

INFECTION CONTROL RISK ASSESMENT (ICRA)
RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK BUNDA ALIYAH TAHUN 2022

NO	Jenis Kelompok Resiko	Potensial Risk/Masalah	Probabilty/ Frekuensi					Risk/impact(Health,Finacial,Legal,					Current					SCORE	Ranking
			Expect it	Likely	Maybe	Rare	Never	Catastrophic	Major	Moderat	Minor	Tdk Significant	None	Poor	Fair	Good	Solid		
			5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1		
1	HAIs	Insiden Plebitis				2						1			2		1	2	1
		Insiden ISK					1					1					1	1	6
		Insiden IAD					1					1					1	1	5
		Insiden VAP				2						1					1	2	2
		Insiden IDO				2						1					1	2	3
		Insiden HAP				2						1					1	2	4
2	Prosedur/Tindakan Beresiko Tinggi	Belum ada fasilitas LAF (Laminari Air Flow)	5								2			4				40	3
		Tidak ada meja khusus pengoplosan	5								2			4				40	2
		Fasilitas pencampuran Obat IV Kurang Aseptik karena dilakukan di ruang unit rawat inap bukan di ruang khusus.	5							3				4				60	1
		Pencampuran obat sebagian masih dilakukan perawat yang belum terlatih tentang pencampuran obat	5				"					1	5					25	5

3	Pelayanan Linen dan Laundry	Bundle plebitis belum dilaksanakan secara maksimal	5							3						2		30	4
		Pasien mendapat terapi antibiotik ganda	5									1				3		15	7
		Penggantian selang/peralatan IV lebih dari 72 jam			3							1				2		6	8
		Penggantian selang/peralatan IV setelah pemberian produk darah, dan infus lipid tidak melebihi 24 jam				2						1				2		4	9
		Jenis IV dressing tidak transparan	5									1			4			20	6
		Alur Linen yang tidak sesuai standar masih 1 pintu	5									1			4			20	3
		Tidak tersedia sarana cuci tangan lengkap (tidak ada wastafel)				2				3						2		12	4
		Belum ada tempat penyimpanan linen bersih tertata rapi di lemari tertutup				2						1				2		4	6
		Ketidakpatuhan petugas dalam menggunakan APD				2				3						2		12	5
		Pencucian linen (perlak) masih ada yang dikerjakan di RS	5							3						2		30	2
		Fasilitas Unit linen tidak sesuai standar	5							3						2		30	1

4	Pelayanan Sterilisasi Alat	Belum adanya ruangan CSSD sesuai standar	5							2					2		20	6
		Tidak ada unit CSSD	5							2					2		20	5
		Tidak ada petugas CSSD yang terlatih	5						3					4			60	1
		Alat sterilisator yang tidak sesuai standar dan sudah sering rusak	5						3						2		30	2
		Tempat penyimpanan alat steril belum sesuai standar	5							2					2		20	4
		Fasilitas ruang sterilisasi tidak sesuai standar	5							3					2		30	3
5	Sanitasi	Masih sering ada vector lalat, tikus , kucing				2			3							2	12	4
		Permukaan ruangan masih banyak yang berdebu			3					2					2		12	3
		Belum tersedia sputum Booth untuk pasien-pasien TB	5						3						2		30	1
		Masih kurangnya fasilitas cuci tangan				2			3						2		12	2
6	Pengelolaan Sampah	Pembuangan limbah benda tajam dan jarum melebihi 3/4		4						2					2		16	6
		Pembuangan limbah padat melebihi 3/4 penuh		4						2					2		16	5
		Pembuangan sampah tidak selalu menggunakan Sulo			3				3						2		18	4

		Kurangnya kepatuhan pengelolaan limbah cair		4					3						2		24	1
		Kurangnya kepatuhan pengeloaan limbah jarum dan benda tajam			3				3						2		18	3
		Kurangnya kepatuhan petugas dalam penggunaan APD		4					3						2		21	2
7	Penyediaan dan Pengelolaan Makanan	Ketidakpatuhan petugas dalam menggunakan APD			3				3						2		18	2
		Trolley pengangkutan makanan pasien dengan alat kotor menjadi satu	5							2				4			40	1
		Fasilitas dish water tidak sesuai standar	5								1				2		10	3
		Lantai banyak yang pecah			3						1				2		6	4
		Suhu ruangan gudang tidak sesuai standar			3						1				2		6	5
		Tidak ada gras trap di unit Gizi																
8	Pengelolaan Kamar Jenazah	Kurangnya petugas kamar jenazah	5								1				2		10	1
		Petugas belum diberikan pelatihan tentang penanganan jenazah dengan infeksi	5								1					1	5	2

