

# LAMPIRAN 1

## Infection Control Assessment Tool for Acute Care Hospitals

This tool is intended to assist in the assessment of infection control programs and practices in acute care hospitals. If feasible, direct observations of infection control practices are encouraged. To facilitate the assessment, health departments are encouraged to share this tool with hospitals in advance of their visit.

### Overview

#### Section 1: Facility Demographics

#### Section 2: Infection Control Program and Infrastructure Section

#### 3: Direct Observation of Facility Practices (optional) Section 4:

#### Infection Control Guidelines and Other Resources

### Infection Control Domains for Gap Assessment

- I. Infection Control Program and Infrastructure
- II. Infection Control Training, Competency, and Implementation of Policies and Practices
  - A. Hand Hygiene
  - B. Personal Protective Equipment (PPE)
  - C. Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infection (CAUTI)
  - D. Prevention of Central Line-associated Bloodstream Infection (CLABSI) E.
  - Prevention of Ventilator-associated Event (VAE)
  - F. Injection Safety
  - G. Prevention of Surgical Site Infection
  - H. Prevention of *Clostridium difficile* Infection (CDI) I.
  - Environmental Cleaning
  - J. Device Reprocessing
- III. Systems to Detect, Prevent, and Respond to Healthcare-Associated Infections and Multidrug-Resistant Organisms (MDROs)



<b>Section 1. Facility Demographics</b>	
Facility Name (for health department use only)	
NHSN Facility Organization ID (for health department use only)	
State-assigned Unique ID	
Date of Assessment	
Type of Assessment	<input type="checkbox"/> On-site <input type="checkbox"/> Other (specify):
Rationale for Assessment (Select all that apply)	<input type="checkbox"/> Outbreak <input type="checkbox"/> Input from accrediting organization or state survey agency <input type="checkbox"/> NHSN data If YES, specify: <input type="checkbox"/> CAUTI <input type="checkbox"/> CLABSI <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Other (specify: ) <input type="checkbox"/> Collaborative (specify partner[s]): ) <input type="checkbox"/> Other (specify):
Facility type	<input type="checkbox"/> Acute Care Hospital <input type="checkbox"/> Critical Access Hospital <input type="checkbox"/> Long-term Acute Care Hospital (LTACH) <input type="checkbox"/> Other (specify):
Number of Licensed Beds	
Number of Infection Preventionist Full-Time Equivalents	

## Section 2: Infection Control Program and Infrastructure

Infection Control Program and Infrastructure		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
1. Hospital provides fiscal and human resource support for maintaining the infection prevention and control program.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
2. The person(s) charged with directing the infection prevention and control program at the hospital is/are qualified and trained in infection control.  Verify qualifications, which should include: (Check all that apply) <input type="checkbox"/> Successful completion of initial and recertification exams developed by the Certification Board for Infection Control & Epidemiology (CIC)  AND/OR <input type="checkbox"/> Participation in infection control courses organized by recognized professional societies (e.g., APIC, SHEA)	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
3. Infection prevention and control program performs an annual facility infection risk assessment that evaluates and prioritizes potential risks for infections, contamination, and exposures and the program's preparedness to eliminate or mitigate such risks.  <i>Note: Example of Facility Infection Risk Assessment Report and Plan is available in Section 4.</i>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
4. Written infection control policies and procedures are available, current, and based on evidence-based guidelines (e.g., CDC/HICPAC), regulations, or standards.  Verify the following: a. Respondent can describe the process for reviewing and updating policies (e.g., policies are dated and reviewed annually and when new guidelines are issued)	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
5. Infection prevention and control program provides infection prevention education to patients, family members, and other caregivers.  Verify the following: a. Respondent can describe how this education is provided (e.g., information included in the admission or discharge packet, videos, signage, in-person training)	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

II. Infection Control Training, Competency, and Implementation of Policies and Procedures

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
<b>A. Hand Hygiene</b>		
<p>1. Hospital has a competency-based training program for hand hygiene.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Training is provided to all healthcare personnel, including all ancillary personnel not directly involved in patient care but potentially exposed to infectious agents (e.g., food tray handlers, housekeeping, volunteer personnel).</li> <li>b. Training is provided upon hire, prior to provision of care at this hospital.</li> <li>c. Training is provided at least annually.</li> <li>d. Personnel are required to demonstrate competency with hand hygiene following each training.</li> <li>e. Hospital maintains current documentation of hand hygiene competency for all personnel.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>e. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>2. Hospital regularly audits (monitors and documents) adherence to hand hygiene.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe process used for audits.</li> <li>b. Respondent can describe frequency of audits.</li> <li>c. Respondent can describe process for improvement when non-adherence is observed.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>3. Hospital provides feedback from audits to personnel regarding their hand hygiene performance.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe how feedback is provided.</li> <li>b. Respondent can describe frequency of feedback.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>4. Supplies necessary for adherence to hand hygiene (e.g., soap, water, paper towels, alcohol-based hand rub) are readily accessible in patient care areas.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>5. Hand hygiene policies promote preferential use of alcohol-based hand rub over soap and water except when hands are visibly soiled (e.g., blood, body fluids) or after caring for a patient with known or suspected <i>C. difficile</i> or norovirus.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	

## II. Infection Control Training, Competency, and Implementation of Policies and Procedures

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
<b>B. Personal Protective Equipment (PPE)</b>		
<p>1. Hospital has a competency-based training program for use of personal protective equipment (PPE). Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Training is provided to all personnel who use PPE.</li> <li>b. Training is provided upon hire, prior to provision of care at this hospital.</li> <li>c. Training is provided at least annually.</li> <li>d. Training is provided when new equipment or protocols are introduced.</li> <li>e. Training includes 1) appropriate indications for specific PPE components, 2) proper donning, doffing, adjustment, and wear of PPE, and 3) proper care, maintenance, useful life, and disposal of PPE.</li> <li>f. Personnel are required to demonstrate competency with selection and use of PPE (i.e., correct technique is observed by trainer) following each training.</li> <li>g. Hospital maintains current documentation of PPE competency for all personnel who use PPE.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>d. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>e. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>f. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>g. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> </ul>	
<p>2. Hospital regularly audits (monitors and documents) adherence to proper PPE selection and use, including donning and doffing. Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe process used for audits.</li> <li>b. Respondent can describe frequency of audits.</li> <li>c. Respondent can describe process for improvement when non-adherence is observed.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> </ul>	
<p>3. Hospital provides feedback to personnel regarding their performance with selection and use of PPE. Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe how feedback is provided.</li> <li>b. Respondent can describe frequency of feedback.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> </ul>	
<p>4. Supplies necessary for adherence to personal protective equipment recommendations specified under Standard and Transmission-based Precautions (e.g., gloves, gowns, mouth, eye, nose, and face protection) are available and located near point of use.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>5. The hospital's respiratory protection program provides annual respiratory fit testing for all personnel who are anticipated to require respiratory protection. Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hospital maintains supplies of respiratory protection devices (e.g., Powered air purifying respirator) to be used by personnel who cannot be fitted.</li> <li>b. Healthcare personnel are educated about factors that may compromise proper fit and function of respiratory protection devices (e.g., weight gain/loss, facial hair).</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> </ul>	

II. Infection Control Training, Competency, and Implementation of Policies and Procedures		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
C. Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infection (CAUTI)		
1. Hospital has physician and/or nurse champions for CAUTI prevention activities.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
2. Hospital has a competency-based training program for <b>insertion</b> of urinary catheters.  Verify the following: a. Training is provided to all personnel who are given responsibility for insertion of urinary catheters. <i>Personnel</i> may include, but are not limited to, nurses, nursing assistants, medical assistants, technicians, and physicians. b. Training is provided upon hire, prior to being allowed to perform urinary catheter insertion. c. Training is provided at least annually. d. Training is provided when new equipment or protocols are introduced. e. Personnel are required to demonstrate competency with insertion (i.e., correct technique is observed by trainer) following each training. f. Hospital maintains current documentation of competency with urinary catheter insertion for all personnel who insert urinary catheters.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  d. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  e. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  f. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
3. Hospital regularly audits (monitors and documents) adherence to recommended practices for <b>insertion</b> of urinary catheters.  Verify the following: a. Respondent can describe process used for audits. b. Respondent can describe frequency of audits. c. Respondent can describe process for improvement when non-adherence is observed.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
4. Hospital provides feedback from audits to personnel regarding their performance for <b>insertion</b> of urinary catheters.  Verify the following: a. Respondent can describe how feedback is provided. b. Respondent can describe frequency of feedback.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

II. Infection Control Training, Competency, and Implementation of Policies and Procedures

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
C. Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infection (CAUTI), continued		
<p>5. Hospital has a competency-based training program for <b><u>maintenance</u></b> of urinary catheters.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Training is provided to all personnel who are given responsibility for urinary catheter maintenance (e.g., perineal care, emptying the drainage bag aseptically, maintaining the closed drainage system, maintaining unobstructed urine flow). Personnel may include, but are not limited to, nurses, nursing assistants, medical assistants, technicians, and transport personnel.</li> <li>b. Training is provided upon hire, prior to being allowed to perform urinary catheter maintenance.</li> <li>c. Training is provided at least annually.</li> <li>d. Training is provided when new equipment or protocols are introduced.</li> <li>e. Personnel are required to demonstrate competency with catheter maintenance (i.e., correct technique is observed by trainer) following each training.</li> <li>f. Hospital maintains current documentation of competency with urinary catheter maintenance for all personnel who maintain urinary catheters.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>e. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>f. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>6. Hospital regularly audits (monitors and documents) adherence to recommended practices for <b><u>maintenance</u></b> of urinary catheters.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe process used for audits.</li> <li>b. Respondent can describe frequency of audits.</li> <li>c. Respondent can describe process for improvement when non-adherence is observed.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>7. Hospital provides feedback from audits to personnel regarding their performance for <b><u>maintenance</u></b> of urinary catheters.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe how feedback is provided.</li> <li>b. Respondent can describe frequency of feedback.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>8. Patients with urinary catheters are assessed, at least daily, for continued need for the catheter.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe methods used to trigger the daily assessments (e.g., patient safety checklist, daily rounds, nurse directed protocol, reminders or stop orders).</li> <li>b. Hospital routinely audits adherence to daily assessment of urinary catheter need.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	

**II. Infection Control Training, Competency, and Implementation of Policies and Procedures**

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
<b>C. Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infection (CAUTI), continued</b>		
<p>9. Hospital monitors CAUTI data and uses it to direct prevention activities.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent is familiar with National Healthcare Safety Network (NHSN) CAUTI data.</li> <li>b. Respondent can describe how CAUTI data are used to direct prevention activities.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>10. Hospital provides feedback of CAUTI data to frontline personnel.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe how feedback is provided.</li> <li>b. Respondent can describe frequency of feedback.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	



II. Infection Control Training, Competency, and Implementation of Policies and Procedures		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
D. Prevention of Central line-associated Bloodstream Infection (CLABSI)		
1. Hospital has physician and/or nurse champions for CLABSI prevention activities.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
2. Hospital has a competency-based training program for <b>insertion</b> of central venous catheters.  Verify the following: a. Training is provided to all personnel who are given responsibility for insertion of central venous catheters. Personnel may include, but are not limited to, physicians, physician assistants, and members of line insertion teams. b. Training is provided upon hire, prior to being allowed to perform central venous catheter insertion. c. Training is provided at least annually. d. Training is provided when new equipment or protocols are introduced. e. Personnel are required to demonstrate competency with insertion (i.e., correct technique is observed by trainer) following each training. f. Hospital maintains current documentation of competency with central venous catheter insertion for all personnel who insert central venous catheters.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No d. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No e. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No f. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
3. Hospital regularly audits (monitors and documents) adherence to recommended practices for <b>insertion</b> of central venous catheters.  Verify the following: a. Respondent can describe process used for audits. b. Respondent can describe frequency of audits. c. Respondent can describe process for improvement when non-adherence is observed.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
4. Hospital provides feedback from audits to personnel regarding their performance for <b>insertion</b> of central venous catheters.  Verify the following: a. Respondent can describe how feedback is provided. b. Respondent can describe frequency of feedback.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

