



BerAKHLAK
Berorientasi Pelayanan Akuntabel Kompeten
Harmonis Loyal Adaptif Kolaboratif

**#bangga
melayani
bangsa**



IDENTIFIKASI RISIKO INFEKSI (ICRA PPI)



**KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI
RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI**

2023

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit sebagai institusi kesehatan sarat dengan risiko, baik risiko perusahaan (corporate risk) maupun risiko klinis yang semuanya mempengaruhi mutu pelayanan dan dapat berdampak pada kepercayaan masyarakat dalam proses pemilihan sebuah Rumah Sakit. Berbagai risiko yang melekat ataupun yang mungkin timbul di lingkungan rumah sakit sudah selayaknya disadari oleh pihak manajemen dan disiapkan strategi untuk mengendalikan berbagai risiko tersebut.

Salah satu program dalam pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan adalah melakukan pengkajian risiko. Pengkajian risiko sebaiknya dilakukan setiap awal tahun sebelum memulai program dan dapat setiap saat ketika dibutuhkan.

1. Definisi

- a. Risiko adalah potensi terjadinya kerugian yang dapat timbul dari proses kegiatan saat sekarang atau kejadian dimasa datang.
- b. Manajemen risiko adalah pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, menilai dan menyusun prioritas risiko dengan tujuan untuk menghilangkan atau meminimalkan dampaknya. Suatu proses penilaian untuk menguji sebuah

proses secara rinci dan berurutan, baik kejadian yang actual maupun yang potensial berisiko ataupun kegagalan dan suatu yang rentan melalui proses yang logis dengan memprioritaskan area yang akan diperbaiki berdasarkan dampak yang akan ditimbulkan baik actual maupun potensial dari suatu proses perawatan, pengobatan ataupun pelayanan yang diberikan.

- c. Pencatatan risiko adalah pencatatan semua risiko yang sudah diidentifikasi untuk kemudian dilakukan pemeringkatan (grading) untuk menentukan matriks risiko dengan kategori merah, kuning dan hijau.
- d. ICRA adalah proses multidisiplin yang berfokus pada pengurangan infeksi, pendokumentasian bahwa dengan mempertimbangkan populasi pasien, fasilitas dan program :
 - 1) Fokus pada pengurangan risiko dari infeksi
 - 2) Tahapan perencanaan fasilitas, desain, konstruksi, renovasi, pemeliharaan fasilitas
 - 3) Pengetahuan tentang infeksi, agen infeksi dan lingkungan perawatan yang memungkinkan organisasi untuk mengantisipasi dampak potensial. ICRA merupakan pengkajian yang dilakukan secara kualitatif dan kuantitatif terhadap risiko infeksi terkait aktifitas pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan serta mengenali ancaman/bahaya dari aktifitas tersebut.

2. Tujuan

Untuk mencegah dan mengurangi risiko terjadinya HAIs pada pasien, petugas dan pengunjung di rumah sakit dengan cara :

- a. Mencegah dan mengontrol frekuensi dan dampak risiko terhadap :
 - 1) Pparan kuman pathogen melalui petugas, pasien dan pengunjung
 - 2) Penularan melalui tindakan/prosedur invasive yang dilakukan baik melalui peralatan, teknik pemasangan ataupun perawatan terhadap HAIs
- b. Melakukan penilaian terhadap masalah yang ada agar dapat ditindak lanjuti berdasarkan hasil penilaian skala prioritas

BAB II Matrik Manajemen Risiko

A. PROBABILITAS/FREKUENSI/LIKELIHOOD

Level	Frekuensi	Kejadian Aktual
1	Very Low	Hampir mungkin tidak terjadi 0-5% (dapat terjadi lebih dari 5 tahun)
2	Low	Jarang frekuensi 1-2x/tahun, 6-30% jarang tapi bukan tidak mungkin terjadi (dapat terjadi dalam 2-5 tahun)
3	Medium	Kadang frekuensi 3-4x/tahun, 31-70% mungkin terjadi/biasa terjadi (dapat terjadi tiap 1-2 tahun)
4	Hight	Agak sering frekuensi 4-6x/tahun, 71-95% sangat mungkin (dapat terjadi setiap bulan/beberapa kali dalam setahun)
5	Very Hight	Sangat sering frekuensi >6-12x/tahun, 91-100% (terjadi setiap minggu atau bulan)

