

## **Infection Prevention and Control Assessment Tool for Outpatient Settings**

This tool is intended to assist in the assessment of infection control programs and practices in outpatient settings. In order to complete the assessment, direct observation of infection control practices will be necessary. To facilitate the assessment, health departments are encouraged to share this tool with facilities in advance of their visit.

### **Overview**

#### **Section 1: Facility Demographics**

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

#### **Section 3: Direct Observation of Facility Practices**

#### **Section 4: Infection Control Guidelines and Other Resources**

### **Infection Control Domains for Gap Assessment**

- I. Infection Control Program and Infrastructure
- II. Infection Control Training and Competency
- III. Healthcare Personnel Safety
- IV. Surveillance and Disease Reporting
- V.a/b. Hand Hygiene
- VI.a/b. Personal Protective Equipment (PPE)
- VII.a/b. Injection Safety
- VIII.a/b. Respiratory Hygiene/Cough Etiquette
- IX.a/b. Point-of-Care Testing (if applicable)
- X.a/b. Environmental Cleaning
- XI.a/b. Device Reprocessing (if applicable)
- XII. Sterilization of Reusable Devices (if applicable)
- XIII. High-level Disinfection of Reusable Devices (if applicable)



U.S. Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

<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"/> Other (specify):		
Is the facility licensed by the state?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Is the facility certified by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Is the facility accredited?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  If yes, list the accreditation organization: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Accreditation Association for Ambulatory Health Care (AAAHC)</li> <li><input type="checkbox"/> American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities (AAAASF)</li> <li><input type="checkbox"/> American Osteopathic Association (AOA)</li> <li><input type="checkbox"/> The Joint Commission (TJC)</li> <li><input type="checkbox"/> Other (specify):</li> </ul>		
Is the facility affiliated with a hospital?	<input type="checkbox"/> Yes (specify – for health department use only): <input type="checkbox"/> No		
Which procedures are performed by the facility?  Select all that apply.	<input type="checkbox"/> Chemotherapy	<input type="checkbox"/> Endoscopy	<input type="checkbox"/> Ear/Nose/Throat
	<input type="checkbox"/> Imaging (MRI/CT)	<input type="checkbox"/> Immunizations	<input type="checkbox"/> OB/Gyn
	<input type="checkbox"/> Ophthalmologic	<input type="checkbox"/> Orthopedic	<input type="checkbox"/> Pain remediation
	<input type="checkbox"/> Plastic/reconstructive	<input type="checkbox"/> Podiatry	<input type="checkbox"/> Other (specify):
What is the <b>primary</b> procedure-type performed by the facility?  Select only one.	<input type="checkbox"/> Chemotherapy	<input type="checkbox"/> Endoscopy	<input type="checkbox"/> Ear/Nose/Throat
	<input type="checkbox"/> Imaging (MRI/CT)	<input type="checkbox"/> Immunizations	<input type="checkbox"/> OB/Gyn
	<input type="checkbox"/> Ophthalmologic	<input type="checkbox"/> Orthopedic	<input type="checkbox"/> Pain remediation
	<input type="checkbox"/> Plastic/reconstructive	<input type="checkbox"/> Podiatry	<input type="checkbox"/> Other (specify):
How many physicians work at the facility?			
What is the average number of patients seen per week?			

## Section 2: Infection Control Program and Infrastructure

I. Infection Control Program and Infrastructure		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
<p>A. Written infection prevention policies and procedures are available, current, and based on evidence-based guidelines (e.g., CDC/HICPAC), regulations, or standards.</p> <p><i>Note: Policies and procedures should be appropriate for the services provided by the facility and should extend beyond OSHA bloodborne pathogen training</i></p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p>B. Infection prevention policies and procedures are re-assessed at least annually or according to state or federal requirements, and updated if appropriate.</p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p>C. At least one individual trained in infection prevention is employed by or regularly available (e.g., by contract) to manage the facility's infection control program.</p> <p><i>Note: Examples of training may include: Successful completion of initial and/or recertification exams developed by the Certification Board for Infection Control &amp; Epidemiology; participation in infection control courses organized by the state or recognized professional societies (e.g., APIC, SHEA).</i></p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p>D. Facility has system for early detection and management of potentially infectious persons at initial points of patient encounter.</p> <p><i>Note: System may include taking a travel and occupational history, as appropriate, and elements described under respiratory hygiene/cough etiquette.</i></p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

II. Infection Control Training and Competency		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
<p>A. Facility has a competency-based training program that provides job-specific training on infection prevention policies and procedures to healthcare personnel.</p> <p><i>Note: This includes those employed by outside agencies and available by contract or on a volunteer basis to the facility.</i></p> <p><i>See sections below for more specific assessment of training related to: hand hygiene, personal protective equipment (PPE), injection safety, environmental cleaning, point-of-care testing, and device reprocessing</i></p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

III. Healthcare Personnel Safety		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
<p>A. Facility has an exposure control plan that is tailored to the specific requirements of the facility (e.g., addresses potential hazards posed by specific services provided by the facility).</p> <p><i>Note: A model template, which includes a guide for creating an exposure control plan that meets the requirements of the OSHA Bloodborne Pathogens Standard is available at: <a href="https://www.osha.gov/Publications/osha3186.pdf">https://www.osha.gov/Publications/osha3186.pdf</a></i></p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p>B. HCP for whom contact with blood or other potentially infectious material is anticipated are trained on the OSHA bloodborne pathogen standard upon hire and at least annually.</p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p>C. Following an exposure event, post-exposure evaluation and follow-up, including prophylaxis as appropriate, are available at no cost to employee and are supervised by a licensed healthcare professional.</p> <p><i>Note: An exposure incident refers to a specific eye, mouth, other mucous membrane, non-intact skin, or parenteral contact with blood or other potentially infectious materials that results from the performance of an individual's duties.</i></p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p>D. Facility tracks HCP exposure events and evaluates event data and develops/implements corrective action plans to reduce incidence of such events.</p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p>E. Facility follows recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) for immunization of HCP, including offering Hepatitis B and influenza vaccination.</p> <p><i>Note: Immunization of Health-Care Personnel: Recommendations of the ACIP available at: <a href="http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6007a1.htm">http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6007a1.htm</a></i></p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p>F. All HCP receive baseline tuberculosis (TB) screening prior to placement, and those with potential for ongoing exposure to TB receive periodic screening (if negative) at least annually.</p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p>G. If respirators are used, the facility has a respiratory protection program that details required worksite-specific procedures and elements for required respirator use, including provision of medical clearance, training, and fit testing as appropriate.</p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not Applicable <input type="radio"/>	
<p>H. Facility has well-defined policies concerning contact of personnel with patients when personnel have potentially transmissible conditions. These policies include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Work-exclusion policies that encourage reporting of illnesses and do not penalize with loss of wages, benefits, or job status.</li> <li>ii. Education of personnel on prompt reporting of illness to supervisor.</li> </ul>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

IV. Surveillance and Disease Reporting		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. An updated list of diseases reportable to the public health authority is readily available to all personnel.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
B. Facility can demonstrate knowledge of and compliance with mandatory reporting requirements for notifiable diseases, healthcare associated infections (as appropriate), and for potential outbreaks.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
C. Patients who have undergone procedures at the facility are educated regarding signs and symptoms of infection that may be associated with the procedure and instructed to notify the facility if such signs or symptoms occur.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

V.a. Hand Hygiene		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. All HCP are educated regarding appropriate indications for hand hygiene: i. Upon hire, prior to provision of care ii. Annually	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
B. HCP are required to demonstrate competency with hand hygiene following each training	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
C. Facility regularly audits (monitors and documents) adherence to hand hygiene.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
D. Facility provides feedback from audits to personnel regarding their hand hygiene performance.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
E. Hand hygiene policies promote preferential use of alcohol-based hand rub over soap and water in all clinical situations 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.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