	Ruangan kamar jenazah belum memenuhi standar	5								1							5	3
	Pemilahan linen infeksius dan non infeksius			2					2							1	4	4
	Belum ada wastafel cuci tangan					1			2							1	2	6
	Petugas belum mendapat pelatihan Spill Kit					1			2							1	2	7
	Ketidakpatuhan petugas dalam penggunaan APD				2					1						2	4	5

Keterangan:

Probabilitas			Resiko			Sistem yang ada		
0	Tidak pernah	1	:	Klinis dan keuangan	5	:	Tidak ada	
1	Jarang	2	:	Klinis dan keuangan	4	:	Jelek	
2	Kadang	3	:	Masa perawatan	3	:	Sedang	
3	Agak sering	4	:	Berkurangnya fungsi	2	:	Baik	
4	Sering	5	:	Kehilangan nyawa	1	:	Sangat baik	

Ranking Hais

ANALISIS POTENSIAL RESIKO TAHUN 2023

NO	POTENSIAL RISK/MASALAH	SKOR
1	Insiden IDO	2
2	Insiden Plebitis	1
3	Insiden VAP	1
4	Insiden HAP	2
5	Insiden IAD	2
6	Insiden ISK	2

Ketua TIM PPI



(dr. Anugerah Ariestiany)

IPCN



(Zr. Upita Amd.Kep)

Ranking Resiko Tinggi
ANALISIS POTENSIAL RESIKO TAHUN 2023

NO	POTENSIAL RISK/MASALAH	SKOR
1	Fasilitas pencampuran Obat IV Kurang Aseptik karena dilakukan di ruang unit rawat inap bukan di ruang khusus.	60
2	Tidak ada meja khusus pengoplosan	40
3	Belum ada fasilitas LAF (Laminari Air Flow)	40
4	Bundle plebitis belum dilaksanakan secara maksimal	30
5	Pencampuran obat sebagian masih dilakukan perawat yang belum terlatih tentang pencampuran obat	25
6	Jenis IV dressing tidak transparan	20
7	Pasien mendapat terapi antibiotik ganda	15
8	Penggantian selang/peralatan IV lebih dari 72 jam	6
9	Penggantian selang/peralatan IV setelah pemberian produk darah, dan infus lipid tidak melebihi 24 jam	4

Ketua TIM PPI



(Dr. Anugerah Ariestiany)

IPCN



(Zr. Upita Amd.Kep)

Rangking Linen

ANALISIS POTENSIAL RESIKO TAHUN 2023

NO	POTENSIAL RISK/MASALAH	SKOR
1	Fasilitas Unit line tidak sesuai standar	30
2	Pencucian linen (perlak) masih ada yang dikerjakan di RS	30
3	Alur Linen yang tidak sesuai standar masih 1 pintu	20
4	Tidak tersedia sarana cuci tangan lengkap (tidak ada wastafel)	12
5	Ketidakpatuhan petugas dalam menggunakan APD	12
6	Belum ada tempat penyimpanan linen bersih tertata rapi di lemari tertutup	4

Ketua Komite PPI



(Dr. Anugerah Ariestiany)

IPCN



(Zr. Upita Amd.Kep)

Rangking Pelayanan Steril
ANALISIS POTENSIAL RESIKO TAHUN 2023

NO	POTENSIAL RISK/MASALAH	SKOR
1	Tidak ada petugas CSSD yang terlatih	60
2	Alat sterilisator yang tidak sesuai standar dan sudah sering rusak	30
3	Fasilitas ruang sterilisasi tidak sesuai standar	30
4	Tempat penyimpanan alat steril belum sesuai standar	20
5	Tidak ada unit CSSD	20
6	Belum adanya ruangan CSSD sesuai standar	20

Ketua Komite PPI



(Dr. Anugerah Ariestiany)

IPCN



(Zr. Upita Amd.Kep)