B. DAMPAK KLINIS/CONSEQUENCES/SEVERITY

Level	Tingkat Keparahan	Deskripsi
1	Insignifikan (tidak ada)	<ul style="list-style-type: none"> Tidak ada cedera, kerugian keuangan kecil
2	Minor (P3K)	<ul style="list-style-type: none"> Cedera ringan Dapat diatasi dengan pertolongan pertama, kerugian keuangan sedang
3	Moderat (penanganan medis)	<ul style="list-style-type: none"> Cedera ringan Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual secara reversible dan tidak berhubungan dengan penyakit yang mendasarinya
4	Mayor (cacat)	<ul style="list-style-type: none"> Cedera luas/berat Kehilangan fungsi utama permanen (motorik/sensorik/psikologis atau intelektual secara reversible dan tidak berhubungan dengan penyakit yang mendasarinya) Kerugian keuangan besar
5	Cathastropik (kematian)	<ul style="list-style-type: none"> Kematian yang tidak berhubungan dengan penyakit yang mendasarinya

C. SYSTEM YANG ADA

Tingkat RISK	Deskripsi	Kegiatan
1	Solid	Peraturan ada, fasilitas ada, dilaksanakan
2	Good	Peraturan ada, fasilitas ada, tidak selalu dilaksanakan
3	Fair	Peraturan ada, fasilitas ada, tidak dilaksanakan
4	Poor	Peraturan ada, fasilitas tidak ada, tidak dilaksanakan
5	None	Tidak ada peraturan

D. TINGKAT BAHAYA= R X P

5	5	10	15	20	25
4	4	8	12	16	20
3	3	6	9	12	15
2	2	4	6	8	10
1	1	2	3	4	5
1	1	2	3	4	5
R X P	1	2	3	4	5
Tingkat Bahaya		Skore	Keterangan		
Rendah		1-4	Masih dapat ditoleransi		
Sedang		5-10	Dikendalikan sampai batas toleransi		
Tinggi		12-25	Pemantauan intensif & pengendalian		

E. TINDAKAN YANG DILAKUKAN

Level/Tingkatan	Tindakan
Ekstrem (sangat tinggi)	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko ekstrem, dilakukan RCA paling lama 45 hari, membutuhkan tindakan segera, perhatian sampai ke Direktur Rumah sakit : perlu pengkajian sangat dalam • Perlu perhatian manajemen atas
High (tinggi)	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari, kaji dengan detail dan perlu tindakan segera serta membutuhkan tindakan top manajemen : perlu penanganan segera • Perlu perencanaan pengendalian
Moderate (sedang)	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko sedang dilakukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu • Manajer/pimpinan klinik sebaiknya menilai dampak terhadap bahaya dan kelola risiko : Menggunakan monitoring/audit spesifik • Perlu tindakan langsung
Minor (rendah)	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko sedang dilakukan investigasi sederhana paling lama < 2 minggu • Perlu aturan/prosedur/rambu

BAB III KAJIAN RISIKO INFEKSI

A. Manajemen Risiko Health Care Associated Infection (HAIs)

HAIs (Infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan dan terjadi di Rumah Sakit) merupakan kejadian infeksi yang terjadi pada penderita atau pasien selama perawatan di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dimana tidak ada infeksi atau tidak dalam masa inkubasi pada saat masuk, termasuk infeksi yang muncul setelah pasien pulang dari perawatan juga infeksi pada petugas kesehatan yang terjadi di pelayanan kesehatan (CDC, WHO 2007).

ICRA (INFECTION CONTROL RISK ASSESMENT) HAIs PPI RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2023

Komponen Program	Probabilitas					Risiko/dampak					Sistem yang ada					Nilai	Prioritas	
	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1			
Surveilans																		
ISK			2						2					2			8	5
IDO	4						4							2			24	2
Dekubitus		3					4							2			24	3
Plebitis	4						4					4					64	1
VAP	4							3						2			24	4
HAP			2						2							1	4	6

B. ANALISIS POTENSIAL RISIKO

NO	POTENSIAL	SKOR
1	Plebitis	64
2	IDO	32
3	Dekubitus	24
4	VAP	24
5	ISK	18
6	HAP	4