VI.a. Personal Protective Equipment (PPE)		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. HCP who use PPE receive training on proper selection and use of PPE: i. Upon hire, prior to provision of care ii. Annually iii. When new equipment or protocols are introduced	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
B. HCP are required to demonstrate competency with selection and use of PPE following each training.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
C. Facility regularly audits (monitors and documents) adherence to proper PPE selection and use.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
D. Facility provides feedback from audits to personnel regarding their performance with selection and use of PPE.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

VII.a. Injection Safety (This element does not include assessment of pharmacy/compounding practices)

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. HCP who prepare and/or administer parenteral medications receive training on safe injection practices: <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Upon hire, prior to being allowed to prepare and/or administer parenteral medications</li> <li>ii. Annually</li> <li>iii. When new equipment or protocols are introduced</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
B. HCP are required to demonstrate competency with safe injection practices following each training.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
C. Facility regularly audits (monitors and documents) adherence to safe injection practices.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
D. Facility provides feedback from audits to personnel regarding their adherence to safe injection practices.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
E. Facility has policies and procedures to track HCP access to controlled substances to prevent narcotics theft/diversion.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p><i>Note: Policies and procedures should address: how data are reviewed, how facility would respond to unusual access patterns, how facility would assess risk to patients if tampering (alteration or substitution) is suspected or identified, and who the facility would contact if diversion is suspected or identified.</i></p>		

VIII.a. Respiratory Hygiene/Cough Etiquette

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. Facility has policies and procedures to contain respiratory secretions in persons who have signs and symptoms of a respiratory infection, beginning at point of entry to the facility and continuing through the duration of the visit. Policies include: <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Offering facemasks to coughing patients and other symptomatic persons upon entry to the facility, at a minimum, during periods of increased respiratory infection activity in the community.</li> <li>ii. Providing space in waiting rooms and encouraging persons with symptoms of respiratory infections to sit as far away from others as possible.</li> </ul> <p><i>Note: If available, facilities may wish to place patients with symptoms of a respiratory infection in a separate area while waiting for care.</i></p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
B. Facility educates HCP on the importance of infection prevention measures to contain respiratory secretions to prevent the spread of respiratory pathogens.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

IX.a. Point-of-Care Testing (e.g., blood glucose meters, INR monitor)		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. HCP who perform point-of-care testing receive training on recommended practices: i. Upon hire, prior to being allowed to perform point-of-care testing ii. Annually iii. When new equipment or protocols are introduced	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
B. HCP are required to demonstrate competency with recommended practices for point-of-care testing following each training.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
C. Facility regularly audits (monitors and documents) adherence to recommended practices during point-of-care testing.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
D. Facility provides feedback from audits to personnel regarding their adherence to recommended practices.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	

X.a. Environmental Cleaning		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. Facility has written policies and procedures for routine cleaning and disinfection of environmental surfaces, including identification of responsible personnel.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
B. Personnel who clean and disinfect patient care areas (e.g., environmental services, technicians, nurses) receive training on cleaning procedures i. Upon hire, prior to being allowed to perform environmental cleaning ii. Annually iii. When new equipment or protocols are introduced  <i>Note: If environmental cleaning is performed by contract personnel, facility should verify this is provided by contracting company.</i>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
C. HCP are required to demonstrate competency with environmental cleaning procedures following each training.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
D. Facility regularly audits (monitors and documents) adherence to cleaning and disinfection procedures, including using products in accordance with manufacturer's instructions (e.g., dilution, storage, shelf-life, contact time).	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
E. Facility provides feedback from audits to personnel regarding their adherence to cleaning and disinfection procedures.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
F. Facility has a policy/procedure for decontamination of spills of blood or other body fluids.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

X.a. Environmental Cleaning, continued

**Operating Room**

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
G. Operating rooms are terminally cleaned after last procedure of the day.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not applicable	
H. Facility regularly audits (monitors and documents) adherence to recommended infection control practices for surgical infection prevention including: <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Adherence to preoperative surgical scrub and hand hygiene</li> <li>ii. Appropriate use of surgical attire and drapes</li> <li>iii. Adherence to aseptic technique and sterile field</li> <li>iv. Proper ventilation requirements in surgical suites</li> <li>v. Minimization of traffic in the operating room</li> <li>vi. Adherence to cleaning and disinfection of environmental surfaces</li> </ul>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not applicable	
I. Facility provides feedback from audits to personnel regarding their adherence to surgical infection prevention practices.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not applicable	



## XI.a. Device Reprocessing

The following basic information allows for a general assessment of policies and procedures related to reprocessing of reusable medical devices. Outpatient facilities that are performing on-site sterilization or high-level disinfection of reusable medical devices should refer to the more detailed checklists in separate sections of this document devoted to those issues.

Categories of Medical Devices:

- **Critical items** (e.g., surgical instruments) are objects that enter sterile tissue or the vascular system and must be sterile prior to use (see Sterilization Section).
- **Semi-critical items** (e.g., endoscopes for upper endoscopy and colonoscopy, vaginal probes) are objects that contact mucous membranes or non-intact skin and require, at a minimum, high-level disinfection prior to reuse (see High-level Disinfection Section).
- **Non-critical items** (e.g., blood pressure cuffs) 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.

**Single-use devices** (SUDs) are labeled by the manufacturer for a single use and do not have reprocessing instructions. They may *not* be reprocessed for reuse except by entities which have complied with FDA regulatory requirements and have received FDA clearance to reprocess specific SUDs.

Note: Cleaning must always be performed prior to sterilization and disinfection

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
<p>A. Facility has policies and procedures to ensure that reusable medical devices are cleaned and reprocessed appropriately prior to use on another patient.</p> <p><i>Note: This includes clear delineation of responsibility among HCP for cleaning and disinfection of equipment including, non-critical equipment, mobile devices, and other electronics (e.g., point-of-care devices) that might not be reprocessed in a centralized reprocessing area.</i></p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>B. The individual(s) in charge of infection prevention at the facility is consulted whenever new devices or products will be purchased or introduced to ensure implementation of appropriate reprocessing policies and procedures.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>C. HCP responsible for reprocessing reusable medical devices receive hands-on training on proper selection and use of PPE and recommended steps for reprocessing assigned devices:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Upon hire, prior to being allowed to reprocess devices</li> <li>ii. Annually</li> <li>iii. When new devices are introduced or policies/procedures change.</li> </ul> <p><i>Note: If device reprocessing is performed by contract personnel, facility should verify this is provided by contracting company.</i></p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>D. HCP are required to demonstrate competency with reprocessing procedures (i.e., correct technique is observed by trainer) following each training.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	

XI.a. Device Reprocessing, continued

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
E. Facility regularly audits (monitors and documents) adherence to reprocessing procedures.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
F. Facility provides feedback from audits to personnel regarding their adherence to reprocessing procedures.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
G. Facility has protocols to ensure that HCP can readily identify devices that have been properly reprocessed and are ready for patient use (e.g., tagging system, storage in designated area).	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
H. Facility has policies and procedures outlining facility response (i.e., risk assessment and recall of device) in the event of a reprocessing error or failure.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
I. Routine maintenance for reprocessing equipment (e.g., automated endoscope reprocessors, steam autoclave) is performed by qualified personnel in accordance with manufacturer instructions; confirm maintenance records are available.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	

### Section 3: Direct Observation of Facility Practices

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) have resulted in bloodborne pathogen transmission and should be halted immediately. Identification of such lapses warrants appropriate notification and testing of potentially affected patients.

If an element is unable to be observed during an assessment (e.g., no patients received point-of-care testing during the visit), assess the element by interviewing appropriate personnel about facility practices. Notation should also be made in the notes section that the element was not able to be directly observed.