Rangking Sanitasi
ANALISIS POTENSIAL RESIKO TAHUN 2023

NO	POTENSIAL RISK/MASALAH	SKOR
1	Belum tersedia sputum Booth untuk pasien-pasien TB	30
2	Masih kurangnya fasilitas cuci tangan	12
3	Permukaan ruangan masih banyak yang berdebu	12
4	Masih sering ada vector lalat, tikus , kucing	12

Ketua TIM PPI



(Dr. Anugerah Ariestiany)

IPCN



(Zr. Upita Amd.Kep)

Rangking Pengelolaan Sampah
ANALISIS POTENSIAL RESIKO TAHUN 2023

NO	POTENSIAL RISK/MASALAH	SKOR
1	Kurangnya kepatuhan pengelolaan limbah cair	24
2	Kurangnya kepatuhan petugas penggunaan APD	24
3	Kurangnya kepatuhan pengeloaan limbah jarum dan benda tajam	18
4	Pembuangan sampah tidak selalu menggunakan Sulo	18
5	Pembuangan limbah padat melebihi 3/4 penuh	16
6	Pembuangan limbah benda tajam dan jarum melebihi 3/4	16

Ketua TIM PPI



(Dr. Anugerah Ariestiany)

IPCN



(Zr. Upita Amd.Kep)

Rangking Gizi
ANALISIS POTENSIAL RESIKO TAHUN 2023


NO	POTENSIAL RISK/MASALAH	SKOR
1	Trolley pengangkutan makanan pasien dengan alat kotor menjadi satu	40
2	Ketidakpatuhan petugas dalam menggunakan APD	18
3	Fasilitas dish water tidak sesuai standar	10
4	Lantai banyak yang pecah	6
5	Suhu ruangan gudang tidak sesuai standar	6

Ketua TIM PPI

IPCN



(Dr. Anugerah Ariestiany)



(Zr. Upita Amd.Kep)

Rangking Kamar Jenazah
ANALISIS POTENSIAL RESIKO TAHUN 2023


NO	POTENSIAL RISK/MASALAH	SKOR
1	Kurangnya petugas kamar jenazah	10
2	Petugas belum diberikan pelatihan tentang penanganan jenazah dengan infeksi	5
3	Ruangan kamar jenazah belum memenuhi standar	5
4	Pemilahan linen infeksius dan non infeksius	4
5	Ketidakpatuhan petugas dalam penggunaan APD	4
6	Belum ada wastafel cuci tangan	2
7	Petugas belum mendapat pelatihan Spill Kit	2

Ketua TIM PPI

IPCN



(Dr. Anugerah Ariestiany)



(Zr. Upita Amd.Kep)

**ACTION PLAN INFECTION CONTROL RISK ASSESMENT (ICRA)
RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK BUNDA ALIYAH TAHUN 2023**

NO	JENIS KELOMPOK RISIKO	POTENSIAL RISK/MASALAH	SKOR	PRIORITAS	TUJUAN UMUM	TUJUAN KHUSUS	STRATEGI	EVALUASI	PROGRESS/ANALISA
1.	Insiden HAls	Insiden IDO	2	1	Menurunkan Infeksi Daerah Operasi di Ruang Rawat Inap	1. Menurunkan Infeksi Daerah Operasi sampai dengan kurang 2%. 2. Menerapkan pencegahan IDO	1. Monitoring pencegahan IDO	Setiap bulan	Hasil monitoring dan laporan bulanan
		Insiden Plebitis	1	5	Menurunkan infeksi plebitis di ruang perawatan	1. Menurunkan infeksi plebitis sampai dengan kurang 1% 2. Pemasangan infus sesuai SPO 3. Menerapkan pencegahan plebitis sesuai SPO	1. Monitoring kepatuhan melakukan HH 2. Monitoring kepatuhan penggunaan APD saat pasang infus	Setiap hari	1. Hasil kejadian infeksi plebitis menurun 2. Hasil monitoring dan laporan bulanan
		Insiden VAP	1	6	Menurunkan angka infeksi di rumah sakit	Mempertahankan tidak ada kejadian ISK sesuai dengan standar yaitu 5,8 %	Pembuatan bundle VAP, Sosialisasi bundle VAP, Monitoring dan audit bundle VAP	Tiap bulan	Bundle VAP sudah dibuat ,disosialisasikan, dilakukan monitoring dan audit
		Insiden HAP	2	2	Menurunkan angka infeksi di rumah sakit	Mempertahankan tidak ada kejadian ISK sesuai dengan standar yaitu 1 %	Pembuatan bundle IAD, Sosialisasi bundle IAD, Monitoring dan audit bundle IAD	Tiap bulan	Bundle AID sudah dibuat ,disosialisasikan, dilakukan monitoring dan audit
		Insiden IAD	2	3	Menurunkan angka infeksi di rumah sakit	Mempertahankan tidak ada kejadian ISK sesuai dengan standar yaitu 4,7%	Pembuatan bundle ISK, Sosialisasi bundle ISK, Monitoring dan audit bundle ISK	Tiap bulan	Bundle ISK sudah dibuat ,disosialisasikan, dilakukan monitoring dan audit