POA (PLANNING OF ACTION) ICRA HAI's TAHUN 2023

NO	JENIS KELOMPOK RISIKO	SKOR	PRIORITAS	TUJUAN UMUM	TUJUAN KHUSUS	STRATEGI	EVALUASI	PROGRES/ANALISA
1	Plebitis	64	1	Menurunkan insiden plebitis di RSAM	Insiden plebitis turun menjadi < 1 %	<ol style="list-style-type: none"> Edukasi staf Monitoring pelaksanaan Hand Hygiene Audit pelaksanaan prosedur pemasangan IV cateter Kaji fasilitas alkes yang tersedia Monitoring terapi cairan yang diberikan apakah jenis pekat/tidak 	<p>Angka plebitis dari Januari s/d Desember 2022 = 6,3 %</p>	<p>Laporan tahun 2022</p> <ol style="list-style-type: none"> Data plebitis di atas standar Kepatuhan Hand Hygiene masih fluktuasi SPO hand hygiene sudah disosialisasikan Peralatan infuse set dan dressing masih belum standar Perawatan pemasangan infuse masih belum maksimal Perlu pelatihan pemasangan infus sesuai dengan SPO
2	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	32	2	Menurunkan insiden IDO di RSAM	Insiden IDO turun menjadi < 2 %	<ol style="list-style-type: none"> Edukasi staf Audit pelaksanaan bundles IDO Kaji fasilitas alkes yang tersedia Kaji ketersediaan sarana cuci tangan (wastafel) 	<p>Angka IDO dari Januari s/d Desember 2022 = 3,54 %</p>	<p>Laporan tahun 2022</p> <ol style="list-style-type: none"> Masih ditemukan ada pasien dengan IDO Menjalankan bundles IDO seperti mandi klorhexidin, bila dilakukan pencucuran dengan electric cliper

	3	Dekubitus	24	3	Menurunkan insiden angka dekubitus	Jumlah kasus dekubitus turun menjadi < 1 ‰	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi staf 2. Monitoring fasilitas, sarana dan prasarana kesehatan 3. Monitoring kepatuhan petugas dalam perawatan pasien tirah baring (total care) 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Monitoring kesterilan alat 6. Pengadaan set rawat luka sesuai kebutuhan 7. Penggunaan electric clipper untuk pencukuran operasi bila diperlukan 8. Unit sterilisasi yang tersentral 	<ol style="list-style-type: none"> 3. SPO IDO sudah dibuat dan disosialisasikan 4. Pelatihan bundles IDO dan prinsip perawatan 		3	Dekubitus	Angka kejadian Dekubitus dari Januari s/d Desember 2022 = 3,2 ‰	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masih ditemukan pasien dengan dekubitus 2. Pelatihan/sosialisasi perawatan pasien total care 3. Edukasi pasien dan keluarga 4. Melengkapi sarana dan prasarana 	
--	---	-----------	----	---	------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---	-----------	-----------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

4	Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	24	4	Menurunkan insiden VAP di RSAM	Insiden VAP \leq 5,8 ‰	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi bundles VAP 2. Pengadaan set oral hygiene 3. Pengadaan chlorhexidine 0,02 % untuk oral hygiene 4. Melaksanakan audit bundles VAP 	Angka kejadian VAP tahun 2022 tidak ada	
5	Infeksi Saluran Kemih (ISK)	18	7	Menurunkan insiden ISK di RSAM	Insiden ISK \leq 4,7 ‰	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasikan bundles ISK 2. Melaksanakan audit bundles ISK 	Angka kejadian ISK tahun 2022 tidak ada	
6	Hospital Acquired Pneumonia (HAP)	4	10	Menurunkan insiden HAP di RSAM	Insiden HAP \leq 1 ‰	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi bundles HAP 2. Pengadaan set oral hygiene 3. Pengadaan chlorhexidine 0,02 % untuk oral hygiene 4. Melaksanakan audit bundles HAP 	Angka kejadian HAP tahun 2022 tidak ada	
7	IAD	4	10	Menurunkan insiden IAD di RSAM	Insiden IAD \leq 3,5 ‰	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi bundles IAD 2. Melaksanakan audit bundles IAD 	Angka kejadian IAD tahun 2022 tidak ada	

Kategori Resiko Infeksi Berdasarkan Skala Prioritas Infeksi Control Risk Assesment dan akan dilakukan perbaikan

NO	FOKUS RESIKO	FOKUS AREA
1	IDO	R.Bedah, R. Kebidanan, Kamar operasi, Poliklinik Bedah dan Kebidanan
2	Plebitis	Semua Rawat Inap
3	Decubitus	Semua Rawat Inap
4	VAP	ICU/ICCU
5	ISK	Semua Rawat Inap
6	HAP	Semua Rawat Inap
7	IAD	Semua Rawat Inap