V.b. Hand hygiene		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. Supplies necessary for adherence to hand hygiene (e.g., soap, water, paper towels, alcohol-based hand rub) are readily accessible to HCP in patient care areas.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
Hand hygiene is performed correctly:		
B. Before contact with the patient	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
C. Before performing an aseptic task (e.g., insertion of IV or preparing an injection)	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
D. After contact with the patient	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
E. After contact with objects in the immediate vicinity of the patient	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
F. After contact with blood, body fluids or contaminated surfaces	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
G. After removing gloves	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
H. When moving from a contaminated-body site to a clean-body site during patient care	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

VI.b. Personal Protective Equipment (PPE)		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. Sufficient and appropriate PPE is available and readily accessible to HCP.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
PPE is used correctly:		
B. PPE, other than respirator, is removed and discarded prior to leaving the patient's room or care area. If a respirator is used, it is removed and discarded (or reprocessed if reusable) <u>after</u> leaving the patient room or care area and closing the door.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
C. Hand hygiene is performed immediately after removal of PPE.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

VI.b. Personal Protective Equipment (PPE), continued		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
D. Gloves		
i. HCP wear gloves for potential contact with blood, body fluids, mucous membranes, non-intact skin, or contaminated equipment.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
ii. HCP <u>do not</u> wear the same pair of gloves for the care of more than one patient.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
iii. HCP <u>do not</u> wash gloves for the purpose of reuse.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
E. Gowns		
i. HCP wear gowns to protect skin and clothing during procedures or activities where contact with blood or body fluids is anticipated.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not Applicable <input type="radio"/>	
ii. HCP <u>do not</u> wear the same gown for the care of more than one patient.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not Applicable <input type="radio"/>	
F. Facial protection		
i. HCP wear mouth, nose, and eye protection during procedures that are likely to generate splashes or sprays of blood or other body fluids.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not Applicable <input type="radio"/>	

VII.b. Injection safety (This element does not include assessment of pharmacy/compounding practices)		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. Injections are prepared using aseptic technique in a clean area free from contamination or contact with blood, body fluids or contaminated equipment.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
B. Needles and syringes are used for only one patient (this includes manufactured prefilled syringes and cartridge devices such as insulin pens).	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
C. The rubber septum on a medication vial is disinfected with alcohol prior to piercing.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
D. Medication containers are entered with a new needle and a new syringe, even when obtaining additional doses for the same patient.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
E. Single dose (single-use) medication vials, ampules, and bags or bottles of intravenous solution are used for only one patient.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
F. Medication administration tubing and connectors are used for only one patient.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
G. Multi-dose vials are dated by HCP when they are first opened and discarded within 28 days unless the manufacturer specifies a different (shorter or longer) date for that opened vial.  <i>Note: This is different from the expiration date printed on the vial.</i>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/> (Facility does not use multi-dose vials or discards them after single patient use)	

VII.b. Injection safety (This element does not include assessment of pharmacy/compounding practices), continued

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
<p>H. Multi-dose vials to be used for more than one patient are kept in a centralized medication area and <u>do not</u> enter the immediate patient treatment area (e.g., operating room, patient room/cubicle).</p> <p><i>Note: If multi-dose vials enter the immediate patient treatment area they should be dedicated for single-patient use and discarded immediately after use.</i></p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/> (Facility does not use multi-dose vials or discards them after single patient use)	
I. All sharps are disposed of in a puncture-resistant sharps container.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
J. Filled sharps containers are disposed of in accordance with state regulated medical waste rules.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
K. All controlled substances (e.g., Schedule II, III, IV, V drugs) are kept locked within a secure area.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
L. HCP wear a facemask (e.g., surgical mask) when placing a catheter or injecting material into the epidural or subdural space (e.g., during myelogram, epidural or spinal anesthesia).	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/> (Facility does not perform spinal injection procedures)	

VIII.b. Respiratory Hygiene/Cough Etiquette

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. Facility:		
i. Posts signs at entrances with instructions to patients with symptoms of respiratory infection to: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Inform HCP of symptoms of a respiratory infection when they first register for care, and</li> <li>b. Practice Respiratory Hygiene/Cough Etiquette (cover their mouths/noses when coughing or sneezing, use and dispose of tissues, and perform hand hygiene after hands have been covered with respiratory secretions).</li> </ol>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
ii. Provides tissues and no-touch receptacles for disposal of tissues.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
iii. Provides resources for performing hand hygiene in or near waiting areas.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

**IX.b. Point-of-Care Testing (e.g., blood glucose meters, INR monitor)**

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
<p>A. New single-use, auto-disabling lancing device is used for each patient.</p> <p><i>Note: Lancet holder devices are not suitable for multi-patient use.</i></p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>B. If used for more than one patient, the point-of-care testing meter is cleaned and disinfected after every use according to manufacturer’s instructions.</p> <p><i>Note: If the manufacturer does not provide instructions for cleaning and disinfection, then the testing meter should not be used for &gt;1 patient.</i></p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/></p>	

**X.b. Environmental Cleaning**

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
<p>A. Supplies necessary for appropriate cleaning and disinfection procedures (e.g., EPA-registered disinfectants) are available.</p> <p><i>Note: If environmental services are performed by contract personnel, facility should verify that appropriate EPA-registered products are provided by contracting company</i></p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>B. High-touch surfaces in rooms where surgical or other invasive procedures (e.g., endoscopy, spinal injections) are performed are cleaned and then disinfected with an EPA-registered disinfectant after each procedure.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>C. Cleaners and disinfectants are used in accordance with manufacturer’s instructions (e.g., dilution, storage, shelf-life, contact time).</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>D. HCP engaged in environmental cleaning wear appropriate PPE to prevent exposure to infectious agents or chemicals (PPE can include gloves, gowns, masks, and eye protection).</p> <p><i>Note: The exact type of correct PPE depends on infectious or chemical agent and anticipated type of exposure.</i></p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	

XI.b. Device Reprocessing		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. Policies, procedures, and manufacturer reprocessing instructions for reusable medical devices used in the facility are available in the reprocessing area(s).	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
B. Reusable medical devices are cleaned, reprocessed (disinfection or sterilization) and maintained according to the manufacturer instructions.  <i>Note: If the manufacturer does not provide such instructions, the device may not be suitable for multi-patient use.</i>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
C. Single-use devices are discarded after use and not used for more than one patient.  <i>Note: If the facility elects to reuse single-use devices, these devices must be reprocessed prior to reuse by a third-party reprocessor that it is registered with the FDA as a third-party reprocessor and cleared by the FDA to reprocess the specific device in question. The facility should have documentation from the third party reprocessor confirming this is the case.</i>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
D. Reprocessing area: i. Adequate space is allotted for reprocessing activities. ii. A workflow pattern is followed such that devices clearly flow from high contamination areas to clean/sterile areas (i.e., there is clear separation between soiled and clean workspaces).	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
E. Adequate time for reprocessing is allowed to ensure adherence to all steps recommended by the device manufacturer, including drying and proper storage.  <i>Note: Facilities should have an adequate supply of instruments for the volume of procedures performed and should schedule procedures to allow sufficient time for all reprocessing steps.</i>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
F. HCP engaged in device reprocessing wear appropriate PPE to prevent exposure to infectious agents or chemicals (PPE can include gloves, gowns, masks, and eye protection).  <i>Note: The exact type of correct PPE depends on infectious or chemical agent and anticipated type of exposure.</i>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
G. Medical devices are stored in a manner to protect from damage and contamination.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

## XII. Sterilization of Reusable Devices

Note: If all device sterilization is performed off-site, skip to items M-O below.