II. Infection Control Training, Competency, and Implementation of Policies and Procedures

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
D. Prevention of Central line-associated Bloodstream Infection (CLABSI), continued		
<p>5. Hospital has a competency-based training program for <b><u>maintenance</u></b> of central venous catheters.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Training is provided to all personnel who maintain central venous catheters (e.g., scrub the hub, accessing the catheter, dressing changes). Personnel may include, but are not limited to, nurses, nursing assistants, physicians, and physician assistants.</li> <li>b. Training is provided upon hire, prior to being allowed to perform central venous catheter maintenance.</li> <li>c. Training is provided at least annually.</li> <li>d. Training is provided when new equipment or protocols are introduced.</li> <li>e. Personnel are required to demonstrate competency with maintenance (i.e., correct technique is observed by trainer) following each training.</li> <li>f. Hospital maintains current documentation of competency with central venous catheter maintenance for all personnel who maintain central venous catheters.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>d. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>e. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>f. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> </ul>	
<p>6. Hospital regularly audits (monitors and documents) adherence to recommended practices for <b><u>maintenance</u></b> of central venous catheters.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe process used for audits.</li> <li>b. Respondent can describe frequency of audits.</li> <li>c. Respondent can describe process for improvement when non-adherence is observed.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> </ul>	
<p>7. Hospital provides feedback from audits to personnel regarding their performance for <b><u>maintenance</u></b> of central venous catheters.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe how feedback is provided.</li> <li>b. Respondent can describe frequency of feedback.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> </ul>	
<p>8. Patients with central venous catheters are assessed, at least daily, for continued need for the catheter.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe methods used to trigger the daily assessments (e.g., patient safety checklist, daily rounds, reminders).</li> <li>b. Hospital routinely audits adherence to daily assessment of central venous catheter need.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> </ul>	

II. Infection Control Training, Competency, and Implementation of Policies and Procedures		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
D. Prevention of Central line-associated Bloodstream Infection (CLABSI), continued		
9. Hospital monitors CLABSI data and uses it to direct prevention activities.  Verify the following: a. Respondent is familiar with National Healthcare Safety network (NHSN) CLABSI data. b. Respondent can describe how CLABSI data are used to direct prevention activities.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
10. Hospital provides feedback of CLABSI data to frontline personnel.  Verify the following: a. Respondent can describe how feedback is provided. b. Respondent can describe frequency of feedback.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

II. Infection Control Training, Competency, and Implementation of Policies and Procedures		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
E. Prevention of Ventilator-associated Event (VAE)		
1. Hospital has physician and/or nurse champions for VAE prevention activities.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Check if facility does not provide care to ventilated patients and move to item F. Injection Safety.	
2. Hospital has a competency-based training program addressing prevention of VAEs. Verify the following: <ol style="list-style-type: none"> <li>Training is provided to all personnel who provide respiratory therapy for ventilated patients (e.g., suctioning, administration of aerosolized medications). Personnel may include, but are not limited to, respiratory therapists and nurses.</li> <li>Training is provided upon hire, prior to being allowed to provide respiratory therapy for ventilated patients.</li> <li>Training is provided at least annually.</li> <li>Training is provided when new equipment or protocols are introduced.</li> <li>Personnel are required to demonstrate competency with respiratory therapy practices (i.e., correct technique is observed by trainer) following each training.</li> <li>Hospital maintains current documentation of competency with respiratory practices for all personnel who provide respiratory therapy for ventilated patients.</li> </ol>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No d. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No e. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No f. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
3. Hospital regularly audits (monitors and documents) adherence to recommended practices for management of ventilated patients (e.g., suctioning, administration of aerosolized medications). Verify the following: <ol style="list-style-type: none"> <li>Respondent can describe process used for audits.</li> <li>Respondent can describe frequency of audits.</li> <li>Respondent can describe process for improvement when non-adherence is observed.</li> </ol>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
4. Hospital provides feedback from audits to personnel regarding their performance for management of ventilated patients. Verify the following: <ol style="list-style-type: none"> <li>Respondent can describe how feedback is provided.</li> <li>Respondent can describe frequency of feedback.</li> </ol>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

II. Infection Control Training, Competency, and Implementation of Policies and Procedures		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
E. Prevention of Ventilator-associated Event (VAE), continued		
<p>5. Patients requiring invasive ventilation are assessed, at least daily, for continued need for the ventilator.</p> <p>Verify the following:</p> <p>a. Respondent can describe methods used to trigger the daily assessments (e.g., patient safety checklist, daily rounds, reminders)</p> <p>b. Hospital routinely audits adherence to daily assessment of ventilator need.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
6. Hospital has a program that includes daily spontaneous breathing trials and lightening of sedation in eligible patient.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
7. Hospital has an oral-hygiene program.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p>8. Hospital monitors VAE data and uses it to direct prevention activities.</p> <p>Verify the following:</p> <p>a. Respondent can describe how VAE data are used to direct prevention activities.</p> <p>If the hospital reports VAE data to NHSN, verify the following:</p> <p>b. Respondent is familiar with NHSN VAE data.</p> <p>If the hospital does not report VAE data to NHSN, verify the following:</p> <p>c. Respondent can describe how VAE data are collected.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not Applicable <input type="radio"/></p> <p>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not Applicable <input type="radio"/></p>	
<p>9. Hospital provides feedback of VAE data to frontline personnel.</p> <p>Verify the following:</p> <p>a. Respondent can describe how feedback is provided.</p> <p>b. Respondent can describe frequency of feedback.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	

## II. Infection Control Training, Competency, and Implementation of Policies and Procedures

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
<b>F. Injection Safety (This element does not include assessment of pharmacy practices)</b>		
<p>1. Hospital has a competency-based training program for preparation and administration of parenteral medications (e.g., SQ, IM, IV) outside of the pharmacy.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Training is provided to all personnel who prepare and/or administer injections and parenteral infusions.</li> <li>b. Training is provided upon hire, prior to being allowed to prepare and/or administer injections and parenteral infusions.</li> <li>c. Training is provided at least annually.</li> <li>d. Training is provided when new equipment or protocols are introduced.</li> <li>e. Personnel are required to demonstrate competency with preparation and/or administration of injections and parenteral infusions following each training.</li> <li>f. Hospital maintains current documentation of competency with preparation and/or administration procedures for all personnel who prepare and/or administer injections and parenteral infusions.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>d. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>e. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>f. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> </ul>	
<p>2. Hospital regularly audits (monitors and documents) adherence to safe injection practices.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe process used for audits.</li> <li>b. Respondent can describe frequency of audits.</li> <li>c. Respondent can describe process for improvement when non-adherence is observed.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> </ul>	
<p>3. Hospital provides feedback from audits to personnel regarding their adherence to safe injection practices.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe how feedback is provided.</li> <li>b. Respondent can describe frequency of feedback.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> </ul>	
<p>4. Hospital has a drug diversion prevention program that includes consultation with the IP program when drug tampering (involving alteration or substitution) is suspected or identified to assess patient safety risks.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe how the hospital would assess risk to patients if tampering is suspected or identified.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> </ul>	

## II. Infection Control Training, Competency, and Implementation of Policies and Procedures

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
G. Prevention of Surgical Site Infection (SSI)		
<p>1. Hospital has a surgical care improvement program.</p> <p>Verify the following: The surgical care improvement program addresses appropriate prophylactic antibiotic use including:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Preoperative timing of prophylactic antibiotic administration (within 1 hour prior to incision or 2 hours for vancomycin or fluoroquinolones).</li> <li>b. Appropriate prophylactic antibiotic selection based on procedure type.</li> <li>c. Discontinuation of prophylactic antibiotics within 24 hours (48 hours for CABG or other cardiac surgery) after surgical end time.</li> <li>d. The surgical care improvement program addresses prompt removal of urinary catheter on post-op day 1 or 2, unless there is a documented appropriate reason for continued use.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Check if facility does not perform surgeries and move to item H. <i>Clostridium difficile</i> Infection.</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>2. Hospital regularly audits (monitors and documents) adherence to elements of surgical care improvement program.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe process used for audits.</li> <li>b. Respondent can describe frequency of audits.</li> <li>c. Respondent can describe process for improvement when non-adherence is observed.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>3. Hospital provides feedback from audits to personnel regarding their adherence to elements of the surgical care improvement program.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe how feedback is provided.</li> <li>b. Respondent can describe frequency of feedback.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	

II. Infection Control Training, Competency, and Implementation of Policies and Procedures		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
G. Prevention of Surgical Site Infection (SSI) , continued		
<p>4. Hospital regularly audits (monitors and documents) adherence to recommended infection control practices for SSI prevention.</p> <p>Verify the following:</p> <p>Auditing includes:</p> <p>a. Adherence to preoperative surgical scrub and hand hygiene</p> <p>b. Appropriate use of surgical attire and drapes</p> <p>c. Adherence to aseptic technique and sterile field</p> <p>d. Proper ventilation requirements in surgical suites</p> <p>e. Minimization of traffic in the operating room</p> <p>f. Adherence to cleaning and disinfection of environmental surfaces</p> <p>g. Respondent can describe process used for audits.</p> <p>h. Respondent can describe frequency of audits.</p> <p>i. Respondent can describe process for improvement when non-adherence is observed.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>e. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>f. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>g. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>h. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>i. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>5. Hospital provides feedback from audits to personnel regarding their adherence to surgical infection control practices.</p> <p>Verify the following:</p> <p>a. Respondent can describe how feedback is provided.</p> <p>b. Respondent can describe frequency of feedback.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>6. Hospital monitors SSI data and uses it to direct prevention activities.</p> <p>Verify the following:</p> <p>a. Respondent is familiar with NHSN SSI data.</p> <p>b. Respondent can describe how SSI data are used to direct prevention activities.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>7. Hospital provides feedback of SSI data to surgeons and other surgical personnel.</p> <p>Verify the following:</p> <p>a. Respondent can describe how feedback is provided.</p> <p>b. Respondent can describe frequency of feedback.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	



II. Infection Control Training, Competency, and Implementation of Policies and Procedures		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
H. Prevention of <i>Clostridium difficile</i> Infection (CDI)		
1. Hospital has physician and/or nurse champions for CDI prevention activities.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
2. Hospital regularly audits (monitors and documents) adherence to recommended infection control practices for CDI prevention. Verify the following: Auditing includes: a. Adherence to hand hygiene b. Appropriate use of PPE c. Compliance with Contact Precautions, including use of dedicated or disposable equipment d. Adherence to cleaning and disinfection procedures, including use of sporicidal disinfectants if part of hospital policy e. Respondent can describe process used for audits. f. Respondent can describe frequency of audits. g. Respondent can describe process for improvement when non-adherence is observed.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No d. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No e. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No f. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No g. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
3. Hospital provides feedback from audits to personnel regarding their adherence to recommended infection control practices for CDI prevention. Verify the following: a. Respondent can describe how feedback is provided. b. Respondent can describe frequency of feedback.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
4. Hospital has specific antibiotic stewardship strategies in place to reduce CDI. <i>Note: Please see section III.8 for full assessment of antibiotic stewardship program.</i> Verify the following: a. Hospital has strategies to reduce unnecessary use of antibiotics that are high-risk for CDI (e.g., fluoroquinolones, 3 <sup>rd</sup> /4 <sup>th</sup> generation cephalosporins). b. Hospital reviews appropriateness of antibiotics prescribed for treatment of other conditions (e.g., urinary tract infection) for patients with new or recent CDI diagnosis. c. Hospital educates providers about the risk of CDI with antibiotics. d. Hospital educates patients and family members about the risk of CDI with antibiotics.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No d. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
5. Hospital monitors CDI data and uses it to direct prevention activities. Verify the following: a. Respondent is familiar with NHSN CDI data. b. Respondent can describe how CDI data are used to direct prevention activities.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
6. Hospital provides feedback of CDI data to frontline personnel. Verify the following: a. Respondent can describe how feedback is provided. b. Respondent can describe frequency of feedback.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

II. Infection Control Training, Competency, and Implementation of Policies and Procedures		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
I. Environmental Cleaning		
<p>1. Hospital has a competency-based training program for environmental cleaning.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Training is provided to all personnel who clean and disinfect patient care areas. Personnel may include, but are not limited to, environmental services staff, nurses, nursing assistants, and technicians.</li> <li>b. Training is provided upon hire, prior to being allowed to perform environmental cleaning.</li> <li>c. Training is provided at least annually.</li> <li>d. Training is provided when new equipment or protocols are introduced.</li> <li>e. Personnel are required to demonstrate competency with environmental cleaning (i.e., correct technique is observed by trainer) following each training.</li> <li>f. Hospital maintains current documentation of competency with environmental cleaning procedures for all personnel who clean and disinfect patient care areas.</li> <li>g. If the hospital contracts environmental services, the contractor has a comparable training program.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>d. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>e. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>f. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>g. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not Applicable <input type="radio"/></li> </ul>	
<p>2. Hospital has policies that clearly define responsibilities for cleaning and disinfection of non-critical equipment, mobile devices, and other electronics (e.g., ICU monitors, ventilator surfaces, bar code scanners, point-of-care devices, mobile work stations, code carts, airway boxes).</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>3. Hospital has protocols to ensure that healthcare personnel can readily identify equipment that has been properly cleaned and disinfected and is ready for patient use (e.g., tagging system, placement in dedicated clean area).</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>4. Hospital regularly audits (monitors and documents) adherence to cleaning and disinfection procedures, including use of products in accordance with manufacturers' instructions (e.g., dilution, storage, shelf-life, contact time).</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe process used for audits (e.g., monitoring technology, direct observation).</li> <li>b. Respondent can describe frequency of audits.</li> <li>c. Respondent can describe process for improvement when non-adherence is observed.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> </ul>	
<p>5. Hospital provides feedback from audits to personnel regarding their adherence to cleaning and disinfection procedures.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe how feedback is provided.</li> <li>b. Respondent can describe frequency of feedback.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> <li>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</li> </ul>	