		Insiden ISK	2	4	Menurunkan angka infeksi di rumah sakit	Mempertahankan tidak ada kejadian ISK sesuai dengan standar yaitu 1 ‰	Pembuatan bundle VAP, Sosialisasi bundle VAP, Monitoring dan audit bundle VAP	Tiap bulan	Bundle VAP sudah dibuat ,disosialisasikan, dilakukan monitoring dan audit
2	Prosedur/Tindakan Beresiko Tinggi	Fasilitas pencampuran Obat IV Kurang Aseptik karena dilakukan di ruang unit rawat inap bukan di ruang	60	1	Menurunkan angka infeksi di rumah sakit	Tersedianya ruang khusus pencampuran obat, beserta fasilitasnya	Pengajuan Ruang Khusus Pencampuran Obat dan Fasilitas LAF	Tiap 6 bulan	Ruang LAF sedang progress pembuatan
		Tidak ada meja khusus pengoplosan	40	2	Menurunkan angka infeksi di rumah sakit				
		Belum ada fasilitas LAF (Laminari Air Flow)	40	3	Menurunkan angka infeksi di rumah sakit				
		Bundle plebitis belum dilaksanakan secara maksimal	30	4	Tidak ada kejadian HAIs	Tidak ada kejadian plebitis	Resosialisasi Bundle Plebitis., Resosialisasi SPO Pemasangan Infus, Reedukasi Kebersihan Tangan	Tiap bulan	Sosialisasi sudah dilaksanakan

		Pencampuran obat sebagian masih dilakukan perawat yang belum terlatih tentang pencampuran	25	5	Menurunkan angka infeksi di rumah sakit	Melakukan pendelegasian dan pelatihan pencampuran obat kepada perawat	Pelatihan Pencampuran obat oleh Perawat	Tiap 6 bulan	Belum dilakuakn sosialisasi pencampuran obat oleh farmasi, , Ruang NiCU pencampuran obat sudah dilakukan oleh farmasi
		Jenis IV dressing tidak transparan	20	6	Tidak ada kejadian HAIs	Tidak ada kejadian plebitis	Resosialisasi Bundle Plebitis., Resosialisasi SPO Pemasangan Infus, Reedukasi Kebersihan Tangan	Tiap 6 bulan	Sosialisasi sudah dilaksanakan
		Penggantian selang/peralatan IV lebih dari 72 jam	6	8	Tidak ada kejadian HAIs				
		Penggantian selang/peralatan IV setelah pemberian produk darah, dan infus lipid tidak melebihi 24 jam	4	9	Tidak ada kejadian HAIs			Tiap bulan	
3	Pelayanan Linen dan Laundry	Fasilitas Unit line tidak sesuai standar	30	1	Pelayanan Linen dan Laundry sesuai dengan peraturan yang berlaku	Tersedianya ruang linen	Pengajuan ruang penyimpanan linen sesuai dengan standar yang berlaku	Tiap Bulan	Hasil Monitoring bulanan

		Pencucian linen (perlak) masih ada yang dikerjakan di RS	30	2					
		Alur Linen yang tidak sesuai standar masih 1 pintu	20	3					
		Tidak tersedia sarana cuci tangan lengkap (tidak ada wastafel)	12	4					
		Ketidakpatuhan petugas dalam menggunakan APD	12	5					
		Belum ada tempat penyimpanan linen bersih tertata rapi di lemari	4	6					
4	Pelayanan Sterilisasi Alat	Tidak ada petugas CSSD yang terlatih	60	1	Menurunkan Angka Kejadian HAIs	Terciptanya sarana dan prasarana unit sterilisasi	Pengajuan/ rekrutment tenaga yang telatih unit sterilisasi	Tiap Bulan	Hasil monitoring bulanan