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
<p>A. Devices are thoroughly cleaned according to manufacturer instructions and visually inspected for residual soil prior to sterilization.</p> <p><i>Note: Cleaning may be manual (i.e., using friction) and/or mechanical (e.g., with ultrasonic cleaners, washer-disinfector, washer-sterilizers).</i></p> <p><i>Ensure appropriately sized cleaning brushes are selected for cleaning device channels and lumens.</i></p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>B. Cleaning is performed as soon as practical after use (e.g., at the point of use) to prevent soiled materials from becoming dried onto devices.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>C. Enzymatic cleaner or detergent is used for cleaning and discarded according to manufacturer's instructions (typically after each use)</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>D. Cleaning brushes are disposable or, if reusable, cleaned and high-level disinfected or sterilized (per manufacturer's instructions) after use.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>E. After cleaning, instruments are appropriately wrapped/packaged for sterilization (e.g., package system selected is compatible with the sterilization process being performed, items are placed correctly into the basket, shelf or cart of the sterilizer so as not to impede the penetration of the sterilant, hinged instruments are open, instruments are disassembled if indicated by the manufacturer).</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>F. A chemical indicator (process indicator) is placed correctly in the instrument packs in every load.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>G. A biological indicator, intended specifically for the type and cycle parameters of the sterilizer, is used at least weekly for each sterilizer and with every load containing implantable items.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>H. For dynamic air removal-type sterilizers (e.g., prevacuum steam sterilizer), an air removal test (Bowie-Dick test) is performed in an empty dynamic-air removal sterilizer each day the sterilizer is used to verify efficacy of air removal.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>I. Sterile packs are labeled with a load number that indicates the sterilizer used, the cycle or load number, the date of sterilization, and, if applicable, the expiration date.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>J. Sterilization logs are current and include results from each load.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>K. Immediate-use steam sterilization, if performed, is only done in circumstances in which routine sterilization procedures cannot be performed.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	



XII. Sterilization of Reusable Devices, continued		
Note: If all device sterilization is performed off-site, skip to items M-O below.		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
L. Instruments that undergo immediate-use steam sterilization are used immediately and not stored.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
M. After sterilization, medical devices are stored so that sterility is not compromised.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
N. Sterile packages are inspected for integrity and compromised packages are reprocessed prior to use.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
O. The facility has a process to perform initial cleaning of devices (to prevent soiled materials from becoming dried onto devices) prior to transport to the off-site reprocessing facility.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	

XIII. High-Level Disinfection of Reusable Devices		
Note: If all high-level disinfection is performed off-site, skip to items L-N below.		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. Flexible endoscopes are inspected for damage and leak tested as part of each reprocessing cycle. Any device that fails the leak test is removed from clinical use and repaired.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
B. Devices are thoroughly cleaned according to manufacturer instructions and visually inspected for residual soil prior to high-level disinfection.  <i>Note: Cleaning may be manual (i.e., using friction) and/or mechanical (e.g., with ultrasonic cleaners, washer-disinfector, washer-sterilizers).</i>  <i>Ensure appropriately sized cleaning brushes are selected for cleaning device channels and lumens.</i>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
C. Cleaning is performed as soon as practical after use (e.g., at the point of use) to prevent soiled materials from becoming dried onto instruments.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
D. Enzymatic cleaner or detergent is used and discarded according to manufacturer instructions (typically after each use).	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
E. Cleaning brushes are disposable or, if reusable, cleaned and high-level disinfected or sterilized (per manufacturer instructions) after use.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
F. For chemicals used in high-level disinfection, manufacturer instructions are followed for: <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Preparation</li> <li>ii. Testing for appropriate concentration</li> <li>iii. Replacement (i.e., upon expiration or loss of efficacy)</li> </ul>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	

XIII. High-Level Disinfection of Reusable Devices, continued

Note: If all high-level disinfection is performed off-site, skip to items L-N below.

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
G. If automated reprocessing equipment is used, proper connectors are used to assure that channels and lumens are appropriately disinfected.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
H. Devices are disinfected for the appropriate length of time as specified by manufacturer instructions.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
I. Devices are disinfected at the appropriate temperature as specified by manufacturer instructions.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
J. After high-level disinfection, devices are rinsed with sterile water, filtered water, or tap water followed by a rinse with 70% - 90% ethyl or isopropyl alcohol.  <i>Note: There is no recommendation to use sterile or filtered water rather than tap water for rinsing semi-critical equipment that contact the mucous membranes of the rectum or vagina</i>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
K. Devices are dried thoroughly prior to reuse.  <i>Note: For lumened instruments (e.g., endoscopes) this includes flushing all channels with alcohol and forcing air through channels.</i>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
L. After high-level disinfection, devices are stored in a manner to protect from damage or contamination.  <i>Note: Endoscopes should be hung in a vertical position.</i>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
M. Facility maintains a log for each endoscopy procedure which includes: patient's name and medical record number (if available), procedure, date, endoscopist, system used to reprocess the endoscope (if more than one system could be used in the reprocessing area), and serial number or other identifier of the endoscope used.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
N. The facility has a process to perform initial cleaning of devices (to prevent soiled materials from becoming dried onto devices) prior to transport to the off-site reprocessing facility.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	

## 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)

- **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/spec-grps/hcw.htm>
- Occupational Safety & Health Administration (OSHA) Bloodborne Pathogens and Needlestick Prevention Standard: <http://www.osha.gov/SLTC/bloodbornepathogens/index.html>
- OSHA Respiratory Protection Standard: [https://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show\\_document?p\\_id=12716&p\\_table=STANDARD S](https://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_id=12716&p_table=STANDARD_S)
- OSHA Respirator Fit Testing: [https://www.osha.gov/video/respiratory\\_protection/fittesting\\_transcript.html](https://www.osha.gov/video/respiratory_protection/fittesting_transcript.html)

- **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/>

Examples of tools that can be used to conduct a formal audit of hand hygiene practices:

- [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh\\_monograph.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh_monograph.pdf)
- <http://comepepi.cs.uiowa.edu/index.php/Research/IScrub>

- **Personal Protective Equipment**

- 2007 Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>
- Guidance for the Selection and Use of Personal Protective Equipment in Healthcare Settings: <http://www.cdc.gov/HAI/prevent/ppe.html>

- **Injection Safety**

- 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://www.oneandonlycampaign.org/>
  
- **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/>
  
- **Environmental Cleaning**
  - 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)
  - Options for Evaluating Environmental Infection Control: <http://www.cdc.gov/HAI/toolkits/Evaluating-Environmental-Cleaning.html>
  
- **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)
  
- **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 Dec;36(10):685-90
  - 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

### Instrumen *Infection Control Risk Assesment (ICRA) for Outpatient Settings*

<b>Bagian 1 Demografi fasilitas kesehatan</b>			
Nama fasilitas kesehatan (Hanya untuk Departemen Kesehatan)			
ID Organisasi fasilitas kesehatan NHSN (Hanya untuk Departemen Kesehatan)			
ID Khusus yang diberikan			
Tanggal Penilaian			
Jenis Penilaian	<input type="checkbox"/> on-site <input type="checkbox"/> Lainnya (jelaskan):		
Alasan Penilaian	<input type="checkbox"/> <i>Outbreak</i> <input type="checkbox"/> Masukan dari lembaga akreditasi atau lembaga survei <input type="checkbox"/> data NHSN Jika YA, perjelas : <input type="checkbox"/> CAUTI <input type="checkbox"/> CLABSI <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Lainnya (jelaskan : _____ ) <input type="checkbox"/> Kolaboratif (perjelas : _____ ) <input type="checkbox"/> Lainnya (perjelas : _____ )		
Apakah fasilitas kesehatan ini dilisensi oleh negara ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Apakah fasilitas kesehatan ini disertifikasi oleh the <i>Centers for Medicare &amp; Medicaid Services (CMS)</i> ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Apakah fasilitas kesehatan ini terakreditasi ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika YA, daftar organisasi akreditasi: <input type="checkbox"/> <i>Accreditation Association for Ambulatory Health Care (AAAHC)</i> <input type="checkbox"/> <i>American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities (AAAASF)</i> <input type="checkbox"/> <i>American Osteopathic Association (AOA)</i> <input type="checkbox"/> <i>The Joint Commission (TJC)</i> <input type="checkbox"/> Lainnya (perjelas):		
Apakah fasilitas kesehatan ini berafiliasi dengan rumah sakit ?	<input type="checkbox"/> Ya (perjelas – hanya untuk departemen kesehatan) : <input type="checkbox"/> Tidak		
Mana prosedur yang digunakan? Pilih.....	<input type="checkbox"/> Kemoterapi	<input type="checkbox"/> Endoskopi	<input type="checkbox"/> THT
	<input type="checkbox"/> Imaging (MRI/CT)	<input type="checkbox"/> Imunisasi	<input type="checkbox"/> OBS/Gyn
	<input type="checkbox"/> Oftalmologi	<input type="checkbox"/> Orthopedi	<input type="checkbox"/> pemulihan nyeri
	<input type="checkbox"/> Bedah plastik/rekonstruksi	<input type="checkbox"/> Podiatri	<input type="checkbox"/> Lainnya :
Apakah tipe prosedur utama dari fasilitas kesehatan ini? Pilih salah satu	<input type="checkbox"/> Kemoterapi	<input type="checkbox"/> Endoskopi	<input type="checkbox"/> THT
	<input type="checkbox"/> Imaging (MRI/CT)	<input type="checkbox"/> Imunisasi	<input type="checkbox"/> OBS/Gyn
	<input type="checkbox"/> Oftalmologi	<input type="checkbox"/> Orthopedi	<input type="checkbox"/> pemulihan nyeri
	<input type="checkbox"/> Bedah plastik/	<input type="checkbox"/> Podiatri	<input type="checkbox"/> Lainnya :

