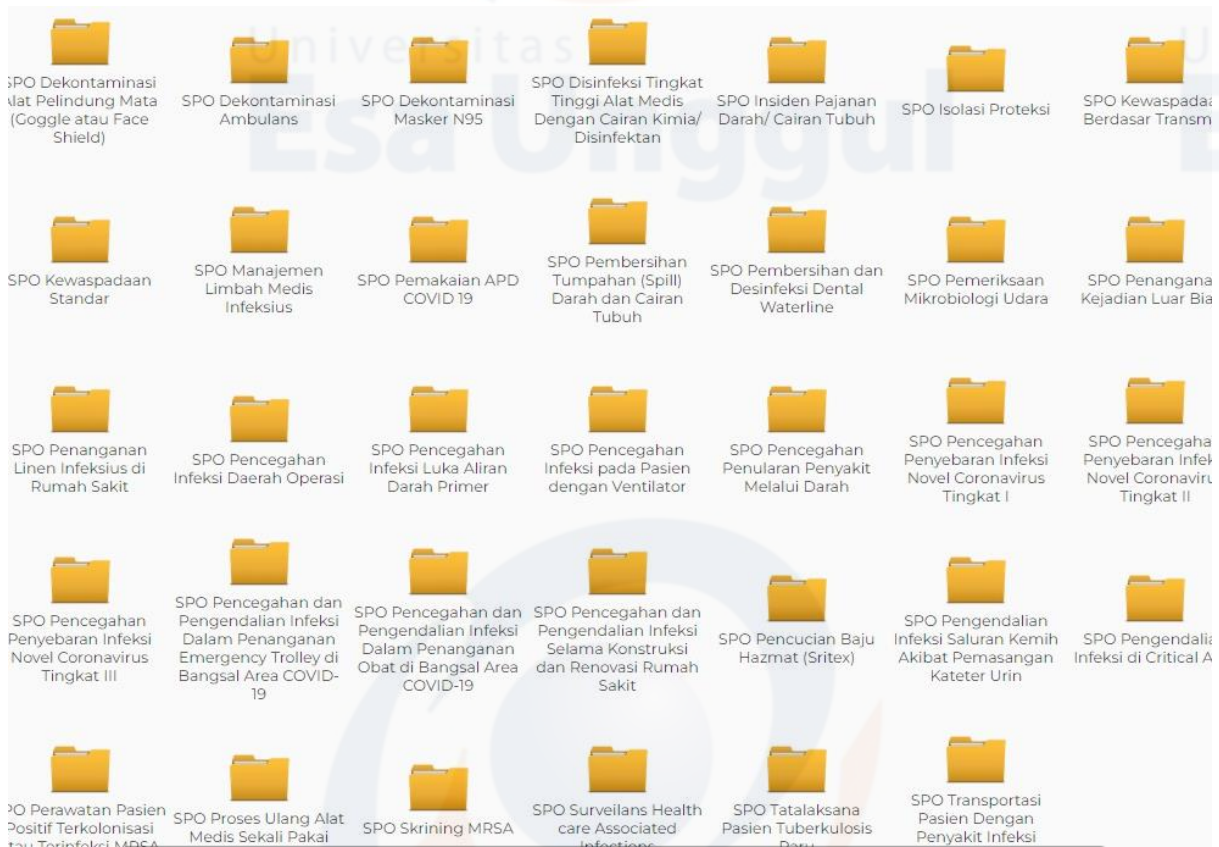
TAMPAK DEPAN TPS B3



APD DAN SPILL KIT TPS B3



Regulasi PPI



Profile: Hello! chandranapitupulu
● Online

Search...

Home

Quality Management

- Audits
- Incidents
- Infection Control
 - Report Event
 - List
 - New Checklist
 - Checklists

Accreditation & Compliance

- Document Management

CAUTI CLABSI VAP SSI

- Audits
 - Dashboard
 - Perform audit
 - List
 - Configuration
 - Targets
- Incidents
 - Report an incident
 - Incidents
- Infection Control
 - Dashboard
 - Report Event
 - List
 - New Checklist
 - Checklists
 - Checklist Configuration
 - SLA & Workflow
- Quality Indicators
 - Dashboard
 - RCA & Improvements

Accreditation & Compliance





Universitas
Esa Unggul

Univers
Esa