
LAPORAN

KULIAH PRAKTISI : KEBUTUHAN DASAR MANUSIA 1



23 DESEMBER 2025

SEMESTER GANJIL 2025/2026

PROGRAM STUDI KEBIDANAN



**UNIVERSITAS
FORT DE KOCK
BUKITTINGGI**

VISI DAN MISI

PROGRAM STUDI

VISI

**“Mewujudkan Bidan Professional
Dengan Keunggulan Berjiwa
Entrepreneur Dan Mampu Bersaing
Di Era Global Tahun 2033”**

TEMA

“Pengendalian Pencegahan Infeksi (PPI) dan Keselamatan pasien (patient safety)”

NARASUMBER

Ns. Desi Ermayeni, S.Kep

JADWAL

Waktu : Selasa, 23 Desember 2025

Pukul : 09.00 s/d selesai

PROFIL NARASUMBER

Curriculum Vitae

Nama : Ns. Desi Emayeni.S.Kep
Alamat : Jl.Sukarno Hatta No 39 Payakumbuh
Tempat/Tgl Lahir : 3 Oktober 1969
Email : emayenidesi@gmail.com
Hp : 08126695556

Pendidikan

D3 : Akper Perintis Bukittinggi, Lulus 1993
S1 : Universitas Andalas, Lulus 2004

Pekerjaan

Guru di SPK Yarsi , 1993 -

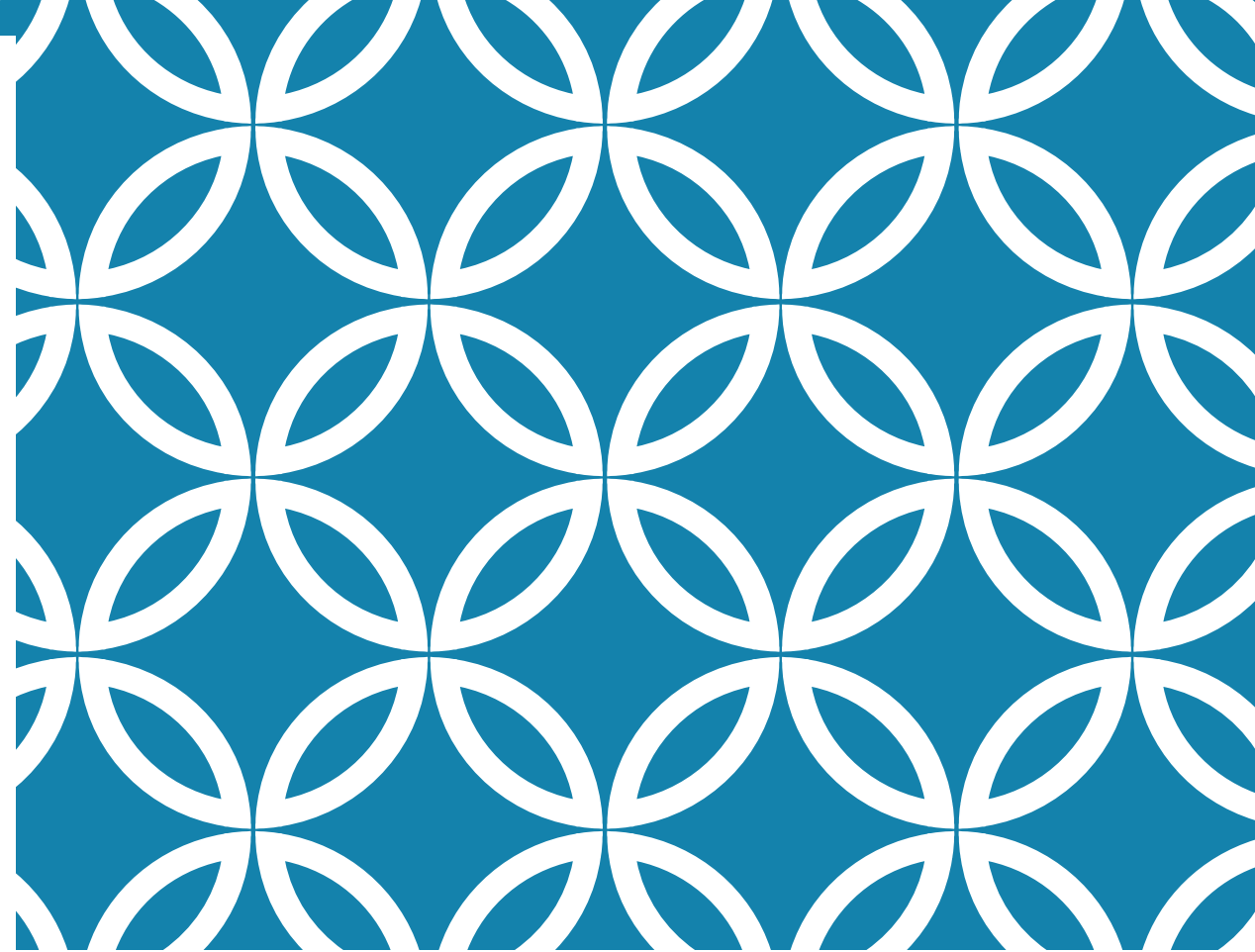
Kepala Instalasi Rawat Jalan, 2010-2012
Kepala Intalasi VIP, 2012-2014
Kasie. Asuhan Mutu Keperawatan, 2014 -2020
IPCN, 2020 sampai sekarang

Pelatihan/Workshop

Workshop Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dlm Standar Akreditasi RS,
2019
Workshop standar Akreditasi RS,Kementrian Kesehatan (Starkes), 2022
Pelatihan Kursus Lanjut Pencegahan dan Pengendalian Infeksi , 2021
Pelatihan IPCN, 2021



HAND OUT MATERI



NS.DESI EMAYENI.S.KEP

CURICULUM VITAE

Nama : Ns. Desi Emayeni.S.Kep
Alamat : Jl.Sukarno Hatta No 39 Payakumbuh
Tempat/Tgl Lahir : 3 Oktober 1969
Email : emayenidesi@gmail.com
Hp : 08126695556

Pendidikan

D3 : Akper Perintis Bukittinggi, Lulus 1993
S1 : Universitas Andalas, Lulus 2004

Pekerjaan

Guru di SPK Yarsi , 1993 -

Kepala Instalasi Rawat Jalan, 2010-2012
Kepala Intalasi VIP, 2012-2014
Kasie. Asuhan Mutu Keperawatan, 2014 -2020
IPCN, 2020 sampai sekarang