II. Infection Control Training, Competency, and Implementation of Policies and Procedures		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
<p>J. Device Reprocessing</p> <p>This section refers to all medical devices that may be reused in the hospital. Device categories include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Critical items (e.g., surgical instruments) are objects that enter sterile tissue or the vascular system and must be sterile prior to use.</li> <li>• Semi-critical items (e.g., endoscopes for upper endoscopy and colonoscopy, laryngoscope blades) are objects that contact mucous membranes or non-intact skin and require, at a minimum, high-level disinfection prior to reuse.</li> <li>• Non-critical items (e.g., blood pressure cuffs, point-of-care devices) are objects that may come in contact with intact skin but not mucous membranes and should undergo cleaning and low- or intermediate-level disinfection depending on the nature and degree of contamination (See Environmental Cleaning Section I. above).</li> </ul> <p>Single-use devices (SUDs) are labeled by the manufacturer for a single use and do not have reprocessing instructions. <u>They may not be reused unless they have been reprocessed for reuse by entities which have</u></p>		
<p>1. Hospital has a competency-based training program for reprocessing of <b>critical</b> devices.</p> <p>Verify the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Training is provided to all personnel who reprocess critical devices.</li> <li>Training is provided upon hire, prior to being allowed to reprocess critical devices.</li> <li>Training is provided at least annually.</li> <li>Training is provided when new devices or protocols are introduced.</li> <li>Personnel are required to demonstrate competency with device reprocessing (i.e., correct technique is observed by trainer) following each training.</li> <li>Hospital maintains current documentation of competency with reprocessing procedures for all personnel who reprocess critical devices.</li> <li>If the hospital contracts reprocessing of critical devices, the contractor has a comparable training program which includes the specific devices used by the hospital.</li> </ol>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>e. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>f. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>g. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not Applicable <input type="radio"/></p>	
<p>2. Hospital regularly audits (monitors and documents) adherence to reprocessing procedures for <b>critical</b> devices.</p> <p>Verify the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Respondent can describe process used for audits.</li> <li>Respondent can describe frequency of audits.</li> <li>Audits occur in all locations where critical devices are reprocessed (e.g., central sterile reprocessing, operating suites), including locations where initial cleaning steps are performed (e.g., point of use).</li> <li>Respondent can describe process for improvement when non-adherence is observed.</li> </ol>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	

## II. Infection Control Training, Competency, and Implementation of Policies and Procedures

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
J. Device Reprocessing, continued		
<p>3. Hospital provides feedback from audits to personnel regarding their adherence to reprocessing procedures for <b>critical</b> devices.</p> <p>Verify the following:</p> <p>a. Respondent can describe how feedback is provided.</p> <p>b. Respondent can describe frequency of feedback.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>4. Hospital has a competency-based training program for reprocessing of <b>semi-critical</b> devices.</p> <p>Verify the following:</p> <p>a. Training is provided to all personnel who reprocess semi-critical devices.</p> <p>b. Training is provided upon hire, prior to being allowed to reprocess semi-critical devices.</p> <p>c. Training is provided at least annually.</p> <p>d. Training is provided when new devices or protocols are introduced.</p> <p>e. Personnel are required to demonstrate competency with device reprocessing (i.e., correct technique is observed by trainer) following each training.</p> <p>f. Hospital maintains current documentation of competency with reprocessing procedures for all personnel who reprocess semi-critical devices.</p> <p>g. If the hospital contracts reprocessing of semi-critical devices, the contractor has a comparable training program which includes the specific devices used by the hospital.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>e. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>f. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>g. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not Applicable <input type="radio"/></p>	
<p>5. Hospital regularly audits (monitors and documents) adherence to reprocessing procedures for <b>semi-critical</b> devices.</p> <p>Verify the following:</p> <p>a. Respondent can describe process used for audits.</p> <p>b. Respondent can describe frequency of audits.</p> <p>c. Audits occur in all locations where semi-critical devices are reprocessed (e.g., central sterile reprocessing, endoscopy suites), including locations where initial cleaning steps are performed (e.g., point of use).</p> <p>d. Respondent can describe process for improvement when non-adherence is observed.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>6. Hospital provides feedback from audits to personnel regarding their adherence to reprocessing procedures for <b>semi-critical</b> devices.</p> <p>Verify the following:</p> <p>a. Respondent can describe how feedback is provided.</p> <p>b. Respondent can describe frequency of feedback.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	

## II. Infection Control Training, Competency, and Implementation of Policies and Procedures

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
J. Device Reprocessing, continued		
7. If hospital reuses <b>single-use devices</b> , the devices are reprocessed by an FDA-approved entity.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  Not Applicable <input type="radio"/> (hospital does not reuse single-use devices)	
8. Hospital maintains documentation of reprocessing activities.  Verify the following: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hospital maintains logs for each sterilizer cycle that include the results from each load.</li> <li>b. Hospital has documentation that the chemicals used for high-level disinfection are routinely tested for appropriate concentration and replaced appropriately.</li> <li>c. Hospital maintains documentation of reprocessing activities.</li> </ul>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
9. Hospital allows adequate time for reprocessing to ensure adherence to all steps recommended by the device manufacturer, including drying and proper storage.  Verify the following: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hospital has an adequate supply of instruments for the volume of procedures performed to allow sufficient time for all reprocessing steps.</li> <li>b. Scheduling of procedures allows sufficient time for all reprocessing steps.</li> <li>c. Hospital does not routinely use immediate-use steam sterilization (IUSS).</li> </ul>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
10. IP program is consulted whenever new devices or products will be purchased or introduced to ensure implementation of appropriate reprocessing policies and procedures.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
11. Hospital has policies and procedures outlining hospital response (i.e., risk assessment and recall of device) in the event of a reprocessing error or failure.  Verify the following: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. The IP can describe how the risk assessment would be performed including how the hospital would identify which patients may have been exposed to an improperly reprocessed device.</li> </ul>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

III. Systems to Detect, Prevent, and Respond to Healthcare-Associated Infections and Multidrug-Resistant Organisms		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
<p>1. Hospital has system in place for early detection and management of potentially infectious persons <b>at initial points of entry to the hospital</b>, including rapid isolation as appropriate.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Travel and occupational history is included as part of admission and triage protocols.</li> <li>b. Hospital has system to identify (flag) patients with targeted MDROs upon readmission so appropriate precautions can be applied.</li> </ul> <p>The hospital has a respiratory/hygiene cough etiquette program that includes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>c. Posting signs at entrances</li> <li>d. Providing tissues and no-touch receptacles for disposal of tissues</li> <li>e. Providing hand hygiene supplies in or near waiting areas</li> <li>f. Offering facemasks to coughing patients and other symptomatic individuals upon entry to the facility</li> <li>g. Providing space in patient waiting areas (e.g., ED waiting room) and encouraging individuals with symptoms of respiratory infections to sit as far away from others as possible</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>e. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>f. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>g. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>2. Hospital has systems in place for early detection and isolation of infectious patients identified <b>during the hospital stay</b>, including rapid isolation of patients as appropriate.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. There is a mechanism for prompt notification of the IP by the clinical microbiology laboratory when novel resistance patterns and/or targeted antimicrobial-resistant pathogens are detected.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>3. Hospital has system in place for <b>INTER-facility</b> communication of infectious status and isolation needs of patients <b>prior to transfer to</b> other facilities.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe methods employed to ensure infectious status and isolation needs are communicated with receiving facilities.</li> <li>b. The hospital has system to notify receiving facilities of microbiological tests (e.g., cultures) that are pending at the time of transfer.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	

III. Systems to Detect, Prevent, and Respond to Healthcare-Associated Infections and Multidrug-Resistant Organisms		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
<p>4. Hospital has system in place for <b>INTER-facility</b> communication to identify infectious status and isolation needs of patients <b>prior to accepting patients from</b> other facilities.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe methods employed to ensure infectious status and isolation needs are obtained from transferring facilities.</li> <li>b. The hospital has system to follow-up on microbiological results (e.g., cultures) that are pending at the time of transfer.</li> <li>c. If the hospital identifies an infection that may be related to care provided at another facility (e.g., hospital, nursing home, clinic), the facility is notified.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>5. Hospital has system in place for <b>INTRA-facility</b> communication to identify infectious status and isolation needs of patients prior to transfer to other units or shared spaces (e.g., radiology, physical therapy, emergency department) within the hospital.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe methods employed to ensure infectious status and isolation needs are communicated with receiving units.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>6. Hospital has a surveillance program to monitor incidence of epidemiologically-important organisms (e.g., CRE) and targeted healthcare-associated infections.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Respondent can describe how the hospital determines which organisms and HAIs to track.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>7. Hospital uses surveillance data to implement corrective actions rapidly when transmission of epidemiologically-important organisms (e.g., CRE) or increased rates or persistently elevated rates of healthcare-associated infections are detected.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Data collection method allows for timely response to identified problems.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	

III. Systems to Detect, Prevent, and Respond to Healthcare-Associated Infections and Multidrug-Resistant Organisms

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
<p>8. Hospital has an antibiotic stewardship program that meets the 7 CDC core elements listed below (a – g).</p> <p><i>Note: The antibiotic stewardship program should be assessed in consultation with personnel knowledgeable about antibiotic stewardship activities (e.g., physician or pharmacist stewardship lead). Responses can be obtained from or cross-checked with the NHSN Annual Hospital Survey Antibiotic Stewardship Practice questions (Q 23 – 34) if available.</i></p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hospital leadership commitment <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hospital has a written statement of support from leadership that supports efforts to improve antibiotic use (antibiotic stewardship) <u>AND/OR</u></li> <li>○ Hospital provides salary support for dedicated time for antibiotic stewardship activities.</li> </ul> </li> <li>b. Program leadership (accountability) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ There is a leader responsible for outcomes of stewardship activities at the hospital.</li> </ul> </li> <li>c. Drug expertise <ul style="list-style-type: none"> <li>○ There is at least one pharmacist responsible for improving antibiotic use at the hospital.</li> </ul> </li> <li>d. Act (at least one prescribing improvement action below) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hospital has a policy that requires prescribers to document an indication for all antibiotics in the medical record or during order entry.</li> <li>○ Hospital has hospital-specific treatment recommendations, based on national guidelines and local susceptibility, to assist with antibiotic selection for common clinical conditions.</li> <li>○ There is a formal procedure for all clinicians to review the appropriateness of all antibiotics at or after 48 hours from the initial orders (e.g., antibiotic time out).</li> <li>○ Hospital has specified antibiotic agents that need to be approved by a physician or pharmacist prior to dispensing at the hospital.</li> <li>○ Physician or pharmacist reviews courses of therapy for specified antibiotic agents and communicates results with prescribers.</li> </ul> </li> <li>e. Track <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hospital monitors antibiotic use (consumption).</li> </ul> </li> <li>f. Report <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prescribers receive feedback by the stewardship program about how they can improve their antibiotic prescribing.</li> </ul> </li> <li>g. Educate <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stewardship program provides education to clinicians and other relevant staff on improving antibiotic use.</li> </ul> </li> </ul>	<p>○ Yes ○ No</p> <p>a. ○ Yes ○ No</p> <p>b. ○ Yes ○ No</p> <p>c. ○ Yes ○ No</p> <p>d. ○ Yes ○ No</p> <p>e. ○ Yes ○ No</p> <p>f. ○ Yes ○ No</p> <p>g. ○ Yes ○ No</p>	



III. Systems to Detect, Prevent, and Respond to Healthcare-Associated Infections and Multidrug-Resistant Organisms		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas
<p>9. Hospital has occupational health program that, in addition to complying with state and federal requirements (e.g., OSHA), has policies regarding contact of personnel with patients when personnel have potentially transmissible conditions.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. The program has work-exclusion policies that encourage reporting of illnesses and do not penalize with loss of wages, benefits or job status.</li> <li>b. Personnel are educated regarding prompt reporting of illness to their supervisor and the occupational health programs.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>10. Hospital follows recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) for immunization of healthcare personnel, including offering Hepatitis B and influenza vaccination.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>11. Hospital is compliant with mandatory reporting requirements for notifiable diseases, healthcare-associated infections (as appropriate), and potential outbreaks.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hospital can identify point(s) of contact at the local or state health department for HAI concerns.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>12. Hospital implements infection control measures relevant to construction, renovation, demolition, and repairs including performance of an infection control risk assessment (ICRA) before a project gets underway.</p> <p>Verify the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. IP program is consulted anytime construction, renovation, demolition, or repairs will be performed.</li> <li>b. ICRA elements are included in all contracts related to construction, renovation, demolition, and repairs.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	

### Section 3: Direct Observation of Facility Practices (optional)

Certain infection control lapses (e.g., reuse of syringes on more than one patient or to access a medication container that is used for subsequent patients; reuse of lancets) can result in bloodborne pathogen transmission and should be halted immediately. Identification of such lapses warrants appropriate notification and testing of potentially affected patients.