	rekonstruksi		
Berapa banyak dokter yang menggunakan fasilitas kesehatan ini?			
Berapa rata-rata pasien yang terlihat setiap minggu?			

## Bagian 2 : Program dan Infrastruktur Pengendalian Infeksi

I. Program dan Infrastruktur Pengendalian Program		
Unsur yang harus dinilai	Penilaian	Catatan Perbaikan
<p>A. Tersedia kebijakan dan prosedur tertulis tentang pencegahan infeksi saat ini, dan berdasarkan pedoman berbasis bukti (misalnya, CDC / HICPAC), peraturan-peraturan, atau standar yang sudah ditetapkan</p> <p><i>Catatan: Kebijakan dan prosedur harus sesuai untuk layanan yang disediakan oleh fasilitas kesehatan dan harus melampaui pelatihan patogen yang ditularkan melalui darah oleh OSHA</i></p>	O Ya O Tidak	
<p>B. Kebijakan dan prosedur pencegahan infeksi dinilai ulang setidaknya setiap tahun atau sesuai dengan kebutuhan negara bagian atau federal, dan diperbarui jika diperlukan</p>	O Ya O Tidak	
<p>C. Setidaknya ada satu orang terlatih dalam pencegahan infeksi yang dipekerjakan atau tersedia secara teratur (misalnya, kontrak) untuk mengelola program pengendalian infeksi dari fasilitas kesehatan ini.</p> <p><i>Catatan: Contoh pelatihan dapat mencakup: Dapat Menjalankan dasar dan/atau ujian sertifikasi ulang yang dikembangkan oleh Badan Sertifikasi untuk Pengendalian Infeksi &amp; Epidemiologi; berpartisipasi dalam program pengendalian infeksi yang diselenggarakan oleh negara atau diakui masyarakat profesional (misalnya, APIC, SHEA).</i></p>	O Ya O Tidak	
<p>D. fasilitas kesehatan memiliki sistem deteksi dini dan manajemen pengendalian potensi orang terinfeksi pada titik awal pertemuan dengan pasien</p> <p><i>Catatan : Sistem mencakup riwayat perjalanan dan pekerjaan, yang sesuai dan mencakup unsur tentang higiene pernapasan/etika batuk</i></p>	O Ya O Tidak	

<b>II. Pelatihan dan Kompetensi Pengendalian Infeksi</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan untuk Perbaikan</b>
<p>A. fasilitas kesehatan memiliki program pelatihan berbasis kompetensi yang menyediakan pelatihan sesuai dengan pekerjaannya dalam kebijakan dan prosedur pencegahan infeksi</p> <p><i>Catatan : termasuk yang dikontrak dan relawan</i></p> <p><i>Lihat bagian ini lebih spesifik pada : kebersihan tangan, peralatan proteksi diri, keamanan injeksi, alat tes diagnostik, dan pemrosesan ulang alat</i></p>	O Ya O Tidak	

<b>III. Keamanan Nakes (HealthCare Personel/HCP)</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
<p>A. fasilitas kesehatan memiliki prosedur pengendalian keterpaparan yang disesuaikan dengan kebutuhan spesifik dari fasilitas kesehatan kesehatan (misalnya, identifikasi potensi bahaya yang ditimbulkan sebagai akibat dari penggunaan alat).</p> <p><i>Catatan: Kerangka model, yang mencakup panduan pembuatan prosedur pengendalian keterpaparan yang memenuhi persyaratan standar patogen yang ditularkan melalui darah oleh OSHA dan tersedia di :</i> <a href="https://www.osha.gov/Publications/osha3186.pdf">https://www.osha.gov/Publications/osha3186.pdf</a></p>	OYa OTidak	
<p>B. Antisipasi Nakes siapa saja yang kontak dengan darah atau bahan yang berpotensi menular lainnya, dilatih dengan menyewa standar patogen yang ditularkan melalui darah OSHA dan dilakukan setidaknya setiap tahun</p>	OYa OTidak	
<p>C. Mengikuti paparan, evaluasi pasca-paparan dan tindak lanjut, termasuk profilaksis yang sesuai, tersedia tanpa membebankan biaya kepada karyawan dan diawasi oleh profesional kesehatan yang berlisensi.</p> <p><i>Catatan : insidensi paparan mengacu spesifik pada mata, mulut, selaput lendir, kulit yang tidak utuh, atau kontak parenteral dengan darah atau bahan yang berpotensi menular lainnya yang dihasilkan dari pelaksanaan tugas individu</i></p>	OYa OTidak	
<p>D. fasilitas kesehatan menelusuri paparan terhadap Nakes dengan mengevaluasi data dan mengembangkan/mengimplementasikan tindakan korektif yang terencana untuk mengurangi insidensi</p>	OYa OTidak	
<p>E. fasilitas kesehatan mengikuti rekomendasi dari <i>Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)</i> untuk imunisasi Nakes termasuk vaksin Hepatitis B dan influenza</p> <p><i>Catatan : Imunisasi Nakes yang direkomendasikan oleh ACIP tersedia di:</i> <a href="http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6007a1.htm">http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6007a1.htm</a></p>	OYa OTidak	
<p>F. Semua Nakes menerima skrining dasar tuberkulosis (TB)</p>	OYa OTidak	

sebelum penempatan, dan orang-orang dengan potensi paparan berkelanjutan akan menerima skrining TB periodik (jika negatif) setidaknya setiap tahun.		
G. Jika alat pelindung pernapasan digunakan, fasilitas kesehatan harus memiliki program perlindungan pernapasan dan menjelaskan prosedur kerja secara spesifik serta elemen yang digunakan dalam pemakaian alat pernapasan termasuk penyediaan izin medis, pelatihan dan pengujian yang sesuai	O Ya O Tidak O Tidak dipakai	
H. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan yang peduli terhadap kontak tenaga kesehatan dengan pasien ketika tenaga kesehatan memiliki kondisi yang berpotensi tertular. Kebijakan meliputi: i. Kebijakan pengecualian kerja sehingga harus melaporkan kondisi sakit dan tidak dihukum dengan pengurangan gaji, bonus maupun dipecat dari pekerjaan ii. Mengedukasi tenaga kesehatan untuk segera melaporkan kondisi sakit kepada atasan.	OYa Otidak  OYa Otidak  OYa Otidak	

<b>IV. Surveilans dan Pelaporan Penyakit</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Daftar penyakit terbaru yang sudah dilaporkan kepada otoritas kesehatan masyarakat tersedia untuk semua petugas.	OYa OTidak	
B. fasilitas kesehatan dapat menunjukkan pengetahuan dan kepatuhan dengan syarat pelaporan wajib bagi penyakit yang sudah disebutkan, perawatan kesehatan yang berhubungan dengan infeksi (yang sesuai), dan berpotensi wabah	OYa OTidak	
C. Pasien yang telah menjalani perawatan di fasilitas kesehatan diberi penyuluhan mengenai tanda-tanda dan gejala infeksi yang mungkin terkait dengan prosedur dan diperintahkan untuk memberitahukan jika tanda-tanda atau gejala tersebut terjadi	OYa OTidak	