Pelatihan/Workshop






Workshop Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dlm Standar Akreditasi RS, 2019
Workshop standar Akreditasi RS,Kementrian Kesehatan (Starkes), 2022
Pelatihan Kursus Lanjut Pencegahan dan Pengendalian Infeksi , 2021
Pelatihan IPCN, 2021



PENGERTIAN

Pasien Safety : bebas dari cedera aksidental atau menghibndarkan cedera pada pasien akibat perawatan/kesaalahan pengobatan

Pasien Safety RS : suatu sistem dimana RS membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi :

-  Pengkajian resiko
-  Identifikasi dan pengelolaan hal yg berhubungan dgn resiko pasien
-  pelaporan dan analisis insiden
-  Kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya
-  implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko

TUJUAN

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien RS
2. Meningkatnya akuntabilitas RS terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya KTD
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan

6 SASARAN KESELAMATAN PASIEN

SKP 1

Mengidentifikasi pasien dengan benar

SKP 2

Meningkatkan komunikasi efektif

SKP 3

Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus di waspadai

SKP 4

Kepastian tepat posisi, tepat prosedur, tepat pasien operasi

SKP 5

Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan

SKP 6

Mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh

SKP 1 : Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar



Tujuan Identifikasi pasien secara benar :

- 1. Mengidentifikasi pasien sebagai individu** yang akan di beri layanan / tindakan/ pengobatan secara tepat
- 2. Mencocokkan layanan/ perawatan** yang akan di berikan dengan **pasien yang akan menerima layanan**

Identifikasi pasien minimal 2 identitas :
Nama lengkap dan tanggal lahir / Bar Code

Kapan melakukan identifikasi menggunakan minimal 2 identitas ?

a. Tindakan /intervensi terapi (mis : pemberian obat, pemberian darah/produk darah, terapi radiasi)

b. Tindakan prosedur (mis : memasang jalaur intra vena / hemodialysis)

c. Sebelum tindakan diagnostic (mis : mengambil darah dan specimen lain untuk pemeriksaan lab, sebelum kateterisasi jantung, tindakan radiologi diagnostic)

d. Menyajikan makanan pasien

Identifikasi Pasien pada Situasi Khusus

1. Pasien koma
2. Bayi baru lahir yg belum di beri nama
3. Pasien pada saat terjadi darurat bencana
4. Saat di gunakan dalam pelabelan , mis :
sampel darah dan sampel patologi, nampan
makanan pasien, label ASI di simpat untuk
bayi yang di rawat di RS

Fungsi dan Jenis Gelang Pasien

Gelang pink :
pasien dewasa
atau anak2
jenis kelamin
perempuan

Gelang kuning :
pasien dewasa
atau anak2
dengan risiko
jatuh

Gelang ungu :
untuk pasien
DNR : pasien yg
menolak untuk
RJP

Gelang biru :
pasien dewasa
atau anak2
jenis kelamin
laki-laki

Gelang merah :
pasien dewasa
atau anak2
dengan alergi

Gelang putih :
untuk pasien
bayi yg belum
jelas jenis
kelaminnya

SKP 2 : Komunikasi efektif



SKP 2 : Komunikasi efektif

RS menerapkan proses meningkatkan efektivitas komunikasi lisan dan / atau telp antara PPA, proses pelaporan hasil kritis pada pemeriksaan diagnostic termasuk POCT dan proses komunikasi serah terima

Metode Komunikasi

1. Metode komunikasi saat menerima instruksi melalui telphon : “menulis / menginput ke computer – membacakan – mengkonfirmasi kembali “
Konfirmasi harus dilakukan saat itu juga melalui telphon untuk menanyakan apakah yang di bacakan sdh sesuai dgn instruksi yang di berikan.

Metode komunikasi saat melaporkan kondisi pasien kepada DPJP dapat menggunakan : SBAR

Metode Komunikasi

2. Metode komunikasi saat melaporkan nilai kritis pemeriksaan diagnostic melalui telphon :

“menulis/menginput ke computer – membacakan konfirmasi kembali “

- Hasil kritis : pasien rajal atau ranap
- Pemeriksaan Diagnostik : semua pemeriksaan lab, radiologi, jantungPOCT
- Pasien ranap : pelaporan hasil kritis dapat dilaporkan melalui perawat dan dilaporkan ke DPJP yg meminta pemeriksaan
- Rentang waktu pelaporan hasil kritis ditentukan < 30 menit sejak hasil di verifikasi oleh PPA yg berwenang di unit pemeriksaan penunjang diagnostik

Metode Komunikasi

3. Metode komunikasi saat serah terima di standarisasi pada jenis serah terima yang sama : Mis : antara ruangan rawat inap

- Untuk jenis serah terima yang berbeda, dapat menggunakan metode , formulir dan alat yang berbeda.

Misalnya :

Serah terima dar IGD --- ruang Ranap dapat bebrbeda dgn serah terimas dari OK --- ke unit intensif

PPA (petugas pemberi asuhan) mencatat serah terima telah dilakukan, kepada siapa tanggung jawab pelayanan diserahkan, kemudian di tanda tangani, tanggal, waktu

Jenis Serah Terima

Janis serah terima :

- a. Antara PPA (mis : antar dokter, dokter leparat, antara perawat
- b. Antara unit perawatan yg bernbeda di RS (mis : dari ruang perawatan intensif ke ruang perawatan atau dari IGD ke OK)
- c. Dari ruang perawatan pasien ke unit layanan diagnostic seperti radiologi atau fisioterapi

3. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus di waspada



SKP 3

Obat-obatan yang perlu di waspadai (high alert medications) adalah obat-obatan yang memiliki risiko menyebabkan cedera serius pada pasien jika di gunakan dengan tidak tepat

Obat High Alert mencakup :

1. Obat risiko tinggi : obat dengan zat aktif yg dapat menimbulkan kematian atau kecatatan bila terjadi kesalahan (error) dalam penggunaannya (cth : insulin, heparin atau sitostatika)
2. Obat yg terlihat mirip dan kedengarannya mirip (nama obat, rupa dan ucapan mirip/NORUM atau Look Alike Sound Alike/LASA)

Obat High Alert mencakup :

3. Elektrolit konsentrat, contoh kalium klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 1 mEq/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat injeksi dengan konsentrasi lebih dari 50

Obat-obatan yang perlu di waspadai

RS : strategi mengurangi risiko dan cedera akibat kesalahan penggunaan obat high alert :

- Penataan penyimpanan
- Pelabelan yang jelas
- Penerapan double checking
- Pembatasan akses
- Penerapan penduan penggunaan obat high alert

RS : Daftar obat berisiko tinggi berdasarkan pola penggunaan obat yang berisiko dari data internalnya tentang lap IKP