Examples of Auditing Tools for Direct Observations:

- **General Infection Control**

Centers for Medicare & Medicaid Services Hospital Infection Control

Worksheet: <http://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/SurveyCertificationGenInfo/Downloads/Survey-and-Cert-Letter-15-12-Attachment-1.pdf>

Auditing checklists available for observations of:

- Hand hygiene
- Personal protective equipment use
- Indwelling urinary catheter insertion and maintenance
- Central venous catheter insertion and maintenance
- Injection safety
- Environmental services
- Equipment reprocessing (non-critical, semi-critical, critical reusable and single-use devices)
- Ventilator/respiratory therapy
- Spinal injection procedures
- Point of care devices
- Transmission-based precautions (Contact, Droplet, Airborne)
- Surgical procedures

- **Hand Hygiene Auditing Tools**

- Measuring Hand Hygiene Adherence: Overcoming the Challenges: [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh\\_monograph.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh_monograph.pdf)
- iScrub: <http://compepi.cs.uiowa.edu/index.php/Research/IScrub>

- **Personal Protective Equipment (PPE) Donning and Doffing**

- CDC Sequence for Donning and Removing Personal Protective Equipment <http://www.cdc.gov/hai/pdfs/ppe/PPE-Sequence.pdf>

- **Urinary Catheter Appropriate Use, Insertion, and Maintenance**

- American Nurses Association CAUTI Prevention Tool: <http://nursingworld.org/CAUTI-Tool>
- CDC TAP CAUTI Toolkit Implementation Guide: <http://www.cdc.gov/hai/prevent/tap/resources.html>
- **Central Venous Catheter Appropriate Use, Insertion, and Maintenance**
  - CDC Checklist for Prevention of Central Line-Associated Blood Stream Infections: <http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/bsi/checklist-for-CLABSI.pdf>
  - AHRQ Tools for Reducing CLABSI: <http://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/clabsitools/index.html>
- **Safe Injection Practices**
  - Injection Safety  
Checklist: <http://www.oneandonlycampaign.org/sites/default/files/upload/pdf/Injection%20Safety%20Checklist-508.pdf>
- **Environmental Infection Control**
  - CDC Environmental Checklist for Monitoring Terminal Cleaning: <http://www.cdc.gov/HAI/toolkits/Environmental-Cleaning-Checklist-10-6-2010.pdf>
  - CDC Environmental Cleaning Evaluation Worksheet: <http://www.cdc.gov/HAI/toolkits/Evaluating-Environmental-Cleaning.html>
  - Infection Control Risk Assessment (ICRA) Matrix of Precautions for Construction & Renovation: [http://www.ashe.org/advocacy/organizations/CDC/pdfs/assessment\\_icra.pdf](http://www.ashe.org/advocacy/organizations/CDC/pdfs/assessment_icra.pdf)

## Section 4: Infection Control Guidelines and Other Resources

- **General Infection Prevention**

- CDC/HICPAC Guidelines and recommendations: [http://www.cdc.gov/HAI/prevent/prevent\\_pubs.html](http://www.cdc.gov/HAI/prevent/prevent_pubs.html)

- **Facility Infection Risk Assessment**

- Infection Prevention Annual Report and Plan: <http://apicchapter26.org/Data%20files/Minutes%202011/IC%20Risk%20Assessment%20guide.pdf>

- **Hand Hygiene**

- Guideline for Hand Hygiene in Healthcare Settings: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>
- Hand Hygiene in Healthcare Settings: <http://www.cdc.gov/handhygiene>

- **Personal Protective Equipment**

- 2007 Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation2007.pdf>
- Guidance for the Selection and Use of Personal Protective Equipment in Healthcare Settings: <http://www.cdc.gov/HAI/prevent/ppe.html>

- **Catheter-associated Urinary Tract Infection (CAUTI)**

- Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections, 2009: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIGuideline2009final.pdf>

- **Central line-associated Bloodstream Infection (CLABSI)**

- Guideline for Prevention of Intravascular Catheter-related Infections, 2011: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>

- **Ventilator-associated Event (VAE)**

- Guidelines for Preventing Healthcare-associated Pneumonia, 2003: [http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/CDCpneumo\\_guidelines.pdf](http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/CDCpneumo_guidelines.pdf)

- **Surgical Site Infection (SSI)**

- Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection, 1999: [http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/SSI\\_1999.pdf](http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/SSI_1999.pdf)

- **Safe Injection Practices**
  - 2007 Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>
  - CDC Injection Safety Web Materials: <http://www.cdc.gov/injectionsafety>
  - CDC training video and related Safe Injection Practices Campaign materials: <http://oneandonlycampaign.org>
  
- ***Clostridium difficile* Infection (CDI) and Multidrug-Resistant Organisms (MDRO), including antimicrobial stewardship**
  - 2007 Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>
  - Management of Multi-Drug Resistant Organisms in Healthcare Settings, 2006: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/MDROGuideline2006.pdf>
  - SHEA-IDSAs Strategies to Prevention *Clostridium difficile* Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update: <http://www.jstor.org/stable/10.1086/676023>
  - SHEA-IDSAs Guideline: <http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/cdiff/Cohen-IDSAs-SHEA-CDI-guidelines-2010.pdf>
  - CDC's Core Elements of Hospital Antibiotic Stewardship Program: <http://www.cdc.gov/getsmart/healthcare/implementation/core-elements.html>
  - CDC Implementation Resources for Antibiotic Stewardship: <http://www.cdc.gov/getsmart/healthcare/implementation.html>
  - EPA Listing of disinfectant products with sporicidal activity against *C. difficile*: [http://www.epa.gov/oppad001/list\\_k\\_clostridium.pdf](http://www.epa.gov/oppad001/list_k_clostridium.pdf)
  
- **Environmental Infection Control, including Infection Control Risk Assessment (ICRA)**
  - Guidelines for Environmental Infection Control in Healthcare Facilities: [http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/eic\\_in\\_HCF\\_03.pdf](http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/eic_in_HCF_03.pdf)
  - 2014 Facility Guidelines Institute (FGI) Guidelines for Hospitals and Outpatient Facilities: [http://www.fgiguideines.org/guidelines2014\\_HOP.php](http://www.fgiguideines.org/guidelines2014_HOP.php)
  
- **Equipment Reprocessing**
  - Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities: [http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/Disinfection\\_Nov\\_2008.pdf](http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/Disinfection_Nov_2008.pdf)
  - FDA regulations on reprocessing of single-use devices: <http://www.fda.gov/MedicalDevices/DeviceRegulationandGuidance/GuidanceDocuments/ucm071434>

- **Point-of-Care Testing**
  - Infection Prevention during Blood Glucose Monitoring and Insulin Administration: <http://www.cdc.gov/injectionsafety/blood-glucose-monitoring.html>
  - Frequently Asked Questions (FAQs) regarding Assisted Blood Glucose Monitoring and Insulin  
Administration: [http://www.cdc.gov/injectionsafety/providers/blood-glucose-monitoring\\_faqs.html](http://www.cdc.gov/injectionsafety/providers/blood-glucose-monitoring_faqs.html)
- **Respiratory Hygiene/Cough Etiquette**
  - 2007 Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare  
Settings: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>
  - Recommendations for Preventing the Spread of Influenza: <http://www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/>
- **Healthcare Personnel Safety**
  - Guideline for Infection Control in Healthcare  
Personnel: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/InfectControl98.pdf>
  - Immunization of Healthcare Personnel: <http://www.cdc.gov/vaccines/adults/rec-vac/hcw.html>
  - Occupational Safety & Health Administration (OSHA) Bloodborne Pathogen and Needlestick Prevention  
Standard: <https://www.osha.gov/SLTC/bloodbornepathogens/index.html>
  - Hospital Respiratory Protection Program Toolkit:  
<http://www.cdc.gov/niosh/docs/2015-117/pdfs/2015-117.pdf>
- **Resources to assist with evaluation and response to breaches in infection control**
  - Patel PR, Srinivasan A, Perz JF. Developing a broader approach to management of infection control breaches in health care settings. Am J Infect Control 2008; 36(10):685-90. [http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(08\)00683-4/abstract](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(08)00683-4/abstract)
  - Steps for Evaluating an Infection Control Breach: [http://www.cdc.gov/hai/outbreaks/steps\\_for\\_eval\\_IC\\_breach.html](http://www.cdc.gov/hai/outbreaks/steps_for_eval_IC_breach.html)
  - Patient Notification Toolkit:  
<http://www.cdc.gov/injectionsafety/pntoolkit/index.html>

## LAMPIRAN 2

### *Infection Control Risk Assessment Tool for Acute Care Hospitals*

Alat ini dimaksudkan untuk membantu dalam menilai program pengendalian infeksi dan praktek perawatan akut di rumah sakit. Jika memungkinkan, dianjurkan untuk melakukan pengamatan langsung pada pelaksanaan pengendalian infeksi. Untuk memudahkan penilaian, Departemen Kesehatan dianjurkan untuk berbagi alat ini dengan rumah sakit di awal kunjungan.

Gambaran

- Bagian 1 Demografis Fasilitas
- Bagian 2 Program dan Infrastruktur Pengendalian Infeksi
- Bagian 3 Pengamatan Langsung Praktek Fasilitas (pilihan)
- Bagian 4 Panduan Pengendalian Infeksi dan Sumber Lain

Domain Pengendalian Infeksi Terhadap Kesenjangan Penilaian

#### **I. Infrastruktur dan Program Pengendalian Infeksi**

#### **II. Pelatihan, Kompetensi, dan Implementasi Kebijakan dan Praktek Pengendalian Infeksi**

- A. Kebersihan Tangan
- B. Alat Pelindung Diri (APD)
- C. Pencegahan *Catheter-associated Urinary Tract Infection* (CAUTI)
- D. Pencegahan *Central Line-associated Bloodstream Infection* (CLABSI)
- E. Pencegahan *Ventilator-associated Event* (VAE)
- F. Keamanan Suntikan
- G. Pencegahan Infeksi pada Lokasi Bedah
- H. Pencegahan *Clostridium difficile Infection* (CDI)
- I. Kebersihan Lingkungan
- J. Perangkat Pemrosesan Ulang

**III. Sistem untuk Mendeteksi, Mencegah, dan Merespon Pelayanan Kesehatan yang Berhubungan dengan Infeksi dan *Multidrug-Resistant Organisms* (MDROs)**

<b>Bagian 1 Demografi Fasilitas</b>	
ICU RS PKU Muhammadiyah Gamping	
ID Organisasi Fasilitas NHSN (Hanya untuk Unit Kesehatan)	
ID Khusus yang diberikan	
Tanggal Penilaian	
Jenis Penilaian	<input type="checkbox"/> On-site <input type="checkbox"/> lainnya (jelaskan):
Alasan Penilaian	<input type="checkbox"/> Outbreak <input type="checkbox"/> Masukan dari lembaga akreditasi atau lembaga survei <input type="checkbox"/> NHSN data Jika Ya, Jelaskan : <input type="checkbox"/> CAUTI <input type="checkbox"/> CLABSI <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Lainnya(jelaskan: ) <input type="checkbox"/> Kolaborasi (perjelas : ) <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya (jelaskan): Penilaian kelayakan penerapan ICRA <i>tools</i>
Jenis Fasilitas	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Acute Care Hospital</b> <input type="checkbox"/> Critical Access Hospital <input type="checkbox"/> Long-term Acute Care Hospital (LTACH) <input type="checkbox"/> Lainnya (jelaskan):
Jumlah Tempat Tidur (Bed)	4 unit tempat tidur
Jumlah Perawat Pengendali Infeksi Penuh Waktu (IPCN)	1 Orang

