



INFECTION CONTROL RISK ASSESMENT (ICRA) HAIs



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT RSUD MOHAMMAD NATSIR

Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

KOTA SOLOK

**ICRA (INFECTION CONTROL RISK ASSESMENT) HAIS
RSUD M NATSIR**

POTENTIAL RISK INFECTION (Masalah Potensial Infeksi)	SKORING															SKOR (A x B x C)	RANK
	A					B					C						
	PROBABILITY (Frekuensi)					PENILAIAN DAMPAK RISIKO (Health, Financial, Legal)					SISTEM YANG ADA (Preparedness)						
	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1		
	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1		
	Sering (Frekuensi > 6 – 12 x /tahun)	Agak sering (Frekuensi 4-6 x/tahun)	Kadang (Frekuensi 3- 4 x/tahun)	Jarang (Frekuensi 1-2 x /tahun)	Tidak pernah	Kerugian sangat besar (hilangnya nyawa/ hilangnya fungsi alat gerak yang permanen/ keuangan yang sangat besar).	Kerugian besar (fungsi/ keuangan/ hukum-peraturan).	Lama rawat bertambah.	Dampak klinis dan keuangan sedang.	Dampak klinis dan keuangan minimal.	Tidak ada peraturan	Peraturan ada, fasilitas tidak ada, tidak dilaksanakan	Peraturan ada, fasilitas ada, tidak dilaksanakan	Peraturan ada, fasilitas ada, tidak selalu dilaksanakan	Peraturan ada, fasilitas ada, dilaksanakan konsisten		
INFEKSI (HAIs)																	
1. VAP				1						1					1	1	6
2. ISK				1						1					1	1	7
3. IADP				1						1					1	1	8
4. PLEBITIS	4					2							3			24	1
INFEKSI DAERAH OPERASI (IDO)																	
1. OBGYN																	
SCTP				1				3						2		6	2
2. BEDAH UMUM																	

POTENTIAL RISK INFECTION (Masalah Potensial Infeksi)	SKORING															SKOR (A x B x C)	RANK
	A					B					C						
	PROBABILITY (Frekuensi)					PENILAIAN DAMPAK RISIKO (Health, Financial, Legal)					SISTEM YANG ADA (Preparedness)						
	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1		
BPH				1						1					1	1	3
APP				1						1					1	1	4
HERNIA				1						1					1	1	5
KEWASPADAAN ISOLASI																	
1. HAND WASHING			2					3					3			18	5
2. HAND HYGIENE			2					3					3			18	6
3. APD				1			4							2		8	9
4. MANAJEMEN LIMBAH (SAMPAH)			2						2				3			12	7
5. MANAJEMEN LIMBAH CAIR				1						1					1	1	
6. MANAJEMEN LAUNDRY			2						2					2		8	10
7. STERILISASI ALAT (CSSD)		3					4								1	12	8
8. PENEMPATAN PASIEN MENULAR (AIRBORNE)	4						4					4				64	1
9. MANAJEMEN OBAT	4						4						3			48	2
10. KEBERSIHAN LINGKUNGAN			3				4							2		24	3
11. PEMBERIAN CAIRAN INTRAVENA		3					4							2		24	4