- Daftar ini diperbarui setiap tahun
- Daftar dapat diperbarui sementara jika ada penambahan atau perubahan pada layanan RS

RS menerapkan proses untuk meningkatkan keamanan penggunaan elektrolit konsentrat :

1. RS menerapkan proses penyimpanan elektrolit konsentrat tertentu hanya instalasi farmasi, kecuali diunit pelayanan dengan pertimbangan klinis untuk mengurangi risiko cedera pd penggunaan elektrolit
2. Penyimpanan elektrolit konsentrat di luar inst.Farmasi diperbolehkan hanya dalam untuk situasi yg ditentukan
3. RS menetapkan dan menerapkan protocol koreksi hypokalemia, hyponatremia, hipofosfatemia

SKP 3

4. Kepastian tepat Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus di waspada

Obat-obatan yang perlu di waspadai (high alert medications) adalah obat-obatan yang memiliki risiko menyebabkan cedera serius pada pasien jika di gunakan dengan tidak tepat

4. Kepastian tepat posisi, Ketepatan prosedur, Ketepatan pasien Operasi



4. Kepastian tepat posisi, Ketepatan prosedur, Ketepatan pasien Operasi

Tujuan : Mencegah 3 kesalahan dalam tindakan dan prosedur

1. Salah orang
2. Salah lokasi
3. Salah prosedur

Protokol Umum (universal protocol) untuk mencegah salah sisi, salah prosedur dan salah pasien pembedahan :

1. Proses verifikasi sebelum operasi
2. Penandaan sisi operasi
3. Time – out dilakukan sesaat sebelum memulai tindakan

Proses verifikasi sebelum operasi

Verifikasi pra operasi : proses pengumpulan informasi dan konfirmasi secara terus menerus

Tujuan :

1. Melakukan verifikasi terhadap sisi yg benar, prosedur yg benar dan pasien yg benar
2. Memastikan bahwa semua dokumen, foto hasil radiologi atau pencitraan dan pemeriksaan yg terkait operasi telah tersedia, sdh diberi label dan disiapkan

Proses verifikasi sebelum operasi

3. Melakukan verifikasi bahwa produk darah, peralatan medis khusus dan / atau implant yg diperlukan sdh tersedia

Penandaan Sisi Operasi

- Penandaan sisi operasi hanya ditandai pada :
 - Semua kasus yang memiliki 2 sisi kiri dan kanan (lateralisasi)
 - Struktur multiple (jari tangan, jari kaki, lesi)
 - Multiple level (tlg belakang)
- Penandaan sisi operasi
 - Oleh PPA yang akan melakukan tindakan
 - Dibuat saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan
 - Harus terlihat sampai pasien di siapkan

Penandaan Sisi Operasi

- Tanda “X” tidak digunakan sebagai penanda karena dapat sdiartikan sbg “buka disisi” atau “salah sisi”
- Tanda yg di buat harus seragam dan konsisten digunakan di RS

Time Out

- Dilakukan sesat sebelum tindakan di mulai, dihadiri semua anggota tim.

Selama time out, tim menyetujui komponen sebagai berikut :

- Benar identitas pasien
- Benar prosedur yg akan dilakukan
- Benar sisi operasi/tindakan invasif

Time Out

- Time out dilakukan di tempat di mana tindakan akan dilakukan dan melibatkan secara aktif seluruh tim bedah
- Pasien tidak berpartisipasi dalam time-out.
Keseluruhan proses time-out didokumentasikan:
tanggal dan jam time-out selesai
- RS menentukan bagaimana proses time-out di dokumentasikan

Sign Out

- Sign out dilakukan di tempat tindakan berlangsung sebelum pasien meninggalkan ruangan. Pada umumnya perawata sebagai anggota tim melakukan konfirmasi secara lisan untuk komponen sign-out sbb:
 - Nama tindakan operasi /invasive yang di catat/di tulis
 - Kelengkapan perhitungan instrument, kasa dan jarum (bila ada)
 - Pelabelan spesimen (ketika terdapat specimen selama proses sign-out, label dibacakan dgn jelas, meliputi nama pasien, tanggal lahir)
 - Masalah peralatan yg perlu di tangani (bila ada)

5. Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan Kesehatan

a. RS telah menerapkan kebersihan tangan (Hand hygiene) mengacu pada standar WHO terkini



b. Terdapat proses evaluasi terhadap pelaksanaan program kebersihan tangan di RS serta upaya perbaikan yang dilakukan untuk meningkatkan pelaksanaan program

6. Mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh



RS telah melaksanakan skrining pasien rawat jalan pada kondisi, diagnosis, situasi atau lokasi yg dapat menyebabkan pasien berisiko jatuh dengan menggunakan alat bantu / metode skrining yg ditetapkan RS

b. Tindakan dan/ atau intervensi dilakukan untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien jika hasil skrining menunjukkan adanya risiko jaruh dan hasil skrining serta intervensi di dokumentasikan

Skrining Risiko Jatuh di Rawat Jalan

- 1. Kondisi pasien**, mis : pasien geriatric, disines, vertigo, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, penggunaan obat, sedasi, status kesadaran dan gangguan kejiwaan, konsumsi alcohol
- 2. Diagnosis**, Mis : pasien dgn diagnosis penyakit Parkinson

Skrining Risiko Jatuh di Rawat Jalan

- 3. Situasi**, mis : pasien yg mendapatkan sedasi, pasien riwayat tirah baring / perawatan yg lama yg akan dipindahkan ke pemeriksaan penunjang dari ambulance, perubahan posisi akan meningkatkan risiko jatuh
- 4. Lokasi**, mis : area-area berisiko pasien jatuh yaitu tangga, area penerangannya kurang atau unit pelayanan dengan peralatan parallel bars, freestanding staircases spt di rehabilitasi medis

Skrining Risiko Jatuh di Rawat Jalan

- Skrining ----pertanyaan pertanyaan sederhana dengan jawaban : ya/tidak atau metode lain dengan nilai/skor
- RS dapat menentukan bagaimana proses skrining dilakukan. Mis : oleh petugas registrasi, atau pasien melakukan skrining secara mandiri spt di di unit rawat
- Contoh pertanyaan sederhana :
 1. Apakah anda merasa tidak stabil ketika berdiri atau berjalan
 2. Apakah anda khawatir akan jatuh
 3. Apakah anda pernah jatuh dalam setahun terakhir?