Mengetahui :
Ketua Komite PPI



Dr. Romi Yusardi, Sp.M

Bukittinggi, 16 Januari 2023
IPCN



Ns. Netty Jusefa, S.Kep

**IDENTIFIKASI RISIKO INFEKSI (ICRA)
RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2023**

NO	IDENTIFIKASI RISIKO		DAMPAK					PROBABILITAS					SKOR	RANG KING	UPAYA MITIGASI YANG DILAKUKAN	PENANG GUNG JAWAB	
	KATEGORI RISIKO	RUANG LINGKUP	JENIS RISIKO	1	2	3	4	5	1	2	3	4					5
INSTALASI RAWAT JALAN																	
1	Kebersihan tangan	Infeksi kontrol	Kegagalan Penerapan Kebersihan tangan mengakibatkan petugas, pasien, keluarga dan pengunjung mendapat infeksi silang melalui kontak dan/atau fecal oral					5				4		20	1	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan prosedur kerja sesuai SPO Melakukan kebersihan tangan Memakai APD sesuai indikasi Monev 	Ka.Inst/Ka. Ru Rawat Jalan, IPCLN dan IPCN
2	Penanganan sampah infeksius	Infeksi kontrol	Terpapar sampah infeksius										3	9	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan prosedur kerja sesuai SPO Melakukan kebersihan tangan Memakai APD sesuai indikasi Memilah sampah sesuai jenisnya 	Ka.Inst/Ka. Ru Rawat Jalan, IPCLN dan IPCN	

4	Operasion	Infeksi kontrol	Terpapar cairan tubuh pasien/infeksi silang saat melakukan penyuntikan/tindakan	2	3	6	8. Memasukkan limbah benda tajam ke wadah khusus benda tajam 9. Isi wadah benda tajam kurang dari ¾ 10. Monev	Ka.Inst/Ka. Ru Rawat Jalan, IPCLN dan IPCN
5	Penyuntikan/terapi cairan	Infeksi kontrol	Infeksi silang blood Borne akibat kegagalan penyuntikan yang aman	5	2	10	1. Melakukan prosedur kerja sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD sesuai indikasi 4. Menerapkan prinsip aseptik (alcohol/klorhexidin) 5. Menggunakan instrument yang steril	Ka.Inst/Ka. Ru Rawat Jalan, IPCLN dan IPCN

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 6. Menggunakan alat suntik disposable | |
| 7. Disinfeksi area tusukan/inction port | |
| 8. Proses pengambilan/oplos obat di ruangan khusus | |
| 9. Segera buang alat suntik habis pakai ke safety box | |
| 10. Jika diperlukan obat multi dose setelah pengambilan obat, bagian kepala vial dihapus pakai alcohol 70% kemudian ditutup pakai parafilm/transparan dressing tidak lebih dari 24 jam | |
| 11. Money | |

INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD)

II	<p>1</p> <p>Kebersihan tangan</p> <p>Infeksi kontrol</p> <p>Kegagalan penerapan kebersihan tangan mengakibatkan petugas, pasien, keluarga dan pengunjung mendapat infeksi silang melalui kontak dan/atau fecal oral</p>	5	4	20	<p>1. Melakukan prosedur kerja sesuai SPO</p> <p>2. Melakukan kebersihan tangan</p> <p>3. Memakai APD sesuai indikasi</p> <p>4. Money</p>	Ka.Inst/Ka. Ru IGD, IPCLN dan IPCN
2	<p>Penanganan sampah infeksius</p> <p>Infeksi kontrol</p> <p>Terpapar sampah infeksius</p>	3	3	9	<p>1. Melakukan prosedur kerja sesuai SPO</p> <p>2. Melakukan kebersihan tangan</p> <p>3. Memakai APD sesuai indikasi</p> <p>4. Memilah sampah sesuai jenisnya</p> <p>5. Sampah tidak melimpah/kurang dari ¾</p> <p>6. Menggunakan wadah/tempat sampah infeksius</p> <p>7. Tempat sampah dilapisi kantong plastic warna kuning</p>	Ka.Inst/Ka. Ru IGD IPCLN dan IPCN