<b>V.a. Kebersihan Tangan</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Setiap Nakes diberikan edukasi mengenai indikasi yang tepat untuk kebersihan tangan: i. Dilakukan sebelum perawatan ii. Secara Berkala	OYa Otidak OYa OTidak	
B. Nakes harus memiliki kompetensi untuk mendemonstrasikan kebersihan setiap pelatihan	OYa OTidak	
C. fasilitas kesehatan melakukan audit secara rutin (memonitor dan dokumentasi) kepatuhan kebersihan tangan	OYa OTidak	
D. fasilitas kesehatan memberikan umpan	OYa OTidak	



balik hasil audit kepada personil mengenai performa kebersihan tangan mereka		
E. Kebijakan kebersihan tangan mempromosikan penggunaan antiseptik berbasis alkohol dibandingkan sabun dan air dalam segala situasi klinis kecuali ketika tangan terlihat kotor (misalnya, darah, cairan tubuh) atau setelah merawat pasien yang diketahui atau diduga terinfeksi <i>C. difficile</i> dan norovirus	OYa OTidak	

<b>VI.a. Alat Pelindung Diri (<i>Personel Protective Equipment/PPE</i>)</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Nakes yang menggunakan APD menerima pelatihan untuk memilih dan menggunakan APD :		
i. Sebelum melakukan perawatan	OYa OTidak	
ii. Secara berkala	OYa OTidak	
iii. Ketika alat atau prosedur baru diperkenalkan	OYa OTidak	
B. Nakes diminta mendemonstrasikan kemampuan terkait pemilihan dan penggunaan APD setiap mengikuti pelatihan	OYa OTidak	
C. fasilitas kesehatan melakukan audit secara rutin (memonitor dan mendokumentasi) kepatuhan memilih dan menggunakan APD	OYa OTidak	
D. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada personil mengenai pemilihan dan penggunaan APD	OYa OTidak	

<b>VII.a. Keamanan Injeksi</b>		
(Unsur ini tidak termasuk dalam penilaian farmasi/praktik gabungan)		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Nakes yang menyiapkan dan/atau memberi obat parenteral menerima pelatihan injeksi yang aman:		
i. Dilakukan sesaat sebelum diperbolehkan untuk menyiapkan dan/atau memberi obat parenteral	OYa OTidak	
ii. Berkala	OYa OTidak	
iii. Ketika alat atau prosedur baru diperkenalkan	OYa OTidak	
B. Nakes diminta mendemonstrasikan kemampuan terkait injeksi yang aman setiap mengikuti pelatihan	OYa OTidak	
C. fasilitas kesehatan melakukan audit secara rutin (memonitor dan	OYa OTidak	

dokumentasi) kepatuhan untuk melakukan injeksi yang aman		
D. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada personil tentang kepatuhan mereka untuk melaksanakan injeksi yang aman	OYa OTidak	
E. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan dan prosedur untuk melacak akses Nakes pada zat yang dikendalikan untuk mencegah pencurian/pengalihan narkotika. <i>Catatan: Kebijakan dan prosedur harus mengidentifikasi : bagaimana data ditinjau, bagaimana fasilitas kesehatan merespon pola akses yang tidak biasa, bagaimana fasilitas kesehatan akan menilai risiko untuk pasien jika gangguan (perubahan atau substitusi) diduga atau diidentifikasi, dan siapa yang akan menghubungi jika ada pengalihan yang dicurigai atau diidentifikasi</i>	OYa OTidak	

<b>VIII.a. Kebersihan Pernapasan/Etika Batuk</b>		
Unsur yang harus dinilai	Penilaian	Catatan Perbaikan
A. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan dan prosedur tentang sekresi pernapasan pada orang yang memiliki tanda-tanda dan gejala infeksi pernapasan, dimulai pada awal masuk ke fasilitas kesehatan dan berlanjut selama durasi kunjungan. Kebijakan mencakup: i. Menawarkan masker untuk pasien yang batuk dan dengan gejala lainnya setelah masuk ke fasilitas kesehatan, minimal, selama periode peningkatan insidensi ISPA di masyarakat ii. Menyediakan tempat di ruang tunggu dan mendorong orang dengan gejala infeksi pernapasan untuk duduk jauh dari orang lain  <i>Catatan : jika tersedia, fasilitas kesehatan menyediakan ruangan terpisah bagi pasien dengan gejala infeksi pernapasan saat menunggu pemeriksaan</i>	OYa Otidak  OYa Otidak  OYa Otidak	
B. fasilitas kesehatan mengedukasi Nakes mengenai pentingnya langkah-langkah pencegahan infeksi saluran pernapasan untuk mencegah penyebaran patogen pernapasan.	OYa OTidak	

<b>IX.a. Tes <i>Point-of-Care</i> (contoh : glukometer, monitor INR)</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Nakes yang bekerja pada tes <i>point-of-care</i> menerima pelatihan pada praktik yang direkomendasikan : i. Dilakukan sesaat sebelum diperbolehkan bekerja ii. Berkala iii. Ketika alat atau prosedur baru diperkenalkan	OYa Otidak OYa Otidak OYa Otidak	
B. Nakes diminta mendemonstrasikan kemampuan terkait praktik tes <i>point-of-care</i> setiap mengikuti pelatihan	OYa Otidak	
C. fasilitas kesehatan melakukan audit secara rutin (memonitor dan dokumentasi) kepatuhan untuk melakukan tes <i>point-of-care</i> yang direkomendasikan	OYa Otidak	
D. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada personil tentang kepatuhan mereka untuk melaksanakan praktik yang direkomendasikan	OYa Otidak	

<b>X.a. Kebersihan Lingkungan</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan dan prosedur tertulis tentang kebersihan dan desinfeksi rutin termasuk identifikasi pegawai yang bertanggungjawab	OYa Otidak	
B. Pegawai yang membersihkan dan desinfeksi tempat perawatan pasien (contoh pelayanan lingkungan, teknisi, perawat) menerima pelatihan tentang prosedur kebersihan : i. Membersihkan lingkungan dilakukan sesaat sebelum bekerja ii. Berkala iii. Ketika alat atau prosedur baru diperkenalkan	OYa Otidak OYa Otidak OYa Otidak	
<i>Catatan : jika kebersihan lingkungan dilakukan oleh pegawai kontrak, fasilitas kesehatan harus memastikan ini disediakan oleh perusahaan penyedia tenaga kontrak</i>		
C. Nakes diminta mendemonstrasikan kemampuan terkait praktik alat diagnostik tes setiap mengikuti pelatihan	OYa Otidak	
D. fasilitas kesehatan secara teratur melakukan audit (monitor dan dokumen) kepatuhan terhadap pembersihan dan melakukan prosedur desinfeksi, termasuk menggunakan produk sesuai dengan instruksi pabrik	OYa Otidak	

(mis, pengenceran, penyimpanan, waktu layak pakai, waktu kontak)		
E. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada petugas tentang kepatuhan mereka untuk membersihkan dan melakukan prosedur disinfeksi	OYa Otidak	
F. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan/prosedur untuk dekontaminasi tumpahan darah atau cairan tubuh lainnya.	OYa Otidak	
G. Kamar operasi terakhir dibersihkan setelah prosedur terakhir hari itu	OYa Otidak	
H. fasilitas kesehatan secara teratur melakukan audit (memonitor dan mendokumentasi) kepatuhan terhadap praktik pengendalian infeksi yang direkomendasikan bagi pencegahan infeksi bedah termasuk : i. Kepatuhan terhadap pemakaian scrub praoperasi dan kebersihan tangan ii. Pemakaian baju bedah dan tirai yang tepat iii. Kepatuhan terhadap teknik aseptik dan sterilisasi tempat iv. Ventilasi yang tepat pada kamar bedah v. Minimalisasi lalu lintas di ruang operasi vi. Kepatuhan untuk membersihkan dan disinfeksi lingkungan sekitar	OYa Otidak OYa Otidak OYa Otidak OYa Otidak OYa Otidak	
I. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada personil tentang kepatuhan mereka dalam praktik pencegahan infeksi tindakan bedah	OYa Otidak	

### **XI.a. Pemrosesan Ulang Alat**

Informasi dasar berikut memungkinkan untuk penilaian umum tentang kebijakan dan prosedur yang terkait dengan pengolahan peralatan medis sehingga dapat digunakan kembali. fasilitas kesehatan rawat jalan yang bekerja dengan perangkat medis dapat digunakan kembali dalam sterilisasi di tempat ataupun disinfeksi tingkat tinggi harus mengacu pada daftar periksa yang lebih detail di bagian terpisah dari dokumen ini yang memang ditujukan untuk isu-isu tersebut.