Skrining Risiko Jatuh di Rawat Jalan

Ketika suatu lokasi diidentifikasi sebagai area risiko tinggi jatuh, RS dapat menentukan bahwa semua pasien yg mengunjungi lokasi tsb dianggap akan berisiko jatuh dan menerapkan langkah2 mengurangi risiko jatuh untuk semua pasien

Skrining Risiko Jatuh di Rawat Inap

- Semua pasien rawat inap baik dewasa maupun anak harus dilakukan pengkajian risiko jatuh menggunakan metode pengkajian baku sesuai ketentuan RS
- Kriteria risiko jatuh dan intervensi yang dilakukan harus di dokumentasikan

Skrining Risiko Jatuh di Rawat Inap

- Pasien yg sebelumnya risiko rendah jatuh dapta menjadi risiko tinggi jatuh. Perubahan risiko ini dapat diakibatkan, namun terbatas pada :
 - Tindakakn pembedahan
 - Perubahan mendadak pada kondisi pasien
 - Penyesuaian obat-obatan yg di berikan
- pasien perlu pengkajian ulang jatuh selama di rawat inap dan paska pembedahan

Skrining Risiko Jatuh di Rawat Inap

- Pasien yg sebelumnya risiko rendah jatuh dapta menjadi risiko tinggi jatuh. Perubahan risiko ini dapat diakibatkan, namun terbatas pada :
 - Tindakakn pembedahan
 - Perubahan mendadak pada kondisi pasien
 - Penyesuaian obat-obatan yg di berikan
- pasien perlu pengkajian ulang jatuh selama di rawat inap dan paska pembedahan

Jenis Penilaian Risiko Jatuh

1. Morse Fall Scale (MFS) --- Dewasa Rawat inap
2. Humpty Dumpty Scale --- Anak-Anak
3. Get Up an Go ---- Rawat Jalan
4. Geriatri ---- Sydney Scoring

RS menerapkan proses untuk mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh di Rawat Inap :

1. RS telah melakukan pengkajian risiko jatuh untuk semua pasien rawat inap dewasa maupun anak menggunakan metode pengkajian yg baku sesuai ketentuan RS
2. RS telah melaksanakan pengkajian ulang risiko jatuh pada pasien rawat inap karena adanya perubahan kondisi atau memang sudah mempunyai risiko jatuh dari hasil pengkajian

RS menerapkan proses untuk mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh di Rawat Inap :

3. Tindakan dan / atau intervensi untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien rawat inap telah dilakukan dan di dokumentasikan

Langkah-langkah mengurangi risiko pasien jatuh

Tindakan pencegahan Umum :

- Orientasikan kamar rawat inap
- Posisi tempat tidur rendah, pegangan tempat tidur terpasang baik, roda tempat tidur terkunci
- Dekatkan semua kebutuhan pasien
- Alas kaki anti licin
- Berikan pencahayaan adekuat
- Pemantauan efek obat
- Edukasi pasien dan kelg mengenai pencegahan jatuh

Tata laksana pasien jatuh

- Nilai apakah terdapat cedera, tanda vital, adanya keterbatasan gerak
- Kaji ulang pasien risiko jatuh
- Pantau pasien dengan ketat
- Catat dalam status pasien (rekam medik)
- Mengisi formulir laporan insiden (paling lambat 2x24 jam)
- Segera menyerahkan laporan ke atasan (Karu)—
Grading--- investigasi sederhana--- Tim KPRS

Thank You



PENCEGAHAN DAN PENGENDALI INFEKSI (PPI)



Ns. Desi Emayeni, S.Kep



Curriculum Vitae

Nama : Ns. Desi Emayeni.S.Kep
Alamat : Jl.Sukarno Hatta No 39 Payakumbuh
Tempat/Tgl Lahir : 3 Oktober 1969
Email : emayenidesi@gmail.com
Hp : 08126695556

Pendidikan

D3 : Akper Perintis Bukittinggi, Lulus 1993
S1 : Universitas Andalas, Lulus 2004

Pekerjaan

Guru di SPK Yarsi , 1993 -

Kepala Instalasi Rawat Jalan, 2010-2012
Kepala Intalasi VIP, 2012-2014
Kasie. Asuhan Mutu Keperawatan, 2014 -2020
IPCN, 2020 sampai sekarang

Pelatihan/Workshop

Workshop Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dlm Standar Akreditasi RS,
2019
Workshop standar Akreditasi RS,Kementrian Kesehatan (Starkes), 2022
Pelatihan Kursus Lanjut Pencegahan dan Pengendalian Infeksi , 2021
Pelatihan IPCN, 2021



DASAR HUKUM :

1. PERMENKES NO 27 TAHUN 2021
TENTANG
PEDOMAN PENCEGAHAN
PENGENDALIAN INFEKSI DI
FASILITAS KESEHATAN

[2017-pmk-nomor-27-ttg-pedoman-ppi.pdf](#)

2. STANDAR AKREDITASI RS
NO : HK.01.07/MENKES/1596/2024

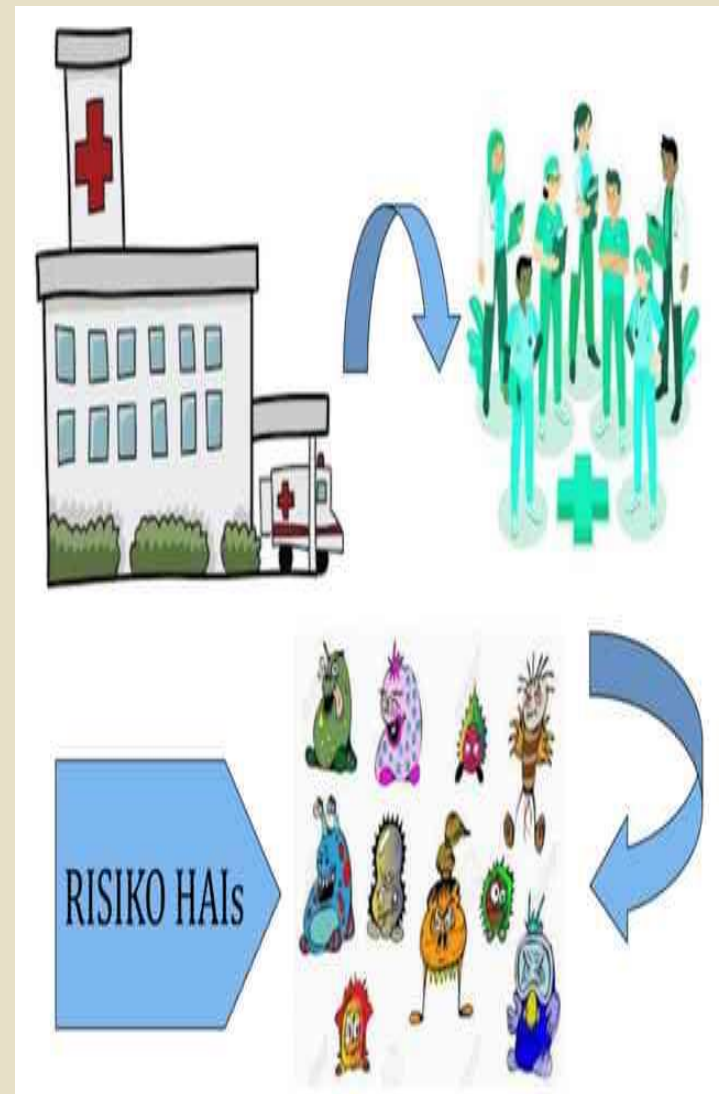
[Kepmenkes-HK-01-07-Menkes-1596-2024.pdf](#)