		Alat sterilisator yang tidak sesuai standar dan sudah sering rusak	30	2			Pengajuan ruangan unit Sterilisasi		
		Fasilitas ruang sterilisasi tidak sesuai standar	30	3					
		Tempat penyimpanan alat steril belum sesuai standar	20	4					
		Tidak ada unit CSSD	20	5					
		Belum adanya ruangan CSSD sesuai standar	20	6					
5	Sanitasi	Belum tersedia sputum Booth untuk pasien-pasien TB	30	1	Menurunkan Angka Kejadian HAIs	Terciptanya fasilitas sesuai standar	Pengadaan booth sputum	Tiap Bulan	Hasil Monitoring bulanan

		Masih kurangnya fasilitas cuci tangan	12	2			Pengadaan Fasilitas Kebersihan tangan		
		Permukaan ruangan masih banyak yang berdebu	12	3			Pembersihan cleaning service setiap hari		
		Masih sering ada vector lalat, tikus , kucing	12	4			pest control berkeliling stiap hari		
6	Pengelolaan Sampah	Kurangnya kepatuhan pengelolaan limbah cair	24	1	Terwujudnya pengelolaan limbah cair dengan baik dan benar	semua ruangan penghasil limbah cair harus mempunyai spoolhoek, limbah cair infeksius dibuang ke spoolhoek, IPAL berfungsi dengan baik	Usulan pembuatan spoolhoek untuk setiap ruangan yang menghasilkan limbah cair, optimalisasikan IPAL dan uji lab di IPAL setiap 6 bulan	Tiap Bulan	Hasil Monitoring bulanan
		Kurangnya kepatuhan petugas dalam penggunaan APD	24	2	Mencegah penyebaran infeksi	Mencegah kontaminasi silang	Monitoring dan evaluasi penggunaan APD pada pengelolaan sampah, Reeduksi penggunaan APD	Tiap Bulan	Hasil Monitoring bulanan
		Kurangnya kepatuhan pengelolaan limbah jarum dan benda tajam	18	3	Terwujudnya pengelolaan limbah benda tajam dan jarum dengan baik dan benar	semua ruangan yang menghasilkan limbah benda tajam memiliki safetybox, safety box terisi maksimal 3/4 penuh	Reedukasi Limbah tajam	Tiap Bulan	Hasil Monitoring Bulanan

		Pembuangan sampah tidak selalu menggunakan Sulo	18	4					
		Pembuangan limbah padat melebihi 3/4 penuh	16	5					
		Pembuangan limbah benda tajam dan jarum melebihi 3/4	16	5					
7	Penyediaan dan Pengelolaan Makanan	Trolley pengangkutan makanan pasien dengan alat kotor menjadi satu	40	1	Melaksanakan Pencegahan infeksi di rumah sakit	Menghindari kontaminasi silang	Penyediaan trolley sesuai standar	Tiap Bulan	Hasil Monitoring bulanan
		Ketidakpatuhan petugas dalam menggunakan APD	18	2			Edukasi Penggunaan Apd		
		Fasilitas dish water tidak sesuai standar	10	3			Penyediaan fasilitas sesuai standar		

		Lantai banyak yang pecah	6	4			Pengajuan icra renovasi		
		Suhu ruangan gudang tidak sesuai standar	6	5					
8	Pengelolaan Kamar Jenazah	Kurangnya petugas kamar jenazah	10	1	Melaksanakan Pencegahan infeksi di rumah sakit	Terciptanya kamar jenazah sesuai standar	Rekrutmen petugas kamar jenazah	Tiap bulan	Hasil Monitoring bulanan
		Petugas belum diberikan pelatihan tentang penanganan jenazah dengan	5	2			sosialisasi ppi dasar bagi karyawan baru		
		Ruangan kamar jenazah belum memenuhi standar	5	3			Terciptanya kamar jenazah sesuai standar		
		Pemilahan linen infeksius dan non infeksius	4	4			sosialisasi ppi dasar bagi karyawan baru		
		Ketidakpatuhan petugas dalam penggunaan APD	4	5					

		Belum ada wastafel cuci tangan	2	6		icra pengadaan fasilitas kebersihan tangan		
		Petugas belum mendapat pelatihan Spill Kit	2	7		pengadaan spillkit		