	<p>3 Penanganan benda tajam</p>	<p>Infeksi kontrol</p>	<p>Penanganan benda tajam/tertusuk benda tajam dan jarum bekas pakai belum optimal</p>	<p>5</p>	<p>3</p>	<p>15</p>	<p>8. Transportasi menggunakan gerobak/container tertutup 9. Monev</p>	<p>Ka.Inst/Ka. Ru IGD, IPCLN dan IPCN</p>
<p>1. Melakukan prosedur kerja sesuai SPO</p>	<p>2. Melakukan kebersihan tangan</p>	<p>3. Memakai APD sesuai indikasi</p>	<p>4. Tidak menutup Kembali jarum suntik bekas pakai</p>	<p>5. Tidak membengkokkan/ memanipulasi jarum</p>	<p>6. Tidak memberikan benda tajam secara langsung kepada orang lain</p>	<p>7. Menggunakan container saat</p>	<p>8. Menyerahkan benda tajam kepada orang lain</p>	<p>9. Memasukkan limbah benda tajam ke wadah khusus benda tajam</p>
<p>9. Isi wadah benda tajam kurang dari ¾</p>	<p>10. Monev</p>							

4	Operasional	Infeksi kontrol	Terpapar cairan tubuh pasien/infeksi silang saat melakukan penyuntikan/ tindakan	2						3	6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan prosedur kerja sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD sesuai indikasi 4. Menerapkan etika batuk 5. Mengisolasi pasien sesuai SPO 6. Sosialisasi/edukasi penanganan pasien infeksius 7. Money 	Ka.Inst/Ka. Ru IGD, IPCLN dan IPCN
5	Penyuntikan/ terapi cairan	Infeksi kontrol	Infeksi silang blood Borne akibat kegagalan penyuntikan yang aman		5	2				10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan prosedur kerja sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD sesuai indikasi 4. Menerapkan prinsip aseptik (alcohol/klorhexidin) 5. Menggunakan instrument yang steril 6. Menggunakan alat suntik disposable 7. Disinfeksi area tusukan/injection port 8. Proses pengambilan/oplos obat di ruangan khusus 	Ka.Inst/Ka. Ru IGD, IPCLN dan IPCN	

2	Penanganan sampah infeksius	Infeksi kontrol	Terpapar sampah infeksius	3				3	9	Ka. Inst/Ka. Ru Rawat Inap Bedah, IPCLN dan IPCN
									<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan prosedur kerja sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD sesuai indikasi 4. Memilah sampah sesuai jenisnya 5. Sampah tidak melimpah/kurang dari ¾ 6. Menggunakan wadah/tempat sampah infeksius 7. Tempat sampah dilapisi kantong plastic warna kuning 8. Transportasimenggunakan angerobak/container tertutup 9. Monev 	
3	Penanganan benda tajam	Infeksi kontrol	Penanganan benda tajam/tertusuk benda tajam dan jarum bekas pakai belum optimal	5				3	15	Ka. Inst/Ka. Ru Rawat Inap Bedah, IPCLN dan IPCN
									<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan prosedur kerja sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD sesuai indikasi 4. Tidak menutup Kembali jarum suntik bekas pakai 5. Tidak membengkokkan/ memanipulasi jarum 	

4	Operasion	Infeksi kontrol	Terpapar cairan tubuh pasien/infeksi silang saat melakukan penyuntikan/tindakan	2	3	6																					

5	Penyuntikan/ terapi cairan	Infeksi kontrol	Infeksi silang blood Borne akibat kegagalan penyuntikan yang aman	5	2	10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan prosedur kerja sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD sesuai indikasi 4. Menerapkan prinsip aseptik (alcohol/klorhexidin) 5. Menggunakan instrument yang steril 6. Menggunakan alat suntik disposable 7. Disinfeksi area tusukan/inction port 8. Proses pengambilan/oplos obat di ruangan khusus 9. Segera buang alat suntik habis pakai ke safety box 10. Jika diperlukan obat multi dose setelah pengambilan obat, bagian kepala vial dihapus pakai alcohol 70% kemudian ditutup pakai parafilm/transparan dressing tidak lebih dari 24 jam 11. Money 	Ka.Inst/Ka. Ru Rawat Inap Bedah, IPCLN dan IPCN
---	-------------------------------	--------------------	----------------------------------------------------------------------------------	---	---	----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