LATAR BELAKANG

- Penyakit infeksi terkait pelayanan/ kesehatan
- Healthcare Associated Infection (HAIs)
- Salah satu masalah kesehatan di berbagai negara



Secara Prinsip
HAIs bsa
dicegah
bila
Fasyankes
konsisten
melaksanakan
Program PPI

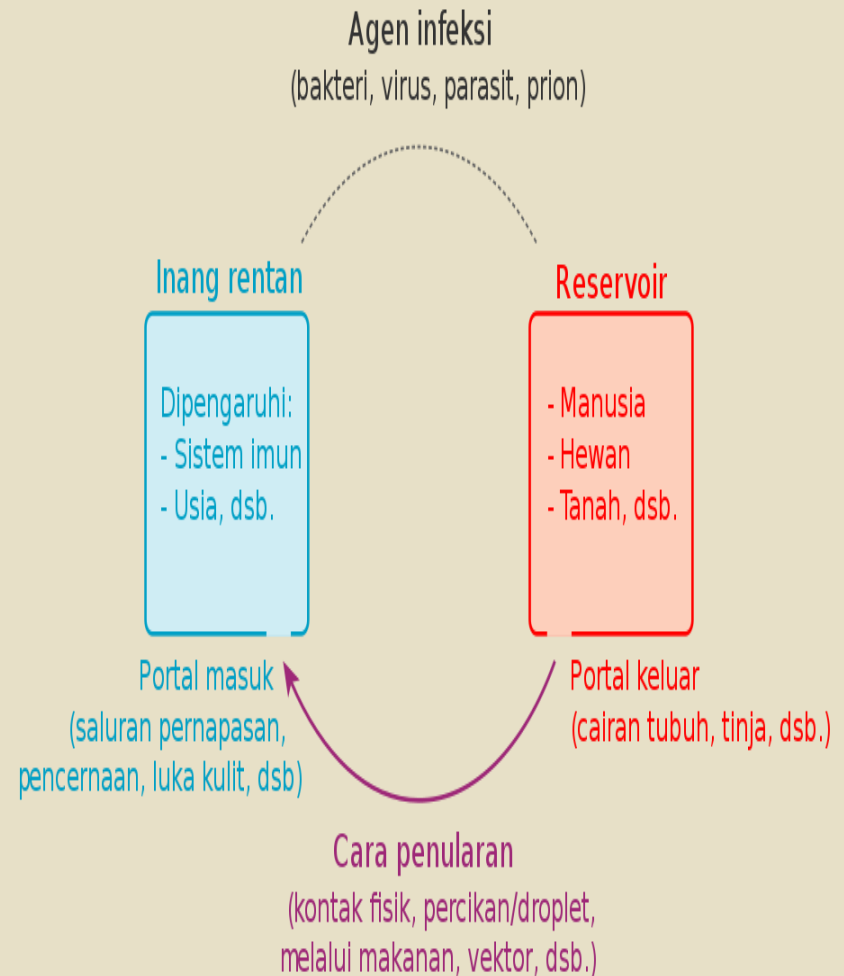


Tujuan Program PPI di fasyankes

meningkatkan kualitas pelayanan di fasyankes, melindungi sumber daya manusia kesehatan, pasien dan masyarakat dari penyakit infeksi yang terkait pelayanan kesehatan

Rantai Infeksi
Rangkaian yg harus
ada untuk
menimbulkan **infeksi**

Bila satu mata rantai
diputus atau di
hilangkan, maka
penularan infeksi
dapat di cegah
atau di hentikan



HAI

(Healthcare Associated Infection)

Infeksi yg terjadi pada **pasien selama perawatan di RS dan Fasyankes lainnya**, dimana ketika masuk tidak ada infeksi dan tidak dalam masa inkubasi termasuk infeksi dalam RS tapi muncul setelah pasien pulang, juga infeksi karena pekerjaan pada **petugas RS dan tenaga kesehatan** terkait proses pelayanan kesehatan di Fasyankes




KOMITE PPI

Tim PPI terdiri dari :

 **IPCN** (Infection Prevention and Control Nurse)

 **IPCD atau IPCO** (Infekction Prevention and Control Doctor/officer)

 **IPCLN** (Infection Prevention and Control **Link** Nurse)

 **IPCLS** (Infection Prevention and Control **Link** Staff)

RUANG LINGKUP PROGRAM PPI

1

Kewaspadaan Isolasi

A. Kewaspadaan Standar

B. Kewaspadaan Transmisi

2

Pencegahan dan pengendalian infeksi dengan system Bundles HAIS

3

Penggunaan Antimikroba

4

Pendidikan dan Pelatihan

5

Surveilans

6

Audit, monitoring dan evaluasi

A. Audit

B. Monitoring

c. ICRA

1. KEWASPADAAN ISOLASI

Kewaspadaan Standar

Kebersihan tangan

Alat pelindung diri

Penyuntikan yg aman

Kebersihan pernafasan/Etika Batuk

Kesehatan Petugas

Pengendalian Lingkungan

Pengendalian Limbah RS

Manajemen Linen

Penempatan Pasien

Pengelolaan Alkes

Praktek Lumbal Fungsi

Kewaspadaan Transmisi

Kontak

MRSA,
Diarhea,
E.Colli

HH,
sarung tangan,
gaun

Droplet

Influenza,
Pertusis,
Mump,
Rubella

Masker bedah,
pelindung wajah

Air Bone

Chiken
Fox, TBC,
SARs

Masker N95

VEKTOR
(lalat, nyamuk, tikus dll)

Pengendalian Lingkr RS

KEWASPADAAN STANDAR 1 : KEBERSIHAN TANGAN



6 LANGKAH CUCI TANGAN

How to Handwash?

