

**INFECTION CONTROL RISK ASSESMENT HAIS
(HEALTHCARE ASSOCIATED INFECTIONS)
KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI**



**Dharma
Nugraha
Hospital**
Est.1996

RS DHARMA NUGRAHA

TAHUN 2023

INFECTION CONTROL RISK ASSESMENT HAIS (HEALTHCARE ASSOCIATED INFECTIONS)
KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI
RS DHARMA NUGRAHA
TAHUN 2023

A. Tabel Assesment Risiko

Potensial/Risiko/Masalah	Frekuensi/Probilitas					Dampak/Konsekuensi					Regulasi					SKOR	Prioritas Resiko
	Tidak Pernah	Jarang (1 X/thn)	² Kadang Kadang (3 X/thn)	⁴ Agak Sering	Sering	Tidak ada cedera	Cedera ringan	Cedera sedang	Cedera berat	Kematian	Selalu dilaksanakan	Tidak selalu dilaksanakan	Tidak dilaksanakan	Fasilitas tidak ada, tidak dilaksanakan	Tidak ada peraturan		
Infeksi Daerah Operasi (IDO)	1					1					1					1	VII
Dekubitus	1						2				1					2	VI
Phlebitis	1						2				1					2	V
Infeksi Aliran Darah (IAD)	1					1								4		4	I
Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	1					1								4		4	II

Hospital Acquired Pneumonia (HAP)	1					1						2				2	III
Infeksi Saluran Kemih (ISK)	1					1						2				2	IV

B. Tabel Prioritas :

No	Jenis Kelompok Resiko	Skor	Prioritas	Tujuan Umum	Tujuan Khusus	Strategi	Evaluasi	Progress/ Analisis
----	--------------------------	------	-----------	-------------	------------------	----------	----------	--------------------


1	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	1	VII	Menurunkan angka kejadian infeksi rumah sakit	Menurunkan angka kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)	<p>Bundles IDO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan sosialisasi mengenai alur pelaporan jika ada kejadian infeksi daerah operasi 2. Melakukan koordinasi dengan bagian diklat mengenai pelaksanaan diklat PPI Hand Hygiene, APD dan Surveilans 3. Mengingatkan petugas tentang pentingnya mandi menggunakan cairan antiseptik sebelum tindakan operasi 4. Melakukan pemantauan mutu sterilisasi alat di ruang CSSU 5. Melakukan pemantauan pelaksanaan kewaspadaan standar di kamar operasi 6. Melaksanakan pembersihan ruangan secara rutin sesuai jadwal yang ada 7. Pemberian antibiotic Profilaksis antibiotika diberikan 1 jam sebelum insisi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Target pelaksanaan diklat PPI Hand Hygiene, APD dan surveilans mencapai 100 % 2. Target semua pasien yang akan dilakukan tindakan operasi elektif /cito satu jam sebelum operasi bisa mandi dengan menggunakan cairan antiseptic 3. Pemantauan mutu sterilisasi alat diruang CSSU adalah negative 4. Target pemantauan pelaksanaan kewaspadaan standar di kamar operasi bisa mencapai 100% 5. Target 	<p>✓ Melakukan Audit bundles IADP</p> <p>✓ Melakukan audit kegiatan kebersihan tangan kepada petugas/staf yang ada di unit tersebut</p>
---	------------------------------	---	-----	---	--	--	---	---

							<p>pemantauan pembersihan ruangan terutama di ruang operasi bisa terlaksana 100% sesuai dengan jadwal yang ada.</p> <p>6. Target pemberian antibiotik profilaksis diberikan 1 jam sebelum insisi terlaksana</p>	
2	Dekubitus	2	VI	Menurunkan angka kejadian infeksi rumah sakit	Menurunkan angka infeksi Dekubitus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD) 2. Monitoring kepatuhan cuci tangan 3. Monitoring pemantauan pasien yang tirah baring lama 4. Melakukan miring kananmiring kiri 5. Memfokuskan kegiatan surveilens PPI 	<p>Evaluasi setiap triwulan dalam laporan program PPI</p>	<p>✓ Melakukan pemantauan pasien yang tiras baring lama</p> <p>✓ Regulasi SPO sudah ada</p>
3	Phlebitis	2	V	Menurunkan angka kejadian infeksi rumah sakit	Menurunkan angka infeksi phlebitis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD) 2. Monitoring kepatuhan cuci tangan 3. Monitoring pemantauan 	<p>Evaluasi setiap triwulan dalam laporan PPI</p>	<p>✓ Melakukan pemantauan harian alat invasive</p> <p>✓ Regulasi SPO sudah ada</p>

						pemasangan infuse 4. Memfokuskan kegiatan surveilens PPI		
4	Infeksi Aliran Darah (IAD)	4	I	Menurunkan angka kejadian infeksi rumah sakit	Menurunkan angka infeksi Aliran Darah Primer (IADP)	1. Monitoring kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD) 2. Monitoring kepatuhan cuci tangan 3. Monitoring pemantauan bundles IADP 4. Memfokuskan kegiatan surveilens PPI	Evaluasi setiap triwulan dalam laporan program PPI	✓ Melakukan Audit bundles IADP ✓ Regulasi SPO sudah ada
5	Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	4	II	Menurunkan angka kejadian infeksi rumah sakit	Menurunkan angka infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	1. Monitoring kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD) 2. Monitoring kepatuhan cuci tangan 3. Monitoring bundles VAP 4. Memfokuskan kegiatan surveilens PPI	Evaluasi setiap triwulan dalam laporan program PPI	✓ Melakukan Audit bundles VAP ✓ Regulasi SPO sudah ada
6	Hospital Acquired Pneumonia (HAP)	2	III	Menurunkan angka kejadian infeksi rumah sakit	Menurunkan angka infeksi Hospital Acquired Pneumonia (HAP)	1. Monitoring kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD) 2. Monitoring kepatuhan cuci tangan 3. Monitoring pemantauan pasien yang tirah baring lama 4. Melakukan miring kananmiring kiri 5. Memfokuskan kegiatan surveilens PPI	Evaluasi setiap triwulan dalam laporan program PPI	✓ Melakukan pemantauan pasien yang tiras baring lama ✓ Regulasi SPO sudah ada


7	Infeksi Saluran Kemih (ISK)	2	IV	Menurunkan angka kejadian infeksi rumah sakit	Menurunkan angka infeksi Saluran Kemih (ISK)	1. Monitoring kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD) 2. Monitoring kepatuhan cuci tangan 3. Monitoring pemantauan bundles ISK 4. Memfokuskan kegiatan surveilans PPI	Evaluasi setiap triwulan dalam laporan program PPI	✓ Melakukan Audit Bundles ISK ✓ Regulasi SPO sudah ada
---	-----------------------------	---	----	---	--	---	--	---

Mengetahui,
Ketua TIM PPI



dr. Anugerah Ariestiany

Jakarta, 01 Agustus 2023
Membuat,
IPCN



Zr. Upita, Amd. Kep

Menyetujui
Direktur Rumah Sakit




dr. Purwanti Aminingsih, MARS, MPM, P.hD