**RENCANA TINDAK LANJUT
SKALA PRIORITAS ICRA HAIs**

No	MASALAH	SKOR	TUJUAN	STRATEGI	CARA MENCAPAI	EVALUASI	PROGRESS (ANALISIS)
1	PLEBITIS	24	Mencegah meningkatnya angka kejadian plebitis pada pemasangan Intra Vena Line	a. Audit kepatuhan HH 5 moment b. Audit kepatuhan penerapan bundle IVL	a. Sosialisasi HH 5moment, 6 langkah b. Sosialisasi Bundle IVL c. Re sosialisasi SPO pemasangan Intra Vena Line	Angka kejadian Plebitis Tahun 2021 < 5 ⁰ / ₀₀	Monitoring
2	ISK	12	Mencegah menurunkan angka kejadian ISK akibat pemasangan Kateter Urin	a. Audit kepatuhan HH 5 moment b. Audit kepatuhan penerapan Bundles ISK	a. Sosialisasi HH 5 moment dan 6 langkah b. Sosialisasi Bundles ISK c. Resosialisasi SPO pemasangan Kateter	Angka kejadian ISK Tahun 2021 < 3 - 5 ⁰ / ₀₀	Monitoring
3	IADP	1	Mencegah terjadinya IADP akibat pemasangan Central Vena Line (CVL)	a. Audit kepatuhan HH 5 moment b. Penerapan Bundles IADP apabila melakukan pemasangan CVL	a. Sosialisasi HH 5 moment dan 6 langkah b. Sosialisasi Bundles IADP c. Resosialisasi SPO pemasangan CVL	Angka kejadian IADP Tahun 2021 < 3 - 5 ⁰ / ₀₀	Monitoring
4	VAP	1	Mencegah terjadinya VAP akibat dari pemasangan Ventilator	a. Audit kepatuhan HH 5 moment b. Penerapan Bundles VAP apabila akan melakukan pemasangan Ventilator	a. Sosialisasi HH 5 moment dan 6 langkah b. Sosialisasi Bundles VAP c. Resosialisasi SPO pemasangan Ventilator	Angka kejadian VAP Tahun 2021 < 3 - 5 ⁰ / ₀₀	Monitoring

**RENCANA TINDAK LANJUT
SKALA PRIORITAS ICRA IDO (INFEKSI DAERAH OPERASI)**

No	MASALAH	SKOR	TUJUAN	STRATEGI	CARA MENCAPAI	EVALUASI	PROGRESS (ANALISIS)
OBGYN							
1	SC	36	Mencegah meningkatnya angka kejadian IDO pada tindakan operasi	a. Audit kepatuhan HH 5 moment b. Audit kepatuhan penerapan bundle IDO	a. Sosialisasi HH 5moment, 6 langkah b. Sosialisasi Bundle IDO c. Re sosialisasi SPO Persiapan Operasi dan SPO Perawatan Luka	Angka kejadian IDO Tahun 2021 < 1 - 1,5 0/0	Monitoring
BEDAH UMUM							
2	BPH	27	Mencegah meningkatnya angka kejadian IDO pada tindakan operasi	Audit kepatuhan HH 5 moment Audit kepatuhan penerapan bundle IDO	Sosialisasi HH 5moment, 6 langkah Sosialisasi Bundle IDO Re sosialisasi SPO Persiapan Operasi dan SPO Perawatan Luka	Angka kejadian IDO Tahun 2021 < 1 - 1,5 0/0	Monitoring
3	APP	9	Mencegah meningkatnya angka kejadian IDO pada tindakan operasi	Audit kepatuhan HH 5 moment Audit kepatuhan penerapan bundle IDO	Sosialisasi HH 5moment, 6 langkah Sosialisasi Bundle IDO Re sosialisasi SPO Persiapan Operasi dan SPO Perawatan Luka	Angka kejadian IDO Tahun 2021 < 1 - 1,5 0/0	Monitoring
4	Hernia	1	Mencegah meningkatnya angka kejadian IDO pada tindakan operasi	Audit kepatuhan HH 5 moment Audit kepatuhan penerapan bundle IDO	Sosialisasi HH 5moment, 6 langkah Sosialisasi Bundle IDO Re sosialisasi SPO Persiapan Operasi dan SPO Perawatan Luka	Angka kejadian IDO Tahun 2021 < 1 - 1,5 0/0	Monitoring