WASH HANDS WHEN VISIBLY SOILED! OTHERWISE, USE HANDRUB

⌚ Duration of the handwash (steps 2-7): 15-20 seconds

⌚ Duration of the entire procedure: 40-60 seconds

<p>0</p>  <p>Wet hands with water;</p>	<p>1</p>  <p>Apply enough soap to cover all hand surfaces;</p>	<p>2</p>  <p>Rub hands palm to palm;</p>
<p>3</p>  <p>Right palm over left dorsum with interlaced fingers and vice versa;</p>	<p>4</p>  <p>Palm to palm with fingers interlaced;</p>	<p>5</p>  <p>Backs of fingers to opposing palms with fingers interlocked;</p>
<p>6</p>  <p>Rotational rubbing of left thumb clasped in right palm and vice versa;</p>	<p>7</p>  <p>Rotational rubbing, backwards and forwards with clasped fingers of right hand in left palm and vice versa;</p>	<p>8</p>  <p>Rinse hands with water;</p>
<p>9</p>  <p>Dry hands thoroughly with a single use towel;</p>	<p>10</p>  <p>Use towel to turn off faucet;</p>	<p>11</p>  <p>Your hands are now safe.</p>



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Better Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

May 2008

How to Handrub?

RUB HANDS FOR HAND HYGIENE! WASH HANDS WHEN VISIBLY SOILED

⌚ Duration of the entire procedure: 20-30 seconds

<p>1a</p>  <p>Apply a palmful of the product in a cupped hand, covering all surfaces;</p>	<p>1b</p>  <p>Rub hands palm to palm;</p>
<p>3</p>  <p>Right palm over left dorsum with interlaced fingers and vice versa;</p>	<p>4</p>  <p>Palm to palm with fingers interlaced;</p>
<p>6</p>  <p>Rotational rubbing of left thumb clasped in right palm and vice versa;</p>	<p>7</p>  <p>Rotational rubbing, backwards and forwards with clasped fingers of right hand in left palm and vice versa;</p>
<p>2</p>  <p>Rub hands palm to palm;</p>	<p>5</p>  <p>Backs of fingers to opposing palms with fingers interlocked;</p>
<p>8</p>  <p>Once dry, your hands are safe.</p>	



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Better Health Care

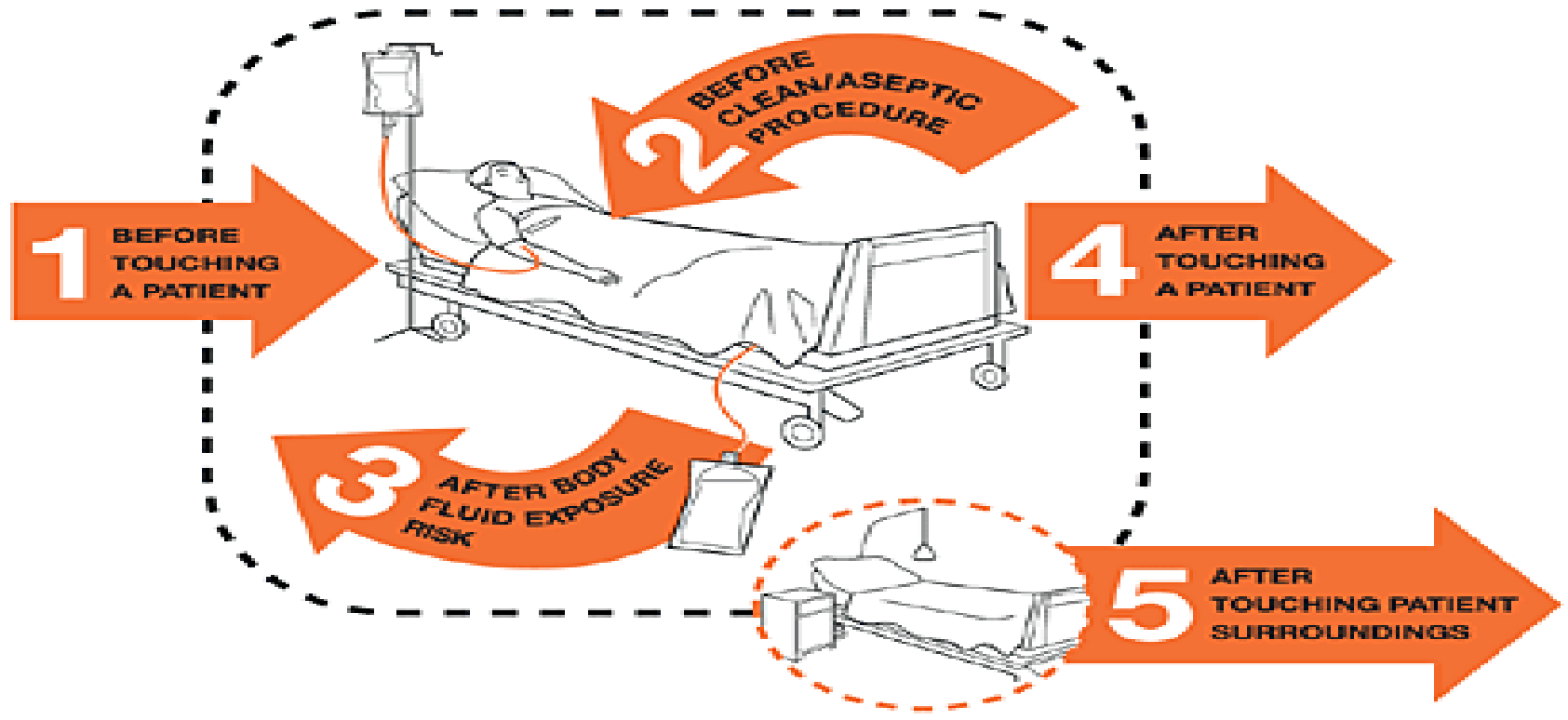
SAVE LIVES

Clean Your Hands

May 2008

KAPAN KITA HARUS MENCUCI TANGAN ?

Menurut WHO ada 5 momen dimana kita harus mencuci tangan :



Berapa lama waktu untuk melakukan kebersihan tangan ?

