



INFECTION CONTROL RISK ASSESMENT (ICRA) TINDAKAN INVASIF PADA TERAPI CAIRAN



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 TINDAKAN INVASIVE PADA TERAPI CAIRAN
RSUD M NATSIR TAHUN 2022**

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			
	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			
1. Kurangnya kepatuhan mencuci tangan sebelum pemasangan infus.		4						3					3				36	2
2. Tindakan aseptik dan antiseptik yang kurang / tidak tepat.			3					3						2			18	6
3. Abbocath tidak steril (telah tersentuh tangan perawat/ lingkungan sekitar pasien).				2				3					3				18	7
4. Teknik pemasangan infus yang salah.					1			3							1		3	12
5. Penyuntikan obat tidak melalui threeway.	5								2					2			20	5
6. Penambahan obat kedalam botol cairan infus melalui penusukan badan botol / dasar botol. (Tidak melalui mulut botol)			3							1				2			6	11
7. Abbocath dan set infus tidak diganti setelah 3 hari	5							3					3				45	1
8. Penggantian infus tidak segera dilakukan setelah dijumpai tanda awal phlebitis.		4						3					3				36	3

**RENCANA TINDAK LANJUT
ICRA TERAPI CAIRAN**

No	MASALAH	SKOR	TUJUAN	STRATEGI	CARA MENCAPAI	EVALUASI	PROGRESS (ANALISIS)
1	Abboath dan set infus tidak diganti setelah 3 hari	45	Mencegah phlebitis	Audit penerapan bundle IVL	<ul style="list-style-type: none"> • Re sosialisasi SPO dan Bundle pemasangan IVL • Deteksi dini phlebitis 	Angka kejadian phlebitis < 5%	Monitoring
2	Kurangnya kepatuhan mencuci tangan sebelum pemasangan infus	36	Meningkatkan kepatuhan hand Hygiene	Audit Hand Hygiene	<ul style="list-style-type: none"> • Re sosialisasi HH 5 momen dan 6 langkah • Jagaketersediaan Hand Rub dan sabun • Jaga Ketersediaan tissue paper 	Angka kepatuhan Hand hygiene 85%	Monitoing
3	Penggantian infus tidak segera dilakukan setelah dijumpai tanda awal phlebitis	36	Mencegah phlebitis	Audit penerapan bundle IVL	<ul style="list-style-type: none"> • Re sosialisasi SPO dan Bundle pemasangan IVL • Deteksi dini phlebitis 	Angka kejadian phlebitis < 5%	Monitoring
4	Pemberian cairan infus dengan osmolaritas tinggi tanpa pengenceran dengan kecepatan tetes yang tinggi.	27	Mencegah phlebitis	De osmolaritas cairan infus	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian cairan dengan kepekatan tinggi dengan menggunakan pengenceran yang sesuai 	Angka kejadian phlebitis < 5%	Monitoring
5	Penyuntikan obat tidak melalui threeway	20	Mencegah kebocoran selang infus	Pengadaan selang infuse Y Tipe injection	<ul style="list-style-type: none"> • Pengadaan treeway ke farmasi 	Tidak ditemukan kebocoran infuse bekas suntikan	Monitoring
6	Tindakan aseptik dan antiseptik yang kurang / tidak tepat.	18	Mencegah kontaminasi bakteri	Re sosialisasi 5 momen hand Hygiene	<ul style="list-style-type: none"> • Re sosialisasi HH 5 momen dan 6 langkah • Jagaketersediaan Hand Rub dan sabun • Jaga Ketersediaan tissue paper 	Angka kepatuhan Hand hygiene 85%	Monitoing
7	Abboath tidak steril (telah tersentuh tangan perawat/ lingkungan sekitar pasien).	18	Mencegah kontaminasi bakteri	Re sosialisasi 5 momen hand Hygiene	<ul style="list-style-type: none"> • Re sosialisasi HH 5 momen dan 6 langkah • Jagaketersediaan Hand Rub dan sabun • Jaga Ketersediaan tissue paper 	Angka kepatuhan Hand hygiene 85%	Monitoing
8	Pack cairan infus yang mengandung unsur lipid digunakan lebih dari 24 jam.	9	Ketepatan pemberian obat	Penghitungan ketepatan pemberian cairan obat	<ul style="list-style-type: none"> • Sosialisasi pemberian cairan obat 	Ketepatan pemberian cairan obat	monitoring
9	Penusukan botol infus dengan jarum suntik pada saat resusitasi cairan infus	9	Mencegah kontaminasi bakteri	Re sosialisasi SPO pemberian Obat	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan Handling Obat 	Ada diklat Handling Obat dan surat pelimpahan pemeberian obat	Monitoring

No	MASALAH	SKOR	TUJUAN	STRATEGI	CARA MENCAPAI	EVALUASI	PROGRESS (ANALISIS)
10	Kejadian perawat tertusuk jarum	9	Keselamatan Petugas	Sosialisasi penatalaksanaan NSI	<ul style="list-style-type: none"> SPO handling obat 	NSI 0%	Monitoring
11	Penambahan obat kedalam botol cairan infus melalui penusukan badan botol / dasar botol. (Tidak melalui mulut botol)	6	Mencegah kontaminasi bakteri	Re sosialisasi SPO pemberian Obat	<ul style="list-style-type: none"> Pelatihan Handling Obat 	Ada diklat Handling Obat dan surat pelimpahan pemebrian obat	Monitoring
12	Teknik pemasangan infus yang salah	3	Mencegah Phlebitis	Sosialisasi SPO	<ul style="list-style-type: none"> Pelatihan cara insersi IV Line 	Angka kejadian phlebitis 3-5%	Monitoring

**ICRA Ruang Endoscopy Tahun 2022
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		
	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	(hilangnya nyawa/ hilangnya fungsi alat gerak yang permanen/ keuangan 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			
1. HAND WASHING					1					1					1	1	
2. HAND HYGIENE					1					1					1	1	
3. APD					1					1					1	1	
4. MANAJEMEN LIMBAH (SAMPAH)					1					1					1	1	
5. MANAJEMEN LIMBAH CAIR					1					1					1	1	
6. MANAJEMEN LAUNDRY					1					1					1	1	
7. STERILISASI ALAT (CSSD)		4								1					1	4	2
8. MANAJEMEN OBAT			3					2					2			12	1
9. KEBERSIHAN LINGKUNGAN					1					1					1	1	

**RENCANA TINDAK LANJUT
ICRA Ruang Perawatan Endoscopy**

No	MASALAH	SKOR	TUJUAN	STRATEGI	CARA MENCAPAI	EVALUASI	PROGRESS (ANALISIS)
1	Manajemen Obat	12	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) • Pengoplosan 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
2	Sterilisasi alat	4	<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 CSSD 	Monitoring

Ketua Komite PPI



dr. Helwi Nofira, Sp.OG-K