**RENCANA TINDAK LANJUT
ICRA KEWASPADAAN TRANSMISI**

No	MASALAH	SKOR	TUJUAN	STRATEGI	CARA MENCAPAI	EVALUASI	PROGRESS (ANALISIS)
1	Penempatan Pasien Menular Air Borne	64	Meminimalkan resiko tertularnya pasien, pengunjung dan petugas terhadap penyakit infeksi air borne	Monitoring Penempatan pasien sesuai dengan jenis infeksi (Kohorting)	<ul style="list-style-type: none"> • Re sosialisasi kewaspadaan Isolasi • Re sosialisasi panduan penempatan pasien menular • Re sosialisasi SPO penempatan pasien menular • Re sosialisasi SPO penggunaan APD 	<ul style="list-style-type: none"> • Merekomendasikan kepada manajemen untuk membuat ruangan isolasi tekanan dangatif (sirkulasi alami) dan ruangan isolasi imunocompremaise • 100 % pasien Kohorting pasien sesuai jenis infeksi penularannya • Koordinasi dengan K3RS untuk Medical chek up per 6 bulan bagi petugas yang berjaga di unit pasien menular. 	Monitoring
2	Manajemen Obat	48	Meminimalkan over dosis dan salah obat dalam pemberian obat pada pasien.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring pengoplosan obat sesuai dengan petunjuk pabrikan • Pengoplosan dan peracikan obat dilakukan oleh orang yang kompeten (apoteker) • Pengolplosan atau peracikan obat dilakukan diruangan khusus (tekanan positif) 	<ul style="list-style-type: none"> • Re sosialisasi pemberian obat pasien • Pemisahan obat high allert diruangan atau unit • Penggunaan obat berdasarkan FIFO (berdasarkan kadaluarsa yang paling dekat) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengoplosan dan peracikan obat dilaksanakan oleh tenaga yang kompeten (apoteker) • Obat high allert tersimpan aman. 	Monitoring
3	Kebersihan Lingkungan	24	<ul style="list-style-type: none"> • Meminimalkan infeksi akibat dari sumber infeksi lingkungan • Memberikan kenyamanan dan keindahan bagi pasien, pengunjung dan petugas 	Monitoring kebersihan lingkungan setiap hari	<ul style="list-style-type: none"> • Re sosialisasi panduan kebersihan lingkungan • Re sosialisasi SPO kebersihan lingkungan 	<ul style="list-style-type: none"> • Adanya Jadwal pembersihan lingkungan • Tingkat kenyamanan dari kebersihan lingkungan > 85 % 	Monitoring
4	Pemberian Terapi cairan Intravena	24	Meminimalkan terjadinya infeksi akibat pemberian terapi intravena	Monitoring pemberian cairan intravena	<ul style="list-style-type: none"> • Re sosialisasi pemberian cairan intravena 	<ul style="list-style-type: none"> • Angka kejadian plebitis akibat pemberian terapi intravena < 3 - 5⁰/₀₀ 	Monitoring
5	Hand Washing	18	Meningkatnya Kepatuhan Melaksanakan Hand Washing	Audit kepatuhan HW 5 moment 6 Langkah Cuci Tangan Setiap Bulan	<ul style="list-style-type: none"> • Resosialisasi HW 5 moment, 6 langkah • Re sosialisasi Kewaspadaan Isolasi. 	Kepatuhan HW Tahun 2021 > 85 %	Monitoring