- 📢 Alkohol handrub : 20 – 30 detik
- 📢 Sabun & air mengalir : 40 – 60 detik
- 📢 Cuci tangan bedah : 2 – 4 menit



Cuci tangan dengan handrub berbasis alcohol bila tangan tampak kotor



Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir jika tangan tampak kotor



perlu di perhatikan ya ...



kuku tidak boleh panjang



tidak boleh pakai cat kuku



tidak boleh pakai

perhiasan **kecuali** jam tangan

Kewaspadaan Standar 2 : Penggunaan Alat Pelindung diri (APD)



Tujuan pemakaian(APD)

✦ Melindungi kulit dan membrane mukosa dari risiko pajanan darah, cairan tubuh, secret, sekreta, kulit yg tidak utuh dan selaput lender dari pasien ke petugas dan seabliknya

- 📌 - Lepas APD setelah melakukan tindakan
- Tidak dibenarkan menggantung masker di leher
- Tidak di benarkan menulis dan memnyentuh permukaan sambil memakai sarung tangan

JENIS APD

Contoh APD di tempat layanan kesehatan untuk COVID-19



Masker



**Hidung +
mulut**

Masker N95



**Hidung +
mulut**

**Pelindung
wajah**



**Mata + hidung +
mulut**

Pelindung mata



Mata

Jubah



**Bada
n**

Badan

Celemek



Badan

Sarung tangan



Tangan

**Penutup
kepala**



**Kepala +
rambut**

Activate Windows
Go to Settings to activate

CARA MEMASANG & MELEPAS APD

1. Lakukan kebersihan tangan

2. Kenakan sepatu pelindung (boots)

3. Pakai Gaun bersih

4. Pasang masker bedah

5. Pasang pelindung mata (goggles)

6. Pasang pelindung kepala

7. Pasang sarung tangan

1. Lepaskan sarung tangan

2. Buka gaun

3. Lakukan disinfeksi tangan

4. Buka pelindung kepala

5. Buka pelindung mata (goggles)

6. Lepaskan masker bedah

7. Lakukan kebersihan tangan

KEWASPADAAN STANDAR 3 : Penanganan Limbah



Jenis limbah medis

- **Limbah padat:**
 - Infeksius
 - Non infeksius
- **Limbah cair :**
Spoelhock/IPAL
 - Infeksius
 - Non infeksius
- **Limbah benda tajam (safety box)**



KEWASPADAAN STANDAR 4: PENGENDALIAN LINGKUNGAN

Bersih, rapi dan tidak ada binatang pengganggu

Standar pembersihan permukaan :

- ✿ permukaan mendatar (horizontal) di bersihkan tiap hari
- ✿ permukaan tegak (vertical) di bersihkan 1 minggu sekali
- ✿ langit-langit dibersihkan 1 bulan sekali



PEMBERSIHAN TUMPAHAN DAN PERCIKAN

[spil kit tumpahan cairan tubuh - Hasil Pencarian Video Yahoo files](#)

1. Spiil Kit Infeksius

2 Spiil Kit B3

MANAJEMEN LINGKUNGAN RS :

- KONSTRUKSI BANGUNAN
- UDARA
- AIR
- PEMBERSIHAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT
- PEMBERSIHAN LINGKUNGAN DI R.GIZI
- PEMBERSIHAN DI RUANG LAUNDRY
- LIMBAH RS

PPI harus terlibat dalam renovasi, demolisi dan pembangunan gedung

PEMROSESAN ALAT KESEHATAN

Klasifikasi alat-alat medis menurut Dr. Earl Spaulding :

Risiko	Definisi	Peralatan	Cara
Tinggi (Critical)	Kontak dengan jaringan steril, sistem peredaran darah (Vaskuler)	Instrumen bedah, laparoskop, kateter jantung, Scapel, implant	DISTERILKAN : Sterilisasi Autoklaf, ETO atau strilisasi temperatur rendah, <i>chemical sterilans Disposable</i>
Sedang (Semi Critical)	Kontak dengan membran mukosa yang utuh, mudah terkontaminasi dengan mikroba.	Endoskopi/anestesi, , ETT, termometer rectal	Disinfeksi Tingkat Tinggi: pasteurisasi, <i>steam</i> , disinfektan kimiawi
Rendah (Non-Critical)	Kontak dengan kulit yang utuh dan tidak mengenai membran mukosa, lingkungan secara tidak langsung.	Stetoskope, tensimeter, linen, bedpan, urinal, apron, alat makan lantai, dinding, tempat tidur	Tidak perlu Steril : pembersihan fisik / disinfeksi tingkat rendah (deterjen dan air)

TAHAP PEMROSESAN ALAT HABIS PAKAI

PRE-CLEANING
PAKAI DETERGEN ATAU ENZIMATIC, SIKAT

PEMBERSIHAN (PEMBILASAN, TIRISKAN, KERINGKAN)

Sterilisasi
(peralatan kritis)
Masuk pembuluh darah/jaringan tubuh :
instrument bedah, alat kedokteran gigi

Densifeksi tingkat tinggi
(peralatan semi kritis)
Masuk dalam mukosa tubuh : endotracheal tube, NGT, alat endoskopi serat optik., alat laringoskopi, speculum vagina, alat pernafasan buatan

Disinfektan tingkat rendah
(peralatan non kritis) hanya pada permukaan tubuh yg utuh :
tensimeter, thermometer, electrode ECG

KEWASPADAAN STANDAR 6 PENGELOLAAN LINEN



PRINSIP PENGELOLAAN LINEN

 Linen infeksius:

Linen yang terkontaminasi dengan darah dan cairan tubuh


 Linen non infeksius:

Linen tdk terkontaminasi darah dan cairan tubuh

Yang harus diperhatikan Dalam pengelolaan linen:

 Pemisahan diruangan

 Pengangkutan

 Penanganan di laundry (APD, ALUR, Pencucian, penyetrikaan, pelipatan, penyortiran , fasilitas dan sarana)

 Pendistribusian

KEWASPADAAN STANDAR 7 PERLINDUNGAN KESEHATAN KARYAWAN



PERLINDUNGAN KESEHATAN KARYAWAN :

☆ Ada pemeriksaan kesehatan secara regular untuk yang berisiko infeksi
Pemberian immunisasi Hepatitis pada tempat yang berisiko

☆ Ada flow chart pada petugas kesehatan jika terjadi luka tusuk jarum atau benda tajam lainnya

☆ Ada alat pelindung diri

☆ Kebijakan untuk petugas yang tertular penyakit infeksi akibat pekerjaan

KEWASPADAAN STANDAR 8 : PENEMPATAN PASIEN



PENEMPATAN PASIEN

- ☆ Tempatkan pasien infeksius dan non infeksius
- ☆ Penempatan pasien disesuaikan dgn pola transmisi infeksi penyakit pasien (kontak, droplet dan airborne)
- ☆ Bila tdk ada ruang tersendiri, boleh dirawat bersama pasien lain yg jenis infeksiusnya sma dgn menerapkan kohorting. Jarak tempat tidur minimal 1 Meter
- ☆ Semua ruang terkait kohorting harus di beri tanda kewaspadaan berdasarkan transmisi penyakit