**Bagian II Program dan Infrastruktur Pengendalian Infeksi**

<b>I Infrastruktur dan Program Pengendalian Infeksi</b>	
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>
1. Rumah Sakit menyediakan keuangan dan SDM yang mendukung pemeliharaan pencegahan dan pengendalian infeksi	O Ya    O Tidak
2. Staf yang bertanggung jawab untuk mengatur program pengendalian dan pencegahan infeksi di rumah sakit mampu dan berkualitas dalam pengendalian infeksi Kualifikasi tersebut diantaranya adalah : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Berhasil menyelesaikan ujian dasar dan sertifikasi ulang yang diadakan oleh Badan Sertifikasi untuk Pengendalian Infeksi &amp; Epidemiologi (CIC)</li> </ul> Dan/atau <ul style="list-style-type: none"> <li>o Berpartisipasi dalam kursus pengendalian infeksi oleh kelompok profesional yang diakui (contoh</li> </ul>	O Ya    O Tidak



APIC, SHEA)	
3. Program pengendalian dan pencegahan infeksi menunjukkan penilaian risiko infeksi fasilitas secara berkala yang mengevaluasi dan memprioritaskan risiko potensial infeksi, kontaminasi, dan paparan serta persiapan program untuk mengeliminasi dan mengurangi risiko tersebut.  <i>Catatan : contoh rencana dan laporan penilaian risiko infeksi fasilitas tersedia di bagian 4</i>	O Ya    O Tidak
4. Tersedianya kebijakan dan prosedur tertulis tentang pengendalian infeksi, terbaru dan berdasar pada panduan berbasis bukti (contoh CDC/HICPAC), regulasi atau standar Jelaskan : Responden dapat menjelaskan proses pemantauan dan pembaharuan kebijakan (contoh : tanggal pembuatan kebijakan, pemantauan berkala dan kapan panduan baru dikeluarkan)	O Ya    O Tidak  O Ya    O Tidak
5. Program pengendalian dan pencegahan infeksi menyediakan edukasi pencegahan infeksi pada pasien, keluarga, dan pengasuh Jelaskan : Responden dapat menggambarkan bagaimana edukasi diberikan (Misalnya, informasi termasuk penerimaan atau keluaran, video, tanda-tanda, orang dalam pelatihan)	O Ya    O Tidak  O Ya    O Tidak

## II Pelatihan, Kompetensi dan Implementasi Kebijakan dan Prosedur Pengendalian Infeksi

Unsur yang Dinilai	Penilaian	
<b>A. Kebersihan Tangan</b>		
1. Rumah Sakit memiliki pelatihan berbasis kompetensi untuk kebersihan tangan Jelaskan : a. Pelatihan disediakan untuk semua tenaga kesehatan termasuk petugas tambahan yang tidak terlibat langsung dalam perawatan pasien tetapi berpotensi terkena infeksi (misalnya, pramu saji, petugas kebersihan, tenaga relawan). a. Pelatihan diberikan setelah penerimaan karyawan baru b. Pelatihan dilakukan setidaknya setahun sekali c. Petugas diminta untuk mendemonstrasikan kemampuan untuk kebersihan tangan setiap mengikuti pelatihan d. Rumah sakit memberikan dukungan terhadap dokumentasi terkini tentang kompetensi kebersihan tangan setiap petugas	O Ya    O Tidak  a    O Ya    O Tidak  b    O Ya    O Tidak c    O Ya    O Tidak d    O Ya    O Tidak  e    O Ya    O Tidak	
2. Rumah sakit secara reguler melakukan audit (memonitor dan mendokumentasi) terkait kepatuhan kebersihan tangan Jelaskan : a. Responden dapat menjelaskan proses audit b. Responden dapat menjelaskan frekuensi audit	O Ya    O Tidak  a.    O Ya    O Tidak b.    O Ya    O Tidak	

c. Responden dapat menjelaskan proses untuk peningkatan ketika ketidakpatuhan diobservasi	c. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
3. Rumah sakit menyediakan umpan balik dari audit kepada staf terkait kebersihan tangan Jelaskan :	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
a. Responden dapat menjelaskan bagaimana umpan balik disediakan	a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
b. Responden dapat menjelaskan frekuensi umpan balik	b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
4. Pemenuhan kebutuhan untuk kepatuhan terhadap kebersihan tangan (contoh sabun, air, handuk, antiseptik alkohol) tersedia dan dapat diakses pasien	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
5. Kebijakan kebersihan tangan dengan mempromosikan pemilihan antiseptik alkohol dibandingkan air dan sabun kecuali ketika tangan terlihat kotor (darah, cairan tubuh) atau setelah perawatan pasien diketahui atau suspek <i>C. difficile</i> atau <i>norovirus</i> .	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak

<b>II Pelatihan Pengendalian Infeksi, Kompetensi dan Implementasi Kebijakan dan Prosedur</b>	
<b>Unsur yang dinilai</b>	<b>Penilaian</b>
<b>B. Alat Pelindung Diri (APD)</b>	
1. Rumah Sakit memiliki program pelatihan berbasis kompetensi untuk penggunaan APD Jelaskan :	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
b. Pelatihan tersedia untuk semua orang yg menggunakan APD	a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
c. Pelatihan diberikan setelah penerimaan karyawan baru	b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
d. Pelatihan berkala	c. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
e. Pelatihan dilakukan pada saat ada alat atau kebijakan yang baru ditetapkan	d. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
f. Pelatihan terdiri dari 1) Indikasi yang sesuai dengan penggunaan APD, 2) cara memakai dan melepas APD, 3) perawatan, pemeliharaan, manfaat, dan pembuangan APD	e. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
g. Petugas diminta untuk menunjukkan kompetensi dengan memilih dan menggunakan APD (contoh teknik yang benar dilihat oleh pelatih)	f. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
h. Rumah sakit memberikan dukungan terhadap dokumentasi terkini tentang kompetensi penggunaan APD setiap petugas	g. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
2. Rumah sakit melakukan audit secara berkala (memonitor dan mendokumentasikan) tentang kepatuhan penggunaan APD termasuk pemakaian dan pelepasannya. Jelaskan :	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
a. Responden dapat menjelaskan proses yang digunakan untuk audit.	a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak

<p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi audit</p> <p>c. Responden dapat menjelaskan proses untuk peningkatan ketika ketidakpatuhan ditemukan</p>	<p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>c. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>3. Rumah sakit menyediakan umpan balik terkait dengan memilih dan memakai APD</p> <p>Jelaskan :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan bagaimana umpan balik tersedia</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi umpan balik</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>4. Pemenuhan kebutuhan kepatuhan pemakaian APD sesuai dengan rekomendasi standar dan penularan berbasis transmisi (contoh : sarung tangan, baju kerja, proteksi mulut, mata, hidung dan wajah) tersedia dan dapat dijangkau</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>5. Rumah sakit memiliki program pencegahan infeksi sistem pernapasan, yang menyediakan tes secara berkala untuk setiap petugas yang diantisipasi mendapatkan perlindungan pernapasan</p> <p>Jelaskan :</p> <p>a. Rumah sakit memelihara ketersediaan alat proteksi pernapasan (contoh <i>Powered air purifying respirator</i>) yang dapat digunakan oleh setiap staf yang tidak sehat</p> <p>b. Tenaga kesehatan diedukasi tentang faktor yang mengganggu kesehatan dan fungsi alat proteksi pernapasan (contoh penurunan BB/peningkatan BB, pencucian rambut).</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>

<b>II Pelatihan Pengendalian Infeksi, Kompetensi dan Implementasi Kebijakan dan Prosedur</b>	
<b>Unsur yang dinilai</b>	<b>Penilaian</b>
<b>C. Pencegahan CAUTI</b>	
<p>1. Rumah sakit memiliki dokter dan/atau perawat untuk kegiatan pencegahan CAUTI</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>2. Rumah sakit memiliki program pelatihan berbasis kompetensi tentang pemasangan kateter</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Pelatihan disediakan untuk semua petugas yang diberi tanggungjawab untuk pemasangan kateter urin. Petugas yang termasuk tidak terbatas pada, perawat, asisten perawat, asisten dokter, teknisi, dan dokter.</p> <p>b. Pelatihan diberikan setelah penerimaan karyawan baru</p> <p>c. Pelatihan disediakan berkala setahun sekali</p> <p>d. Pelatihan disediakan ketika alat atau kebijakan baru diperkenalkan</p> <p>e. Petugas diminta menunjukkan kompetensi</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>c. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>d. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>e. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>

<p>pemasangan (yaitu teknik yang benar dilihat oleh pelatih) setiap mengikuti pelatihan</p> <p>f. Rumah sakit menyimpan semua sertifikat staf medis dan paramedis yang telah mengikuti pelatihan pemasangan kateter.</p>	<p>f. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>3. Rumah sakit melakukan audit rutin (memonitor dan mendokumentasi) kepatuhan untuk menjalankan praktik yang direkomendasikan dalam pemasangan kateter. Jelaskan :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan proses yang digunakan untuk audit.</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi audit</p> <p>c. Responden dapat menjelaskan proses untuk peningkatan ketika ketidakpatuhan ditemukan</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>c. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>4. Rumah sakit memberikan umpan balik dari hasil audit dalam pemasangan kateter Jelaskan :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan bagaimana cara rumah sakit memberikan umpan balik tersebut</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi umpan balik</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>5. Rumah sakit melakukan pelatihan berbasis kompetensi dalam pemeliharaan kateter urin Jelaskan :</p> <p>a. Pelatihan disediakan untuk semua petugas yang diberi tanggungjawab dalam pemeliharaan kateter urin (perawatan perineum, mengosongkan kantong drainase secara aseptik, mempertahankan sistem drainase tertutup, mempertahankan kelancaran aliran urin). Petugas yang termasuk adalah perawat, asisten perawat, asisten dokter, teknisi, dan dokter serta staf transportasi tanpa terkecuali</p> <p>b. Pelatihan diberikan setelah penerimaan karyawan baru</p> <p>c. Pelatihan dilakukan berkala</p> <p>d. Pelatihan disediakan ketika alat atau protokol baru diperkenalkan</p> <p>e. Petugas diminta menunjukkan kompetensi pemeliharaan kateter (yaitu teknik yang benar dilihat oleh trainer) setiap mengikuti pelatihan</p> <p>f. Rumah sakit memberikan dukungan terhadap dokumentasi terkini tentang kompetensi pemeliharaan kateter</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>c. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>d. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>e. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>f. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>6. Rumah sakit melakukan audit rutin (memonitor dan mendokumentasi) kepatuhan untuk menjalankan praktik yang direkomendasikan dalam pemeliharaan kateter Jelaskan :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan proses yang digunakan untuk audit.</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi audit</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>

c. Apabila terdapat ketidakpatuhan, responden dapat menjelaskan proses untuk memingkatkan kepatuhan tersebut	c. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
7. Rumah sakit memberikan umpan balik dari hasil audit dalam pemeliharaan kateter Jelaskan : a. Responden dapat menjelaskan bagaimana umpan balik tersedia b. Responden dapat menjelaskan frekuensi umpan balik	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
8. Penilaian pasien yang terpasang kateter urin dilakukan setidaknya setiap hari, untuk penilaian lebih lanjut Penjelasan sebagai berikut : a. Responden dapat menjelaskan metode yang dilakukan untuk memicu penilaian harian (daftar keamanan pasien, putaran harian, arahan protokol, pengingat atau penghentian pemakaian) b. Rumah sakit secara rutin melakukan audit kepatuhan penilaian harian terhadap kebutuhan kateter	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
9. Rumah sakit memantau data CAUTI dan menggunakan hasilnya secara langsung sebagai kegiatan pencegahan infeksi Penjelasan sebagai berikut : a. Responden mengetahui data <i>National Healthcare Safety Network</i> (NHSN) CAUTI. b. Responden dapat menjelaskan bagaimana data CAUTI dapat digunakan dalam kegiatan langsung pencegahan	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
10. Rumah sakit memberikan umpan balik kepada IPCN mengenai data CAUTI Penjelasan sebagai berikut : a. Responden dapat menjelaskan bagaimana umpan balik tersedia b. Responden dapat menjelaskan frekuensi umpan balik	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak

<b>II Pelatihan Pengendalian Infeksi, Kompetensi dan Implementasi Kebijakan dan Prosedur</b>	
<b>Unsur yang dinilai</b>	<b>Penilaian</b>
<b>D. Pencegahan CLABSI</b>	
1. Rumah sakit memiliki dokter dan/atau perawat yang kompeten dalam kegiatan pencegahan CLABSI.	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
2. Rumah sakit memiliki program pelatihan berbasis kompetensi untuk penyisipan kateter vena sentral Penjelasan sebagai berikut : a. Pelatihan disediakan untuk semua petugas yang diberi tanggungjawab dalam pemasangan kateter vena sentral. Petugas tidak dibatasi pada dokter,	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak

<p>asisten dokter, dan anggota yang terlibat pemasangan kateter</p> <p>b. Pelatihan diberikan setelah penerimaan karyawan baru</p> <p>c. Pelatihan dilakukan berkala</p> <p>d. Pelatihan disediakan ketika alat atau kebijakan baru diperkenalkan</p> <p>e. Petugas diminta menunjukkan kompetensi pemasangan (yaitu teknik yang benar dilihat oleh trainer) setiap mengikuti pelatihan</p> <p>f. Rumah sakit mempertahankan dokumentasi tentang kompetensi pemasangan kateter vena sentral</p>	<p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>c. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>d. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>e. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>f. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>3. Rumah sakit melakukan audit rutin (memonitor dan mendokumentasi) kepatuhan untuk menjalankan praktik yang direkomendasikan dalam pemasangan kateter vena sentral</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan proses yang digunakan untuk audit.</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi audit</p> <p>c. Responden dapat menjelaskan proses untuk peningkatan ketika ketidakpatuhan ditemukan</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>c. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>4. Rumah sakit menyediakan umpan balik dalam pemasangan kateter vena sentral</p> <p>Jelaskan :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan bagaimana umpan balik tersedia</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi umpan balik</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>5. Rumah sakit melakukan pelatihan berbasis kompetensi dalam pemeliharaan kateter vena sentral</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Pelatihan disediakan untuk semua petugas yang diberi tanggungjawab dalam pemeliharaan kateter vena sentral (menggosok hub, mengakses kateter, perubahan balutan). Petugas termasuk tetapi tidak dibatasi perawat, asisten perawat, dokter dan asisten dokter</p> <p>b. Pelatihan disediakan seketika sebelum pemeliharaan kateter vena sentral</p> <p>c. Pelatihan dilakukan berkala</p> <p>d. Pelatihan disediakan ketika alat atau protokol baru diperkenalkan</p> <p>e. Petugas diminta menunjukkan kompetensi pemeliharaan kateter (yaitu teknik yang benar dilihat oleh trainer) setiap mengikuti pelatihan</p> <p>f. Rumah sakit memelihara dokumentasi tentang kompetensi pemeliharaan kateter vena sentral</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>c. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>d. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>e. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>f. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>6. Rumah sakit melakukan audit rutin (memonitor dan mendokumentasi) kepatuhan untuk menjalankan praktik</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>

<p>yang direkomendasikan dalam pemeliharaan kateter vena sentral</p> <p>Jelaskan :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan proses yang digunakan untuk audit.</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi audit</p> <p>c. Responden dapat menjelaskan proses untuk peningkatan ketika ketidakpatuhan ditemukan</p>	<p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>c. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>7. Rumah sakit menyediakan umpan balik dalam pemeliharaan kateter vena sentral</p> <p>Jelaskan :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan bagaimana umpan balik tersedia</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi umpan balik</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>8. Pasien dengan kateter vena sentral dinilai, setidaknya setiap hari, untuk kebutuhan lebih lanjut dalam pemakaian kateter.</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan metode yang dilakukan untuk memicu penilaian harian (daftar keamanan pasien, putaran harian, , pengingat)</p> <p>b. Rumah sakit secara rutin melakukan audit kepatuhan penilaian harian terhadap kebutuhan kateter</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>9. Rumah sakit memonitor data CLABSI dan menggunakannya dalam kegiatan langsung pencegahan.</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden tidak asing dengan data CLABSI <i>National Healthcare Safety network</i> (NHSN).</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan bagaimana data CLABSI dapat digunakan dalam kegiatan langsung pencegahan</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>10. Rumah sakit menyediakan umpan balik data CLABSI pada staf lini depan</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan bagaimana umpan balik tersedia</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi umpan balik</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>

<b>II Pelatihan Pengendalian Infeksi, Kompetensi dan Implementasi Kebijakan dan Prosedur</b>	
<b>Unsur yang dinilai</b>	<b>Penilaian</b>
<b>E. Pencegahan VAE</b>	
<p>1. Rumah sakit memiliki dokter dan/atau perawat yang kompeten dalam kegiatan pencegahan VAE</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p><input type="radio"/> periksa jika fasilitas tidak menyediakan perawatan untuk pasien berventilator</p>

	dan melompat ke item F. Keamanan Injeksi
<p>2. Rumah sakit menyediakan pelatihan berbasis kompetensi dalam menilai pencegahan VAE Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Pelatihan tersedia untuk semua staf tanpa terkecuali untuk memberikan terapi pernapasan pada pasien yang menggunakan ventilator (contoh, penyedotan, administrasi dalam pengobatan aerosol).</p> <p>b. Pelatihan diberikan setelah penerimaan karyawan baru</p> <p>c. Pelatihan tersedia berkala</p> <p>d. Pelatihan disediakan ketika alat atau prosedur baru diperkenalkan</p> <p>e. Petugas diminta menunjukkan kompetensi dalam praktik terapi pernapasan (yaitu teknik yang tepat akan dilihat oleh trainer) dalam setiap pelatihan</p> <p>f. Rumah sakit menyimpan semua sertifikat staf medis dan paramedis yang telah mengikuti pelatihan pemasangan dan perawatan ventilator</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. <input checked="" type="radio"/> Ya O Tidak</p> <p>b. O Ya O Tidak</p> <p>c. O Ya O Tidak</p> <p>d. O Ya O Tidak</p> <p>e. O Ya O Tidak</p> <p>f. O Ya O Tidak</p>
<p>3. Rumah sakit melakukan audit rutin (memonitor dan mendokumentasi) dalam kepatuhan menjalankan praktik yang direkomendasikan dalam manajemen pasien ventilator (misalnya, pengisapan, pemberian obat aerosol). Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan proses yang digunakan untuk audit.</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi audit</p> <p>c. Responden dapat menjelaskan proses untuk peningkatan ketika ketidakpatuhan ditemukan</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p> <p>b. O Ya O Tidak</p> <p>c. O Ya O Tidak</p>
<p>4. Rumah sakit menyediakan umpan balik dalam manajemen pasien dengan ventilator Jelaskan :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan bagaimana umpan balik tersedia</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi umpan balik</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p> <p>b. O Ya O Tidak</p>
<p>5. Penilaian pasien yang terpasang ventilasi invasif dilakukan setidaknya setiap hari, untuk penilaian lebih lanjut Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan metode yang dilakukan untuk memicu penilaian harian (daftar keamanan pasien, putaran harian, pengingat)</p> <p>b. Rumah sakit secara rutin melakukan audit kepatuhan penilaian harian terhadap kebutuhan ventilator</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p> <p>b. O Ya O Tidak</p>
<p>6. Rumah Sakit memiliki program untuk uji pernapasan spontan yang dilakukan setiap hari dan penurunan dosis obat penenang pada pasien yang memenuhi syarat</p>	<p>O Ya O Tidak</p>
<p>7. Rumah sakit memiliki program kebersihan mulut</p>	<p>O Ya O Tidak</p>



<p>8. Rumah sakit memonitor data VAE dan hasilnya digunakan secara langsung untuk program pencegahan infeksi</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan bagaimana data VAE digunakan untuk kegiatan pencegahan secara langsung</p> <p>Jika rumah sakit melaporkan data VAE pada NHSN, maka jelaskan beberapa hal berikut :</p> <p>b. Responden mengetahui data <i>National Healthcare Safety Network</i> (NHSN) tentang VAE.</p> <p>Jika rumah sakit tidak melaporkan data VAE pada NHSN, maka :</p> <p>c. Responden dapat menjelaskan bagaimana data VAE dikumpulkan</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p> <p>b. O Ya O Tidak O Tidak dipakai</p> <p>c. O Ya O Tidak O Tidak dipakai</p>
<p>11. Rumah sakit memberikan umpan balik kepada IPCN mengenai dataVAE</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan bagaimana umpan balik disediakan</p> <p>b. Responden dapat menggambarkan frekuensi umpan balik</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p> <p>b. O Ya O Tidak</p>

<b>II Pelatihan Pengendalian Infeksi, Kompetensi dan Implementasi Kebijakan dan Prosedur</b>	
<b>Unsur yang dinilai</b>	<b>Penilaian</b>
<b>F. Keamanan Injeksi (Elemen ini tidak termasuk penilaian bagian Farmasi)</b>	
<p>1. Rumah sakit memiliki program pelatihan berbasis kompetensi tentang persiapan dan prosedur pengobatan parenteral (contoh, SK, IM, IV) di luar farmasi.</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a Pelatihan diberikan untuk semua petugas yang mempersiapkan dan/atau mengelola injeksi dan infus parenteral</p> <p>b Pelatihan diberikan setelah penerimaan karyawan baru</p> <p>c Pelatihan dilakukan berkala</p> <p>d Pelatihan tersedia ketika alat atau protokol baru diperkenalkan</p> <p>e Petugas diminta untuk menunjukkan kemampuan dalam persiapan dan/atau prosedur injeksi dan infus parenteral setiap mengikuti pelatihan</p> <p>f Rumah sakit menyimpan semua sertifikat staf medis dan paramedis yang telah mengikuti pelatihan keamanan injeksi</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a O Ya O Tidak</p> <p>b O Ya O Tidak</p> <p>c O Ya O Tidak d O Ya O Tidak</p> <p>e O Ya O Tidak</p> <p>f O Ya O Tidak</p>
<p>2. Rumah sakit melakukan audit rutin (monitor dan dokumentasi) kepatuhan untuk menjalankan praktik injeksi yang aman</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan proses yang digunakan untuk audit.</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a O Ya O Tidak</p>

<p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi audit</p> <p>c. Apabila terdapat ketidakpatuhan, responden dapat menjelaskan proses untuk memingkatkan kepatuhan tersebut</p>	<p>b <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>c <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>3. Rumah sakit memberikan umpan balik dalam kepatuhan menjalankan injeksi yang aman.</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan bagaimana umpan balik tersedia</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi umpan balik</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>4. Rumah sakit memiliki program keselamatan pasien untuk menilai risiko mengenai penyalahgunaan obat dan kelalaian pemberian obat (baik merubah atau mengganti)</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan bagaimana rumah sakit menilai risiko pasien jika terduga atau teridentifikasi adanya kelalaian.</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>

## II Pelatihan Pengendalian Infeksi, Kompetensi dan Implementasi Kebijakan dan Prosedur

Unsur yang dinilai	Penilaian
<b>G. Pencegahan Infeksi pada Lokasi Bedah</b>	
<p>1. Rumah sakit memiliki program peningkatan perawatan bedah.</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>Program peningkatan perawatan bedah termasuk penggunaan antibiotik profilatik yang tepat :</p> <p>a. Pengaturan waktu pemberian antibiotik profilatik dilakukan sebelum tindakan bedah</p> <p>b. Pemilihan antibiotik profilatik disesuaikan dengan tipe prosedur yang akan dilakukan</p> <p>c. Pemberhentian pemberian antibiotik profilaksis kurang lebih 24 jam setelah tindakan bedah (48 jam untuk CABG atau bedah jantung lainnya)</p> <p>d. Program peningkatan perawatan bedah menilai pergantian kateter urin 1-2 hari setelah operasi, meskipun ada alasan yang sesuai untuk melanjutkan penggunaannya</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>c. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>d. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>2. Rumah sakit melakukan audit secara rutin (monitor dan dokumentasi) kepatuhan untuk melaksanakan program peningkatan perawatan bedah.</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan proses audit yang digunakan</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi audit</p> <p>c. Apabila terdapat ketidakpatuhan, responden dapat menjelaskan proses untuk memingkatkan kepatuhan tersebut</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>c. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>