No	MASALAH	SKOR	TUJUAN	STRATEGI	CARA MENCAPAI	EVALUASI	PROGRESS (ANALISIS)
					<ul style="list-style-type: none"> • Re sosialisasi SPO Hand Washing • Jaga ketersediaan air mengalir • Jaga ketersediaan sabun antiseptik • Jaga ketersediaan Tissue Paper 		
6	Hand Hygiene	18	Meningkatnya Kepatuhan Melaksanakan Hand Hygiene	Audit kepatuhan HH 5 moment 6 Langkah Cuci Tangan Setiap Bulan	<ul style="list-style-type: none"> • Resosialisasi HH 5 moment, 6 langkah • Re sosialisasi Kewaspadaan Isolasi. • Re sosialisasi SPO Hand Hygiene • Jaga ketersediaan Handrub ditiap unit 	Kepatuhan HH Tahun 2021 > 85 %	Monitoring
7	Manajemen Sampah	12	Meningkatnya Kepatuhan Membuang sampah	Audit kepatuhan membuang sampah secara benar.	<ul style="list-style-type: none"> • Re sosialisasi Kewaspadaan Isolasi. • Re sosialisasi SPO pembuangan sampah • Jaga ketersediaan plastik hitam dan kuning • Koordinasi dengan bagian pengadaan tentang pengadaan Tempat Sampah Transport ditiap unit. • Koordinasi dengan bagian perlengkapan untuk pengadaan plastik sampah sesuai dengan jenis sampahnya (kuning, hitam dan merah) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kepatuhan membuang sampah Tahun 2018 > 85 % • Koordinasi dengan K3RS untuk Medical chek up per 6 bulan bagi petugas yang bekerja di unit pengelolaan sampah (cleaning service) 	Monitoring
8	Sterilisasi Alat	12	<ul style="list-style-type: none"> • Meminimalkan infeksi silang dari alat yang digunakan. • Penyeterilan alat sesuai dengan standar dan prosedur yang berlaku (CSSD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring hasil proses penyeterilan alat yang digunakan. • Monitoring alat yang reuse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Re sosialisasi panduan dekontaminasi alat melalui proses desinfeksi dan sterilisasi • Re sosialisasi SPO dekontaminasi, desinfeksi dan sterilisasi alat 	<ul style="list-style-type: none"> • Alat dan bahan habis pakai steril yang digunakan sesuai standar sterilisasi • Angka infeksi akibat pemakaian alat nol (Zero Infection) • Penyimpanan alat steril berdasarkan FIFO • Koordinasi dengan K3RS untuk Medical chek up per 6 bulan bagi petugas yang berdinasi di instalasi 	Monitoring

No	MASALAH	SKOR	TUJUAN	STRATEGI	CARA MENCAPAI	EVALUASI	PROGRESS (ANALISIS)
						CSSD	
9	APD (Alat Pelindung Diri)	8	Meningkatnya Kepatuhan Penggunaan APD sesuai kebutuhan (indikasi pemakaian)	Audit kepatuhan penggunaan APD sesuai indikasi	Re sosialisasi Kewaspadaan Isolasi. Re sosialisasi SPO penggunaan APD	Kepatuhan menggunakan APD Tahun 2021 > 85 %	Monitoring
10	Manajemen Laundry	8	Meminimalkan infeksi silang ke petugas	Monitoring kepatuhan petugas dalam mengelola linen infeksius dan non infeksius	<ul style="list-style-type: none"> • Re sosialisasi Panduan Pengelolaan Linen • Re sosialisasi Kewaspadaan Isolasi • Re sosialisasi SPO pengelolaan Linen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kepatuhan petugas menggunakan APD dalam mengelola linen > 85 % • Pemisahan linen infeksius dan non infeksius • Koordinasi dengan K3RS untuk Medical chek up per 6 bulan bagi petugas linen dan laundri 	Monitoring
11	Manajemen Limbah Cair	1	Limbah cair RS terkontrol dengan baik dan tidak menimbulkan pencemaran terhadap lingkungan sekitar	Monitoring pemrosesan limbah cair sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku	<ul style="list-style-type: none"> • Re sosialisasi pengelolaan limbah cair • Re sosialisasi SPO pengelolaan limbah cair • Koordinasi dengan bagian sanitarian untuk melakukan monitoring evaluasi pengolahan limbah cair 	Hasil buang limbah cair sesuai dengan baku mutu air. Permenkes 1204 tahun 2004	Monitoring

Ketua Komite PPI



dr. Helwi Nofira, Sp.OG-K