PENEMPATAN PASIEN

- ☆ Pasien yang tdk dapat menjaga kebersihan diri atau lingkungan dipisahkan sendiri
- ☆ Mobilisasi pasien infeksius yg jenis transmisinya melalui udara (airbone) agar di batasi dilingkungan fasilitas pelayanan kesehatan untuk menghindari terjadinya transmisi penyakit
- ☆ Pasien HIV tdk boleh dirawat bersama pasien TB dlm satu ruangan tapi pasien TB-HIV dapat dirawat dengan sesama pasien TB

KEWASPADAAN STANDAR 9 : PENYUNTIKAN YANG AMAN



PENYUNTIKAN YANG AMAN

- ☆ Tidak boleh menggunakan spuit berulang kali (one needle, one shoot, one time)
- ☆ Menggunakan bak instrument jika memberikan suntikan, bukan keranjang plastic berlubang
- ☆ Memberikan suntukan dengan teknik aseptik dan antiseptik
- ☆ Tidak boleh melakukan recapping 2 tangan



RECAPPING



KEWASPADAAN STANDAR 10 : **KEBERSIHAN PERNAFASAN DAN** **ETIKA BATUK**



ETIKA BATUK



Etika Batuk



**GUNAKAN
MASKER**



**TUTUP MULUT
DAN HIDUNG
DENGAN LENGAN
ATAS BAGIAN
DALAM**



**TUTUP MULUT
DAN HIDUNG
DENGAN TISU**



**BUANG TISU
YANG TELAH
DIGUNAKAN KE
TEMPAT SAMPAH**



**CUCI TANGAN
MENGUNAKAN
SABUN DAN AIR
MENGALIR**



BerAKHLAK
BerAKHLAK BerAKHLAK BerAKHLAK
BerAKHLAK BerAKHLAK BerAKHLAK

KEWASPADAAN STANDAR 11:

PRAKTEK LUMBAL FUNKSI

- ☆ Petugas pakai Masker saat melakukan lumbal punksi, anastesi spinal/epidural/pasang cateter vena sentral
- ☆ cegah droplet flora orofaring, dapat menimbulkan meningitis

Kewaspadaan Berdasarkan Transmisi

■ Kontak:

- Kontak langsung: pasien – petugas atau pasien – pasien
- Kontak tidak langsung: Pasien/petugas – benda tercemar

■ *Droplet:*

- Percikan $>5\mu\text{m}$ melayang di udara jatuh mengenai mukosa mata, hidung atau mulut yang ada pada jarak dekat (suction, bronkoskopi)

❑ Udara/Airborne

Percikan/partikel berukuran kecil

< 5 m melayang/menetap di udara beberapa jam, disebarkan luas dalam ruangan /jarak lebih jauh.

Langsung/melalui debu dg mikroba

(TBC, cacar air/varicella, campak)

Menyebarkan : batuk, bersin, berbicara, tindakan intubasi, suction, bronkoskopi

Kewaspadaan transmisi *droplet*

- Tempatkan pasien di kamar tersendiri atau dengan pasien infeksi /terkolonisasi yg sama atau kohort bila tidak memungkinkan dan beri jarak antar pasien 1 m
- Pengelolaan udara khusus tidak diperlukan, pintu boleh terbuka
- Gunakan masker bedah dalam jarak 1 m dari pasien (2 m pada pasien flu burung)
- Pemindahan pasien :
- Minimalisasi transportasi pasien, pasang masker pada pasien saat proses pemindahan

Kewaspadaan transmisi udara/airborne

Penempatan pasien :

- Di ruangan dengan tekanan negatif termonitor
- Pertukaran udara setiap 5-10 menit atau 6-12 x per jam
- Jangan gunakan AC sentral, tapi gunakan AC + filter HEPA (*high efficiency particulate air*) yang menyaring udara ruangan yang dibuang keluar.
- Pintu harus selalu tertutup rapat.
- Bila tdk memungkinkan, kumpulkan pasien (kohort) dengan pasien infeksi yang sama

Kewaspadaan Transmisi Kontak

Bila pasien diketahui/dicurigai infeksius atau terkolonisasi agen infeksius:

Penempatan pasien :

- 1 kamar tersendiri atau kohor (dikumpulkan) dengan pasien yang terinfeksi agen infeksi sama
- Penelitian gagal membuktikan kamar tersendiri mencegah HAIs
- Kohorting untuk management KLB MDRo termasuk MRSA, VRE, ESBL

Kewaspadaan Transmisi Kontak

Alat Pelindung Diri:

- Sarung tangan:
- Gaun :

Bila diperkirakan pakaian akan tercemar saat kontak dg pasien, permukaan lingkungan atau peralatan pasien (diare, inkontinensia, kolonostomi, slang drainase). Lepaskan gaun sebelum meninggalkan ruangan dan pastikan pakaian tidak menyentuh lagi permukaan tercemar dlm ruangan

**Perlakukanlah Orang Lain
sebagaimana kamu ingin
diperlakukan**



FOTO KEGIATAN









UNDANGAN NARASUMBER



YAYASAN FORT DE KOCK BUKITTINGGI UNIVERSITAS FORT DE KOCK

Jl. Soekarno Hatta, Kelurahan Manggis Ganting Kec. Mandiangin Koto Selayan Telp. 0752-31877 Fax. 0752-31878 Bukittinggi
e-mail : informasi@fdk.ac.id Website : <http://fdk.ac.id>

No : 009/Bd.FDK/XII/2025
Lamp : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan mengajar praktikum

Bukittinggi, 20 Desember 2025

Kepada Yth

Ibu Ns. Desi Ermayeni, S.Kep
di

Tempat

Dengan Hormat,

Bersama ini disampaikan kepada Ibu bahwa **Program Studi Sarjana Kebidanan** Universitas Fort De Kock Bukittinggi telah memasuki semester Ganjil Tahun Ajaran 2025/2026.

Sehubungan dengan hal tersebut mohon bantuan dan kesediaan Ibu, kiranya dapat membantu untuk mengampu materi **praktikum dalam mata kuliah Kebutuhan Dasar Manusia 1 dengan topik : Pengendalian Pencegahan Infeksi (PPI) dan Keselamatan pasien (patient safety)**. Kegiatan praktikum tersebut dilaksanakan pada hari Selasa tanggal 23 Desember 2025 pukul 09.00 WIB s/d selesai di kampus Universitas Fort De Kock.

Demikianlah permohonan ini, atas bantuan dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Hormat Kami,
Kaprodi Kebidanan

Bdn. Vedjia Medhyna, S.ST, M.Keb