6	Operasion	Infeksi kontrol	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	2	5	10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan prosedur kerja sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD sesuai indikasi 4. Melakukan perawatan/persiapan pra operasi sesuai SPO 5. Memberikan antibiotic profilaks 30 menit sebelum insisi 6. Melakukan pengkajian pasien sebelum operasi 7. Menggunakan instrument yang steril 8. Menggunakan ruang Tindakan/operasi yang bersih, bebas jamur 9. Melakukan pencatatan/surveilans 10. Monev 	Ka.Inst/Ka. Ru Rawat Inap Bedah, IPCLN dan IPCN
7	Operasion	Infeksi kontrol	Infeksi Saluran Kemih (ISK)	3	1	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan prosedur kerja sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD sesuai indikasi 4. Menerapkan prinsip aseptik 5. Menggunakan instrument yang steril 	Ka.Inst/Ka. Ru Rawat Inap Bedah, IPCLN dan IPCN

INSTALASI RAWAT INAP NON BEDAH

IV												
1	Kebersihan tangan	Infeksi Kontrol	Kegagalan penerapan kebersihan tangan mengakibatkan petugas, pasien, keluarga dan pengunjung mendapat infeksi silang melalui kontak dan/atau fecal oral				5		4	20	1. Melakukan prosedur kerja sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD sesuai indikasi 4. Monev	Ka.Inst/Ka. Ru Rawat Inap non Bedah, IPCLN dan IPCN
2	Penanganan sampah infeksius	Infeksi kontrol	Terpapar sampah infeksius				3		3	9	1. Melakukan prosedur kerja sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD sesuai indikasi 4. Memilah sampah sesuai jenisnya 5. Sampah tidak melimpah/kurang dari ¾ 6. Menggunakan wadah/tempat sampah infeksius 7. Tempat sampah dilapisi kantong plastic warna kuning	Ka.Inst/Ka. Ru Rawat Inap non Bedah, IPCLN dan IPCN

4	Operasion	Infeksi kontrol	Terpapar cairan tubuh pasien/infeksi silang saat melakukan penyuntikan/tindakan	2								3	6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan prosedur kerja sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD sesuai indikasi 4. Menerapkan etika batuk 5. Mengisolasi pasien sesuai SPO 6. Sosialisasi/edukasi penanganan pasien infeksius 7. Monev 	Ka. Inst/Ka. Ru Rawat Inap non Bedah, IPCLN dan IPCN
5	Penyuntikan/terapi cairan	Infeksi kontrol	Infeksi silang blood Borne akibat kegagalan penyuntikan yang aman					5	2				10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan prosedur kerja sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD sesuai indikasi 4. Menerapkan prinsip aseptis (alcohol/klorhexidin) 5. Menggunakan instrument yang steril 6. Menggunakan alat suntik disposable 7. Disinfeksi area tusukan/inction port 8. Proses pengambilan/oplosobat di ruangan khusus 	Ka. Inst/Ka. Ru Rawat Inap non Bedah, IPCLN dan IPCN

6	Operasion	Infeksi kontrol	Infeksi Saluran Kemih (ISK)	3	1				<p>9. Segera buang alat suntik habis pakai ke safety box</p> <p>10. Jika diperlukan obat multi dose setelah pengambilan obat, bagian kepala vial dihapus pakai alcohol 70% kemudian ditutup pakai parafilm/transparan dressing tidak lebih dari 24 jam</p> <p>11. Monev</p>	Ka. Inst/Ka. Ru Rawat Inap non Bedah, IPCLN dan IPCN
				3			3		<p>1. Melakukan prosedur kerja sesuai SPO</p> <p>2. Melakukan kebersihan tangan</p> <p>3. Memakai APD sesuai indikasi</p> <p>4. Menerapkan prinsip aseptik</p> <p>5. Menggunakan instrument yang steril</p> <p>6. Menggunakan pelumas sesuai rekomendasi</p> <p>7. Mencatat waktu pemasangan Catheter</p> <p>8. Melakukan pencatatan/surveilans</p> <p>9. Monev</p>	