Kategori Alat Kesehatan :

- Produk-produk penting (misalnya, instrumen bedah) adalah obyek yang masuk jaringan yang steril atau sistem pembuluh darah dan harus steril sebelum digunakan (lihat Bagian Sterilisasi).
- Produk Semi-kritis (misalnya, endoskopi untuk endoskopi atas dan kolonoskopi, penyelidikan vagina) adalah objek yang menghubungi membran mukosa atau kulit yang tidak utuh dan membutuhkan, minimal, disinfeksi tingkat tinggi sebelum digunakan kembali (lihat bagian

disinfeksi tingkat tinggi)

- Produk non-kritis (misalnya, manset tekanan darah) adalah objek yang mungkin kontak dengan kulit utuh tetapi tidak mukosa membran dan harus menjalani pembersihan dan disinfeksi kategori rendah atau menengah tergantung pada sifat dan tingkat kontaminasi.

Barang sekali pakai (*Single-Use Devices/SUD*) diberi label oleh produsen untuk penggunaan tunggal dan tidak memiliki petunjuk pengolahan. Barang tidak dibuat untuk pemakaian ulang kecuali dengan badan yang telah memenuhi persyaratan peraturan FDA dan telah menerima izin FDA untuk memproses ulang SUD.

*Catatan : Pembersihan harus diprioritaskan untuk sterilisasi dan disinfeksi*

Unsur yang harus dinilai	Penilaian	Catatan Perbaikan
<p>A. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan dan prosedur untuk memastikan bahwa perangkat medis yang dipakai ulang, dibersihkan dan diolah kembali tepat sebelum digunakan pada pasien lain</p> <p><i>Catatan: Termasuk batas yang jelas antara tanggung jawab NAKES dalam pembersihan dan desinfeksi peralatan termasuk peralatan non-kritis, perangkat mobile, dan elektronik lainnya (misalnya, perangkat point-of-care) yang mungkin tidak akan diproses kembali pada daerah pengolahan terpusat</i></p>	OYa Otidak	
<p>B. Individu yang bertanggung jawab atas pencegahan infeksi pada fasilitas kesehatan berkonsultasi setiap kali perangkat baru atau produk akan dibeli atau yang diperkenalkan untuk memastikan pelaksanaan kebijakan dan prosedur pengolahan yang tepat</p>	OYa Otidak	
<p>C. Nakes yang bertanggungjawab terhadap pemrosesan ulang peralatan medis menerima pelatihan dalam pemilihan dan penggunaan APD dan tahapan yang direkomendasikan dalam pemrosesan ulang alat yang digunakan :</p> <p>i. Dilakukan sesaat sebelum diperbolehkan bekerja</p> <p>ii. Berkala</p> <p>iii. Ketika alat baru diperkenalkan atau kebijakan/prosedur berubah</p> <p><i>Catatan : jika dilakukan oleh pegawai kontrak, fasilitas kesehatan harus memastikan ini disediakan oleh perusahaan penyedia tenaga kontrak</i></p>	<p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p>	
<p>D. Nakes diminta mendemonstrasikan kemampuan terkait prosedur reprosesing (yaitu teknik yang tepat akan dikoreksi oleh trainer) setiap mengikuti pelatihan</p>	OYa Otidak	
<p>E. fasilitas kesehatan secara teratur</p>	OYa Otidak	

melakukan audit (monitor dan dokumen) kepatuhan terhadap prosedur pemrosesan ulang		
F. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada petugas terkait kepatuhan mereka untuk melakukan prosedur pemrosesan ulang	OYa Otidak	
G. fasilitas kesehatan memiliki protokol untuk memastikan bahwa Nakes dapat dengan segera mengidentifikasi alat yang harus diproses ulang dan siap digunakan pasien (contoh sistem penandaan, penyimpanan pada tempat yang ditunjuk)	OYa Otidak	
H. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan dan prosedur yang menjabarkan respon (yaitu, penilaian risiko dan pengingat perangkat) dalam hal kesalahan atau kegagalan pengolahan	OYa Otidak	
I. Perawatan rutin pada alat pengolahan (Misal, reprocessor endoskopi otomatis, <i>steam autoclave</i> ) dilakukan oleh teknisi ahli sesuai dengan instruksi produsen; mengkonfirmasi catatan pemeliharaan yang tersedia.	OYa Otidak O Tidak dipakai	

### Bagian 3 : Observasi Langsung Pada Praktik fasilitas kesehatan

Penyimpangan pengendalian infeksi tertentu (misalnya, penggunaan kembali jarum suntik pada lebih dari satu pasien atau mengakses wadah obat yang digunakan untuk pasien berikutnya; penggunaan kembali pisau bedah) telah mengakibatkan penularan patogen melalui darah dan harus dihentikan segera. Identifikasi penyimpangan seperti jaminan pemberitahuan dan pengujian pasien yang berpotensi terkena dampak.

Jika elemen tidak dapat diamati selama penilaian (misalnya, tidak ada pasien menerima tes *point-of-care* selama kunjungan), menilai elemen dengan mewawancarai personil yang tepat tentang praktik fasilitas kesehatan. Notasi juga harus dilakukan di bagian catatan bahwa unsur itu tidak dapat diamati secara langsung

<b>V. b. Kebersihan Tangan</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Kebutuhan penunjang yang diperlukan untuk kepatuhan terhadap kebersihan tangan (misalnya, sabun, air, handuk, antiseptik alkohol) yang mudah diakses Nakes di tempat perawatan pasien	OYa Otidak	

<b>Kebersihan Tangan dilakukan dengan tepat</b>		
B. Sebelum melakukan tindakan aseptik (misal memasukkan IV atau mempersiapkan suntikan)	OYa Otidak	
C. Setelah kontak dengan pasien	OYa Otidak	
D. Setelah kontak dengan benda di sekitar pasien	OYa Otidak	
E. Setelah kontak dengan darah, cairan tubuh atau permukaan yang terkontaminasi	OYa Otidak	
F. Setelah melepas sarung tangan	OYa Otidak	
G. Ketika berpindah dari lokasi tubuh yang terkontaminasi ke organ yang sehat selama perawatan pasien	OYa Otidak	
H. Sebelum melakukan tindakan aseptik (misal memasukkan IV atau mempersiapkan suntikan)	OYa Otidak	