<p>3. Rumah sakit menyediakan umpan balik pada petugas terkait kepatuhan untuk melaksanakan program peningkatan perawatan bedah. Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan bagaimana umpan balik diberikan</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi umpan balik</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p> <p>b. O Ya O Tidak</p>
<p>4. Rumah sakit secara rutin melakukan audit (monitor dan dokumentasi) kepatuhan untuk memberikan saran dalam rangka pencegahan dan pengendalian SSI</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>Audit meliputi :</p> <p>a. Kepatuhan untuk melakukan cuci tangan aseptik sebelum tindakan bedah</p> <p>b. Penggunaan baju bedah dan tirai yang tepat</p> <p>c. Kepatuhan melaksanakan sterilisasi dan teknik aseptik</p> <p>d. Persyaratan ventilasi yang tepat pada ruang bedah</p> <p>e. Minimalisasi lalu lintas pada ruang operasi</p> <p>f. Kepatuhan untuk membersihkan dan disinfeksi permukaan lingkungan</p> <p>g. Responden dapat menjelaskan proses audit yang digunakan</p> <p>h. Responden dapat menjelaskan frekuensi audit</p> <p>i. Apabila terdapat ketidakpatuhan, responden dapat menjelaskan proses untuk memingkatkan kepatuhan tersebut</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p> <p>b. O Ya O Tidak</p> <p>c. O Ya O Tidak</p> <p>d. O Ya O Tidak</p> <p>e. O Ya O Tidak</p> <p>f. O Ya O Tidak</p> <p>g. O Ya O Tidak</p> <p>h. O Ya O Tidak</p> <p>i. O Ya O Tidak</p>
<p>5. Rumah sakit memberikan umpan balik hasil audit pada petugas terkait dengan kepatuhan untuk melaksanakan pengendalian infeksi</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan bagaimana umpan balik diberikan</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi umpan balik</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p> <p>b. O Ya O Tidak</p>
<p>6. Rumah sakit memonitor data SSI dan menggunakannya untuk kegiatan pencegahan secara langsung</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden mengetahui data SSI yang dikeluarkan oleh NHSN</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan bagaimana data SSI digunakan untuk kegiatan pencegahan secara langsung</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p> <p>b. O Ya O Tidak</p>

7. Rumah sakit memberikan umpan balik dari data SSI kepada ahli bedah dan tim bedah lainnya Penjelasan sebagai berikut :	O Ya O Tidak
a. Responden dapat menjelaskan bagaimana umpan balik diberikan	a. O Ya O Tidak
a. Responden dapat menjelaskan frekuensi umpan balik	b. O Ya O Tidak

II Pelatihan Pengendalian Infeksi, Kompetensi dan Implementasi Kebijakan dan Prosedur	
Unsur yang dinilai	Penilaian
<b>H. Pencegahan CDI</b>	
1. Rumah sakit memiliki dokter dan/atau perawat yang kompeten untuk melakukan pencegahan CDI	O Ya O Tidak
2. Rumah sakit melakukan audit secara rutin (monitor dan dokumentasi) tentang kepatuhan untuk melaksanakan pengendalian infeksi pada pencegahan CDI Penjelasan sebagai berikut : Audit termasuk :	O Ya O Tidak
a. Kepatuhan untuk kebersihan tangan	a. O Ya O Tidak
b. Penggunaan APD yang sesuai	b. O Ya O Tidak
c. Kesesuaian dengan kewaspadaan kontak, termasuk penggunaan peralatan khusus atau sekali pakai	c. O Ya O Tidak
d. Kepatuhan untuk membersihkan dan disinfeksi termasuk penggunaan disinfektan	d. O Ya O Tidak
e. Responden dapat menjelaskan proses audit	e. O Ya O Tidak
f. Responden dapat menjelaskan frekuensi audit	f. O Ya O Tidak
g. Apabila terdapat ketidakpatuhan, responden dapat menjelaskan proses untuk meningkatkan kepatuhan tersebut	g. O Ya O Tidak
3. Rumah sakit memberikan umpan balik dari hasil audit dalam pelaksanaan pencegahan CDI. Penjelasan sebagai berikut :	O Ya O Tidak
a. Responden dapat menjelaskan bagaimana umpan balik diberikan	a. O Ya O Tidak
b. Responden dapat menjelaskan frekuensi umpan balik	b. O Ya O Tidak
4. Rumah sakit memiliki strategi pengawasan antibiotik yang spesifik sebagai upaya mengurangi CDI  <i>Catatan : liat bagian III.8 untuk penilaian program pengawasan antibiotik</i> Penjelasan sebagai berikut :	O Ya O Tidak
a. Rumah sakit memiliki strategi untuk mengurangi penggunaan antibiotik yang tidak dibutuhkan dan memiliki risiko tinggi terhadap kasus CDI (misal., <i>fluoroquinolones</i> , <i>3rd/4th generation cephalosporins</i> ).	a. O Ya O Tidak
b. Rumah sakit mengkaji resep antibiotik yang sesuai untuk penanganan kondisi lain (infeksi saluran urin) terhadap pasien yang baru terdiagnosa CDI	b. O Ya O Tidak
c. Rumah sakit mengedukasi penyedia jasa tentang	

<p>risiko CDI dari antibiotik.</p> <p>d. Rumah sakit mengedukasi pasien dan keluarga tentang risiko CDI dari antibiotik</p>	<p>c. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>d. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>5. Rumah sakit memonitor data CDI dan menggunakannya dalam kegiatan pencegahan secara langsung</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden tidak asing dengan data CDI NHSN.</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan bagaimana data CDI digunakan dalam kegiatan pencegahan secara langsung</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>6. Rumah sakit memberikan umpan balik kepada IPCN mengenai data CAUTI</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan bagaimana umpan balik disediakan</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi umpan balik</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>

## II Pelatihan, Kompetensi dan Implementasi Kebijakan dan Prosedur Pengendalian Infeksi

Unsur yang dinilai	Penilaian
<b>I. Kebersihan Lingkungan</b>	
<p>1. Rumah sakit memiliki program spesifik yang terkait dengan kebersihan lingkungan</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Pelatihan disediakan untuk semua petugas yang membersihkan dan melakukan disinfeksi di ruang perawatan pasien. Semua petugas tanpa terkecuali yaitu pembersih lingkungan, perawat, asisten perawat dan teknisi.</p> <p>b. Pelatihan diberikan setelah penerimaan karyawan baru</p> <p>c. Pelatihan dilakukan berkala</p> <p>d. Pelatihan disediakan ketika alat atau prosedur baru diperkenalkan</p> <p>e. Petugas diminta menunjukkan kompetensi terkait kebersihan lingkungan (teknik yang benar diobservasi oleh pelatih) setiap melakukan pelatihan</p> <p>f. Rumah sakit memelihara dokumen terbaru tentang kemampuan staf untuk melaksanakan prosedur kebersihan lingkungan</p> <p>g. Jika rumah sakit menggunakan tenaga kontrak, maka pelatihan dilakukan antara rumah sakit dan penyedia jasa tenaga kontrak</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>c. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>d. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>e. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>f. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>g. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Tidak dipakai</p>
<p>2. Rumah sakit memiliki kebijakan yang menjelaskan tanggungjawab untuk kebersihan dan disinfeksi peralatan non-kritis, alat <i>mobile</i> dan elektronik lain (contoh monitor ICU, permukaan ventilator, <i>scanner barcode</i>, alat diagnostik, alat medis yang <i>portable</i>, kereta dorong, <i>emergency kit</i>)</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>

<p>3. Rumah sakit memiliki kebijakan untuk memastikan bahwa tenaga kesehatan dapat mengidentifikasi peralatan yang sudah dibersihkan dan disinfeksi serta siap digunakan pasien (contoh sistem penandaan, penempatan pada daerah yang ditentukan)</p>	<p>O Ya O Tidak</p>
<p>4. Rumah sakit melakukan audit secara reguler (monitor dan dokumentasi) terhadap kepatuhan untuk membersihkan dan disinfeksi termasuk penggunaan produk sesuai dengan instruksi pabrik pembuat (contoh dilusi, penyimpanan, waktu layak pakai dan waktu kontak)  Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan proses audit (monitoring teknologi, observasi langsung)</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi audit</p> <p>c. Apabila terdapat ketidakpatuhan, responden dapat menjelaskan proses untuk meningkatkan kepatuhan tersebut</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p> <p>b. O Ya O Tidak</p> <p>c. O Ya O Tidak</p>
<p>5. Rumah sakit memberikan umpan balik dari hasil audit dalam pemasangan kateter  Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan bagaimana umpan balik disediakan</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi umpan balik</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p> <p>b. O Ya O Tidak</p>

<b>II Pelatihan Pengendalian Infeksi, Kompetensi dan Implementasi Kebijakan dan Prosedur</b>	
<b>Unsur yang dinilai</b>	<b>Penilaian</b>
<p><b>J.Perangkat Pemrosesan Ulang</b>  Bagian ini mengacu pada semua perangkat medis yang dapat digunakan kembali di rumah sakit. Kategori perangkat meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kritis (misalnya, instrumen bedah) adalah obyek yang masuk jaringan steril atau sistem pembuluh darah dan harus steril sebelum digunakan.</li> <li>• Semi-kritis (misalnya, endoskopi untuk endoskopi dan kolonoskopi, laringoskop) adalah objek yang berhubungan dengan membran mukosa atau kulit yang tidak utuh dan membutuhkan minimal disinfeksi tingkat tinggi sebelum digunakan kembali.</li> <li>• Tidak Kritis (misalnya, manset alat ukur tekanan darah, perangkat alat tes diagnostik) adalah objek yang mungkin kontak dengan kulit utuh tetapi tidak membran mukosa dan harus menjalani pembersihan serta disinfeksi rendah atau menengah tergantung pada sifat dan tingkat kontaminasi (Liat Bagian Kebersihan Lingkungan, di atas)</li> </ul> <p>Bahan Habis Pakai (BHP) diberi label oleh produsen untuk penggunaan sekali pakai dan tidak memiliki petunjuk pemrosesan ulang. BHP tersebut mungkin tidak digunakan kembali kecuali BHP tersebut telah diolah kembali untuk digunakan oleh lembaga yang telah memenuhi peraturan FDA dan telah menerima izin FDA untuk memproses ulang BHP tertentu.</p>	
<p>1. Rumah sakit mempunyai program pelatihan sesuai</p>	

<p>kompetensi yang terkait dengan pengolahan benda kritis</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Pelatihan disediakan untuk semua petugas dalam pengolahan alat kritis</p> <p>b. Pelatihan diberikan setelah penerimaan karyawan baru</p> <p>c. Pelatihan disediakan secara berkala</p> <p>d. Pelatihan disediakan ketika ada alat atau protokol baru diperkenalkan</p> <p>e. Petugas diminta untuk menunjukkan kompetensi terkait pemrosesan ulang alat (teknik yang benar diobservasi oleh pelatih) setiap pelatihan</p> <p>f. Rumah sakit menyimpan semua sertifikat staf medis dan paramedis yang telah mengikuti pelatihan prosedur pemrosesan ulang alat kritis</p> <p>g. Jika rumah sakit menggunakan tenaga kontrak, maka pelatihan dilakukan antara rumah sakit dan penyedia jasa tenaga kontrak</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p> <p>b. O Ya O Tidak</p> <p>c. O Ya O Tidak</p> <p>d. O Ya O Tidak</p> <p>e. O Ya O Tidak</p> <p>f. O Ya O Tidak</p> <p>g. O Ya O Tidak O Tidak dipakai</p>
<p>2. Rumah sakit secara rutin melakukan audit (monitor dan dokumentasi) tentang kepatuhan terhadap prosedur pengolahan alat kritis.</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan proses yang digunakan saat audit</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi audit.</p> <p>c. Audit terjadi di semua lokasi dimana alat itu diproses ulang (contoh pusat steril pengolahan, ruang operasi), termasuk lokasi dimana tahapan pembersihan mulai dilakukan</p> <p>d. Apabila terdapat ketidakpatuhan, responden dapat menjelaskan proses untuk meningkatkan kepatuhan tersebut</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p> <p>b. O Ya O Tidak</p> <p>c. O Ya O Tidak</p> <p>d. O Ya O Tidak</p>
<p>3. Rumah sakit memberikan umpan balik hasil audit yang terkait dengan kepatuhan untuk melaksanakan prosedur pengolahan alat kritis</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan bagaimana umpan balik disediakan</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi umpan balik</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p> <p>b. O Ya O Tidak</p>
<p>4. Rumah sakit memiliki program pelatihan berbasis kompetensi tentang pengolahan alat semi-kritis</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Pelatihan disediakan untuk semua petugas yang mengolah alat semi-kritis</p> <p>b. Pelatihan diberikan setelah penerimaan karyawan baru</p> <p>c. Pelatihan disediakan berkala</p> <p>d. Pelatihan disediakan ketika alat atau protokol baru diperkenalkan</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p> <p>b. O Ya O Tidak</p> <p>c. O Ya O Tidak</p> <p>d. O Ya O Tidak</p>