4	Operasional	Infeksi kontrol	Terpapar cairan tubuh pasien/infeksi silang saat melakukan penyuntikan/tindakan	2							3	6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan prosedur kerja sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD sesuai indikasi 4. Menerapkan etika batuk 5. Mengisolasi pasien sesuai SPO 6. Sosialisasi/edukasi penanganan pasien infeksius 7. Monev 	Ka.Inst/Ka. Ru Rawat Inap Kebidanan/ Anak/Bayi, IPCLN dan IPCN
5	Penyuntikan/ terapi cairan	Infeksi kontrol	Infeksi silang blood Borne akibat kegagalan penyuntikan yang aman		5	2						10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan prosedur kerja sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD sesuai indikasi 4. Menerapkan prinsip aseptik (alcohol/klorhexidin) 5. Menggunakan instrument yang steril 6. Menggunakan alat suntik disposable 7. Disinfeksi area tusukan/injection port 8. Proses pengambilan/oplo sobat di ruangan khusus 	Ka.Inst/Ka. Ru Rawat Inap Kebidanan/ Anak/Bayi, IPCLN dan IPCN

6	Operasion	Infeksi kontrol	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	2																																		
9.	<p>Segera buang alat suntik habis pakai ke safety box</p>																				Ka. Inst/Ka.																	
10.	<p>Jika diperlukan obat multi dose setelah pengambilan obat, bagian kepala vial dihapus pakai alcohol 70% kemudian ditutup pakai parafilm/transparan dressing tidak lebih dari 24 jam</p>																				Ru Rawat Inap/Kebidanan/Anak/Bayi, IPCLN dan IPCN																	
11.	Monev																																					
1.	Melakukan prosedur kerja sesuai SPO																																					
2.	Melakukan kebersihan tangan																																					
3.	Memakai APD sesuai indikasi																																					
4.	Melakukan perawatan/persiapan pra operasi sesuai SPO																																					
5.	Memberikan antibiotic profilaks 30 menit sebelum insisi																																					
6.	Melakukan pengkajian pasien sebelum operasi																																					
7.	Megggunakan instrument yang steril																																					
8.	Megggunakan ruang tindakan/operasi yang bersih, bebas jamur																																					

3	Penanganan benda tajam	Infeksi kontrol	Penanganan benda tajam/tertusuk benda tajam dan jarum bekas pakai belum optimal									<p>5. Sampah tidak melimpah/kurang dari ¾</p> <p>6. Menggunakan wadah/tempat sampah infeksius</p> <p>7. Tempat sampah dilapisi kantong plastic warna kuning</p> <p>8. Transportasi menggunakan gerobak/container tertutup</p> <p>9. Monev</p>	Ka.Inst/Ka. Ru Bedah Sentral, IPCLN dan IPCN
5											<p>1. Melakukan prosedur kerja sesuai SPO</p> <p>2. Melakukan kebersihan tangan</p> <p>3. Memakai APD sesuai indikasi</p> <p>4. Tidak menutup Kembali jarum suntik bekas pakai</p> <p>5. Tidak membengkokkan/ memanipulasi jarum</p> <p>6. Tidak memberikan benda tajam secara langsung kepada orang lain</p>		
3											<p>7. Menggunakan container saat menyerahkan benda tajam kepada orang lain</p>		

4	Operasion	Infeksi kontrol	Terpapar cairan tubuh pasien/infeksi silang saat melakukan penyuntikan/tindakan	2							3	6	8. Memasukkan limbah benda tajam ke wadah khusus benda tajam 9. Isi wadah benda tajam kurang dari $\frac{3}{4}$ 10. Monev 1. Kerja sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD sesuai indikasi 4. Menerapkan etika batuk 5. Mengisolasi pasien sesuai SPO 6. Sosialisasi/edukasi penanganan pasien infeksius 7. Monev	Ka.Inst/Ka. Ru Bedah Sentral, IPCLN dan IPCN
5	Penyuntikan/terapi cairan	Infeksi kontrol	Infeksisilang blood Borne akibat kegagalan penyuntikan yang aman				5		2			10	1. Melakukan prosedur kerjas esuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD sesuai indikasi 4. Menerapkan prinsip aseptis (alcohol/chlorhexidin) 5. Menggunakan instrument yang steril 6. Menggunakan alat suntik disposable	Ka.Inst/Ka. Ru Bedah Sentral, IPCLN dan IPCN