<p>e. Petugas diminta untuk menunjukkan kompetensi dalam pengolahan alat (teknik yang benar diobservasi oleh pelatih) setiap kali pelatihan</p> <p>f. Rumah sakit menyimpan semua sertifikat staf medis dan paramedis yang telah mengikuti pelatihan prosedur pengolahan alat semi-kritis</p> <p>g. Jika rumah sakit menggunakan tenaga kontrak, maka pelatihan dilakukan antara rumah sakit dan penyedia jasa tenaga kontrak</p>	<p>e. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>f. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>g. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Tidak dipakai</p>
<p>5. Rumah sakit secara rutin melakukan audit (memonitor dan mendokumentasi) terkait kepatuhan untuk melakukan prosedur pengolahan alat semi-kritis Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan proses audit</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi audit</p> <p>c. Audit terjadi pada semua lokasi dimana alat kritis diproses ulang (contoh, pusat steril proses ulang alat, lokasi endoskopi), termasuk lokasi tahap pertama proses kebersihan dimulai</p> <p>d. Apabila terdapat ketidakpatuhan, responden dapat menjelaskan proses untuk meningkatkan kepatuhan tersebut</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>c. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>d. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>6. Rumah sakit memberikan umpan balik hasil audit kepada petugas terkait kepatuhan untuk mengolah alat semi-kritis. Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan bagaimana umpan balik disediakan</p> <p>b. Responden dapat menjelaskan frekuensi umpan balik</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>7. Jika rumah sakit menggunakan kembali alat habis pakai, alat diproses kembali oleh lembaga yang disetujui oleh FDA</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Tidak diterapkan (rumah sakit tidak memakai lagi alat sekali pakai)</p>
<p>8. Rumah sakit memelihara dokumentasi aktivitas pengolahan Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Rumah sakit mencatat setiap sterilisasi dan hasilnya</p> <p>b. Rumah sakit memiliki dokumentasi berupa penggunaan bahan kimia untuk disinfeksi tingkat tinggi dan di uji secara rutin untuk menentukan konsentrasi dan perpindahan yang tepat</p> <p>c. Rumah sakit memelihara dokumen proses pengolahan ulang</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>c. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>9. Rumah sakit memberikan waktu yang cukup dalam melakukan proses ulang untuk memastikan kepatuhan setiap tahapan yang direkomendasikan oleh pabrik pembuat alat, termasuk pengeringan dan penyimpanan Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Rumah sakit menyediakan instrumen dan waktu</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>



<p>yang cukup untuk semua prosedur dan tahapan proses ulang</p> <p>b. Penjadwalan prosedur memiliki waktu yang cukup untuk semua tahapan pengolahan.</p> <p>c. Rumah sakit tidak secara rutin menggunakan sterilisasi uap (IUSS).</p>	<p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>c. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>10. Program IP dikonsultasikan setiap kali perangkat baru atau produk akan dibeli atau diperkenalkan untuk memastikan pelaksanaan kebijakan dan prosedur pengolahan yang tepat.</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>11. Jika terdapat kesalahan atau kegagalan pengolahan, Rumah sakit memiliki kebijakan dan prosedur untuk mengatasinya (misalnya, penilaian risiko dan penarikan perangkat).</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. IP dapat menjelaskan bagaimana penilaian risiko akan dilakukan termasuk bagaimana rumah sakit akan mengidentifikasi pasien yang mungkin terkena perangkat yang diolah kembali dengan tidak benar</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>

<b>III Berhubungan Sistem untuk Mendeteksi, Mencegah, dan Merespon Pelayanan Kesehatan yang dengan Infeksi dan <i>Multidrug-Resistant Organisms</i> (MDROs)</b>	
<b>Unsur yang dinilai</b>	<b>Penilaian</b>
<p>1. Rumah sakit memiliki sistem deteksi dini dan manajemen seketika pada orang yang berpotensi terinfeksi pada saat pertama masuk rumah sakit, termasuk isolasi segera jika diperlukan</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Riwayat perjalanan dan pekerjaan termasuk dalam protokol masuk dan triase</p> <p>b. Rumah sakit memiliki sistem untuk identifikasi pasien dengan target MDRO selama proses masuk sehingga kewaspadaan yang tepat dapat diterapkan</p> <p>Rumah sakit memiliki program kebersihan pernapasan/etika batuk yang termasuk :</p> <p>c. Memasang tanda di pintu masuk</p> <p>d. Menyediakan tisu dan tempat sampah yang tidak boleh disentuh untuk membuang tisu</p> <p>e. Menyediakan tempat untuk kebersihan tangan dekat dengan ruang tunggu</p> <p>f. Menyediakan masker wajah pada pasien batuk dan memiliki gejala lain sebelum masuk fasilitas</p> <p>g. Menyediakan ruang lebih luas pada ruang tunggu dan menghimbau pasien dengan gejala infeksi pernapasan untuk berada sejauh mungkin dengan pasien lain</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>c. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>d. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>e. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>f. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>g. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>2. Rumah Sakit memiliki sistem penanda untuk deteksi dini dan isolasi pasien yang teridentifikasi infeksi selama tinggal di rumah sakit, termasuk isolasi pasien dengan segera</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Ada mekanisme untuk pemberitahuan yang cepat</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>

dari IP oleh laboratorium mikrobiologi klinis ketika pola resistensi Baru dan/atau target resisten antimikroba patogen terdeteksi	
<p>3. Rumah Sakit memiliki sistem untuk komunikasi INTER-fasilitas pada status menular dan kebutuhan isolasi pasien sebelum dirujuk ke fasilitas lain</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan metode yang digunakan untuk memastikan status menular dan kebutuhan isolasi dikomunikasikan dengan fasilitas penerima.</p> <p>b. Rumah sakit memiliki sistem untuk menginformasikan fasilitas penerima hasil tes mikrobiologi (misalnya, kultur) yang tertunda pada saat dirujuk.</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p> <p>b. O Ya O Tidak</p>
<p>4. Rumah Sakit memiliki sistem untuk komunikasi INTER-fasilitas pada status menular dan kebutuhan isolasi pasien sebelum menerima pasien dari fasilitas lain</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan metode yang digunakan untuk memastikan status menular dan kebutuhan isolasi pada saat menerima pasien rujukan</p> <p>b. Rumah sakit ini memiliki sistem untuk menindaklanjuti hasil mikrobiologi (misalnya, kultur) yang tertunda pada saat transfer.</p> <p>c. Jika rumah sakit mengidentifikasi infeksi yang mungkin terkait dengan perawatan yang diberikan di fasilitas lain (misalnya, rumah sakit, panti jompo, klinik), maka fasilitas tersebut diinformasikan.</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p> <p>b. O Ya O Tidak</p> <p>c. O Ya O Tidak</p>
<p>5. Rumah Sakit memiliki sistem di tempat untuk komunikasi INTRA-fasilitas untuk mengidentifikasi status infeksi dan isolasi kebutuhan pasien sebelum transfer ke unit lain atau ruangan yang digunakan bersama (misalnya, radiologi, terapi fisik, gawat darurat) dalam rumah sakit.</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menjelaskan metode yang digunakan untuk memastikan status menular dan kebutuhan isolasi dikomunikasikan dengan unit penerima.</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p>
<p>6. Rumah sakit memiliki program pengawasan untuk memantau kejadian epidemiologis organisme penting (misalnya, CRE) dan perawatan kesehatan yang ditargetkan berhubungan dengan infeksi</p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Responden dapat menggambarkan bagaimana rumah sakit menentukan organisme dan HAIS</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p>

<p>untuk melacak infeksi.</p>	
<p>7. Rumah Sakit menggunakan data <i>surveilans</i> untuk melaksanakan tindakan perbaikan dengan cepat ketika terjadi transmisi epidemiologis organisme penting (misalnya, CRE) atau peningkatan angka kejadian atau peningkatan terus-menerus perawatan kesehatan yang berhubungan dengan infeksi terdeteksi. Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Metode pengumpulan data memungkinkan untuk respon yang tepat waktu untuk mengidentifikasi masalah.</p>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p>
<p>8. Rumah sakit memiliki program pengawasan antibiotik dengan 7 elemen inti CDC sebagaimana berikut (a – g):</p> <p><i>Catatan: Program penanganan antibiotik harus dinilai melalui konsultasi dengan petugas yang memiliki pengetahuan tentang kegiatan pelayanan antibiotik (misalnya, dokter atau apoteker pengawas program). Tanggapan dapat diperoleh dari/atau pemeriksaan lintas dengan pertanyaan NHSN Tahunan Survei Rumah Sakit Antibiotik Stewardship Practice (Q 23 - 34) jika tersedia.</i></p> <p>Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Komitmen kepemimpinan rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rumah sakit memiliki kebijakan tertulis dari pimpinan yang mendukung upaya untuk meningkatkan penggunaan antibiotik (pengawasan antibiotik) DAN / ATAU</li> <li>• Rumah Sakit memberikan dukungan gaji untuk waktu khusus yang digunakan dalam kegiatan pengelolaan antibiotik.</li> </ul> <p>b. Kepemimpinan Program leadership (akuntabilitas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada pimpinan yang bertanggungjawab terhadap hasil dari aktivitas pengawasan di rumah sakit</li> </ul> <p>c. Keahlian Obat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paling tidak ada satu apoteker yang bertanggungjawab dalam peningkatan penggunaan antibiotik di rumah sakit</li> </ul> <p>d. Aksi (setidaknya satu tindakan berikut)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rumah sakit memiliki kebijakan yang mengharuskan untuk mendokumentasikan indikasi resep semua antibiotik dalam rekam medis atau selama pemesanan masuk</li> <li>• Rumah sakit memiliki penanganan yang spesifik dan direkomendasikan, berdasarkan panduan nasional dan kerentanan lokal, untuk membantu pilihan antibiotik pada kondisi klinis yang umum</li> <li>• Ada prosedur formal bagi semua dokter untuk meninjau kelayakan semua antibiotik pada atau setelah 48 jam dari pesanan awal (misalnya, antibiotik lewat waktu).</li> </ul>	<p>O Ya O Tidak</p> <p>a. O Ya O Tidak</p> <p>b. O Ya O Tidak</p> <p>c. O Ya O Tidak</p> <p>d. O Ya O Tidak</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rumah sakit memiliki supplier antibiotik yang telah ditentukan dan disetujui oleh dokter atau apoteker sebelum disalurkan di rumah sakit.</li> <li>• Dokter atau apoteker membuat ulasan terapi untuk para agen antibiotik tertentu dan berkomunikasi tentang hasil resep.</li> </ul> <p>e. Jalur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rumah sakit memonitor penggunaan antibiotik</li> </ul> <p>f. Laporan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penulis resep menerima umpan balik dari program pengawasan bagaimana meningkatkan cara persepan antibiotik</li> </ul> <p>g. Mengedukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Program pengawasan menyediakan penyuluhan ke klinis dan staf yang terkait dalam meningkatkan penggunaan antibiotik</li> </ul>	<p>e. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>f. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>g. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>9. Rumah Sakit memiliki program kesehatan kerja yang, selain memenuhi persyaratan <b>negara bagian dan federal</b> (misalnya, OSHA), memiliki kebijakan mengenai kontak petugas dengan pasien ketika petugas memiliki kondisi yang berpotensi menular. Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Pengecualian kerja bagi yang sakit dan tidak dihukum dengan pengurangan gaji, bonus maupun kehilangan pekerjaan</p> <p>b. Petugas diedukasi untuk segera melaporkan sakit kepada supervisor dan program kesehatan kerja</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>10. Rumah Sakit mengikuti rekomendasi dari Komite Penasehat Praktek Imunisasi (ACIP) untuk imunisasi petugas kesehatan, termasuk Hepatitis B dan vaksinasi influenza.</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>11. Rumah Sakit memenuhi persyaratan pelaporan bagi penyakit yang wajib dilaporkan, infeksi kesehatan terkait (sesuai), dan wabah potensial Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Rumah Sakit dapat mengidentifikasi titik-titik kontak di departemen kesehatan setempat atau negara untuk masalah HAI.</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>
<p>12. Rumah Sakit menerapkan langkah-langkah pengendalian infeksi yang terkait dengan konstruksi, renovasi, pembongkaran, dan perbaikan termasuk kinerja penilaian risiko pengendalian infeksi (ICRA) sebelum proyek akan berlangsung Penjelasan sebagai berikut :</p> <p>a. Program IP mengkonsultasikan kapan saja konstruksi, renovasi, pembongkaran, atau perbaikan akan dilakukan.</p> <p>b. elemen ICRA termasuk dalam semua kontrak yang terkait dengan konstruksi, renovasi, pembongkaran, dan perbaikan.</p>	<p><input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>a. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>b. <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p>