2	Operasion	Infeksi kontrol	Kontaminasi silang pada makanan akibat hewan pengerat dan serangga	2						2	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pekerjaan sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memelihara kebersihan ruangan/Gedung 4. Menyediakan fasilitas anti tikus/serangga 5. Memberikan sosialisasi PPI/edukasi staf 6. Monev 	Ka. Inst Gizi dan IPCN
3	Operasion	Infeksi kontrol	Kontaminasi silang pada makanan akibat pencucian peralatan yang belum memenuhi standar	2						2	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pekerjaan sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Menyediakan air panas dengan suhu 60-70°C 4. Menyediakan alat makan sesuai kebutuhan 5. Monev 	Ka. Inst Gizi dan IPCN
4	Operaion	Infeksi kontrol	Kontaminasi silang pada makanan dari petugas	2						2	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pekerjaan sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD 4. Melakukan pemeriksaan berkala Kesehatan petugas 5. Monev 6. 	Ka. Inst Gizi dan IPCN

5	Operasion	Infeksi kontrol	Keracunan makanan	2					2	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pekerjaan sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memastikan kualitas bahan makanan baik 4. Melakukan pemeriksaan berkala kualitas makanan/minuman 5. Monev 	Ka. Inst Gizi dan IPCN
INSTALASI PENYEHATAN LINGKUNGAN												
VIII												
1	Operasion	Infeksi kontrol	Terpapar cairan tubuh/limbah infeksius					4		12	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pekerjaan sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD 4. Edukasi staf 5. Monev 	Ka. IPL dan IPCN
2	Operasion	Infeksi kontrol	Tertusuk jarum/benda tajam terkontaminasi						3	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pekerjaan sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD 4. Edukasi staf 5. Monev 	Ka. IPL dan IPCN
											/	

3	Operasion	Infeksi kontrol	Sampah infeksius tercampur	2				2	4		1. Melakukan pemilahan limbah sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD 4. Edukasi staf 5. Monev	Ka. IPL dan IPCN
INSTALASI KAMAR JENAZAH												
IX												
1	Operasion	Infeksi kontrol	Terpapar cairan tubuh/limbah infeksius	4				3	12		1. Melakukan pekerjaan sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD 4. Edukasi staf 5. Monev	Ka.Inst. Forensik & Medico legal dan IPCN
2	Operasion	Infeksi kontrol	Tertusukjarum /bendatajamte rkontaminasi	4				3	12		1. Melakukan pekerjaan sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD 4. Edukasi staf 5. Monev	Ka.Inst. Forensik & Medico legal dan IPCN
3	Operasion	Infeksi kontrol	Terpapar HAIs	4				3	12		1. Melakukan pekerjaan sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD 4. Edukasi staf 5. Monev	Ka.Inst. Forensik & Medico legal dan IPCN

INSTALASI FARMASI

X										
1	Operasion	Infeksi kontrol	Terpapar HAIs	3		4	12	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pekerjaan sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD 4. Edukasi staf 5. Monev 	Ka. Inst Farmasi dan IPCN	
2	Operasion	Infeksikon trol	Tertusukjarum /bendatajamte rkontaminasi	3		4	12	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukanpekerjaanses uai SPO 2. Melakukankebersihanta ngan 3. Memakai APD 4. Edukasistaf 5. Monev 	Ka. Inst Farmasi dan IPCN	
3	Operasion	Infeksi kontrol	Obat expired date/rusak	3		4	12	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pekerjaan sesuai SPO 2. Memberi informasi tertulis pada perbekalan farmasi 3. Melakukan identifikasi obat expired date/rusak 4. Menyimpan obat pada tempat dan suhu sesuai standar 	Ka. Inst Farmasi dan IPCN	
								<ol style="list-style-type: none"> 5. Meengkapi label nama obat dan tanggal expired 6. Lakukan prosedur pelaporan obat yang mendekati kadaluarsa 		

STALASI LABORATORIUM PATOLOGI KLINIS

XIII	Operasion	Infeksi kontrol	Terpapar penyakit infeksi/ mikro Organisme patogen				4	12	1. Melakukan pekerjaan sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD 4. Edukasi staf 5. Monev	Ka. Inst Labor PK dan IPCN
2	Operasion	Infeksi kontrol	Tertusuk jarum/benda tajam terkontaminasi	3			4	12	1. Melakukan pekerjaan sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD 4. Edukasi staf 5. Monev	Ka. Inst Labor PK dan IPCN
3	Operasion	Infeksikon trol	Terpapar bahan kimia	3			4	12	1. Melakukan pekerjaan sesuai SPO 2. Melakukan kebersihan tangan 3. Memakai APD 4. Edukasi staf 5. Monev	Ka. Inst Labor PK dan IPCN

Bukittinggi, 16 Januari 2023

IPCN


Ns. Netty Juselja, S.Kep