<b>VI.b. Alat Pelindung Diri (APD)</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. APD yang cukup dan tepat tersedia dan mudah diakses oleh Nakes.	OYa Otidak	
APD digunakan dengan benar		
B. APD selain alat pelindung pernapasan, dilepas dan dibuang sebelum meninggalkan ruangan pasien atau tempat perawatan. Jika alat pelindung pernapasan digunakan, maka dilepas dan dibuang (atau diolah jika dapat digunakan kembali) setelah meninggalkan ruang pasien atau ruang perawatan dan menutup pintu.	OYa Otidak	
C. Kebersihan tangan dilakukan segera setelah melepas APD	OYa Otidak	
D. Sarung tangan <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Nakes menggunakan sarung tangan pada kontak potensial dengan darah, cairan tubuh, membran mukosa, kulit tidak utuh termasuk peralatan yang terkontaminasi</li> <li>ii. Nakes tidak boleh menggunakan sarung tangan yang sama pada lebih dari satu pasien</li> <li>iii. Nakes tidak boleh mencuci sarung tangan untuk pemakaian ulang</li> </ul>	OYa Otidak  OYa Otidak  OYa Otidak	
E. Baju Kerja <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Nakes menggunakan baju kerja untuk menjaga kulit dan baju selama prosedur atau aktivitas yang harus kontak dengan darah atau cairan tubuh</li> <li>ii. Nakes tidak boleh menggunakan</li> </ul>	OYa Otidak O Tidak dipakai OYa Otidak O Tidak dipakai	

baju kerja yang sama lebih dari satu pasien		
F. Proteksi Wajah i. Nakes menggunakan proteksi mulut, hidung, dan mata yang cenderung menimbulkan percikan darah atau cairan tubuh lainnya	OYa Otidak O Tidak dipakai	

<b>VII.b. Keamanan Injeksi</b>		
<b>(Tidak Termasuk Farmasi/Praktik Gabungan)</b>		
<b>Elemen yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan untuk Perbaikan</b>
A. Suntikan disiapkan dengan menggunakan teknik aseptik pada tempat yang bersih bebas dari kontaminasi atau kontak dengan darah, cairan tubuh atau peralatan yang terkontaminasi	OYa Otidak	
B. Jarum suntik digunakan hanya untuk satu pasien (termasuk jarum suntik yang diproduksi <i>prefilled</i> diproduksi perangkat <i>cartridge</i> seperti pena insulin)	OYa Otidak	
C. Sekat karet pada botol obat didesinfeksi dengan alkohol sebelum ditusuk	OYa Otidak	
D. Wadah obat dimasukkan dalam jarum dan jarum suntik yang baru, bahkan ketika mendapatkan dosis tambahan untuk pasien yang sama	OYa Otidak	
E. botol obat, ampul, dan tas atau botol larutan intravena dosis tunggal (sekali pakai) digunakan hanya untuk satu pasien	OYa Otidak	
F. Pemberian tabung dan konektor obat yang digunakan hanya untuk satu pasien.	OYa Otidak	
G. Botol multi-dosis yang diberi tanggal oleh nakes ketika pertama kali dibuka harus dibuang dalam waktu 28 hari kecuali produsen menentukan tanggal yang berbeda (lebih pendek atau lebih lama)  <i>Note: ini berbeda dari tanggal expired yang tertulis pada botol</i>	OYa Otidak O Tidak dipakai (fasilitas kesehatan tidak menggunakan botol multi-dosis atau membuang setelah pemakaian satu pasien)	
H. Botol multi-dosis yang akan digunakan untuk lebih dari satu pasien disimpan pada tempat obat yang terpusat dan tidak masuk ke area perawatan pasien langsung (misalnya, ruang operasi, ruang pasien/bilik).	OYa Otidak O Tidak dipakai (fasilitas kesehatan tidak menggunakan botol multi-dosis atau membuang	



<i>Catatan : Jika botol multi-dosis dimasukkan pada ruang perawatan pasien, maka hanya dapat digunakan pada satu pasien dan dibuang setelah pemakaian</i>	setelah pemakaian satu pasien)	
I. Semua benda tajam dibuang dalam wadah benda tajam yang tahan tusukan	OYa Otidak	
J. Wadah benda tajam diisi dan dibuang sesuai dengan peraturan limbah medis yang telah diatur negara	OYa Otidak	
K. Semua zat yang dikendalikan (misalnya, Jadwal II, III, IV, obat V) disimpan terkunci dalam tempat aman	OYa Otidak	
L. Nakes menggunakan masker wajah (contoh masker bedah) saat memasang kateter atau menginjeksi zat ke dalam ke dalam ruang epidural atau subdural (misalnya, selama myelogram, epidural atau anestesi spinal)	OYa Otidak O Tidak dipakai (Fafasilitas kesehatan tidak melakukan prosedur injeksi spinal)	

<b>VIII.b. Kebersihan Pernapasan/Etika Batuk</b>		
<b>Elemen yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan untuk Perbaikan</b>
A. fasilitas kesehatan : i. Menampilkan tanda di pintu masuk pada pasien dengan gejala infeksi pernapasan untuk : a. Menginformasikan pada nakes tentang gejala infeksi pernapasan pada saat melakukan registrasi pertama kali b. Praktik kebersihan pernapasan/etika batuk (menutup mulut/hidung saat batuk atau bersin, menggunakan dan membuang tisu, serta membersihkan tangan setelah tangan digunakan untuk menutupi sekresi pernapasan).	OYa Otidak	
ii. Menyediakan tisu dan tempat sampah yang tidak disentuh untuk pembuangan tisu	OYa Otidak	
iii. Menyediakan alat kebersihan tangan di dalam atau dekat dengan ruang tunggu	OYa Otidak	

<b>IX.b. Tes Point-of-Care (e.g., blood glucose meters, INR monitor)</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Barang sekali pakai yang baru, perangkat lancet menonaktifkan	OYa Otidak O Tidak dipakai	

<p>otomatis digunakan pada setiap pasien</p> <p><i>Catatan : Pisau bedah tidak digunakan untuk banyak pasien</i></p>		
<p>B. Jika digunakan lebih dari satu pasien, maka <i>testing meter</i> dibersihkan dan didesinfeksi setiap selesai penggunaan sesuai dengan instruksi pabrik.</p> <p><i>Catatan : Jika pabrik tidak menyediakan instruksi pembersihan dan disinfeksi, maka testing meter sebaiknya tidak digunakan lebih dari satu pasien.</i></p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	

<b>X.b. Kebersihan Lingkungan</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
<p>A. Persediaan yang diperlukan untuk prosedur pembersihan dan desinfeksi yang tepat (misalnya, desinfektan yang terdaftar EPA) yang tersedia</p> <p><i>Catatan : Jika pelayanan lingkungan dilakukan oleh pegawai kontrak, fasilitas harus memverifikasi produk yang terdaftar EPA sudah disediakan oleh perusahaan rekanan (penyedia layanan kontrak)</i></p>	<p>OYa Otidak</p>	
<p>B. Permukaan kamar yang sering disentuh di mana bedah atau prosedur invasif lainnya (misalnya, endoskopi, suntikan tulang belakang) dibersihkan dan kemudian didesinfeksi dengan desinfektan yang terdaftar EPA setiap selesai prosedur</p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>C. Pembersih dan disinfektan digunakan sesuai dengan instruksi pabrik (contoh dilusi, penyimpanan, shelf-life, waktu kontak)</p>	<p>OYa Otidak</p>	
<p>D. Nakes terlibat dalam pembersihan lingkungan memakai baju APD untuk mencegah paparan zat atau kimia infeksius (APD termasuk baju kerja, masker, dan pelindung mata)</p> <p><i>Catatan : APD yang tepat sesuai dengan zat kimia atau infeksius dan mengantisipasi jenis paparan</i></p>	<p>OYa Otidak</p>	

<b>XI.b. Pengolahan Ulang Alat</b>
------------------------------------

Unsur yang harus dinilai	Penilaian	Catatan Perbaikan
A. Tersedia kebijakan, prosedur dan instruksi pengolahan ulang dari pabrik untuk pemakaian ulang alat kesehatan pada tempat pengolahan ulang	OYa Otidak	
B. Pemakaian ulang alat kesehatan, jelas, diproses ulang (desinfeksi atau sterilisasi) dan dirawat sesuai dengan instruksi pabrik pembuat  <i>Catatan : Jika pabrik tidak menyediakan instruksi, alat sebaiknya tidak digunakan untuk beberapa pasien.</i>	OYa Otidak	
C. Alat sekali pakai dibuang setelah pemakaian dan tidak digunakan lebih dari satu pasien  <i>Catatan: Jika fasilitas kesehatan memilih untuk menggunakan kembali alat sekali pakai, perangkat ini harus diproses ulang sebelum digunakan kembali oleh reprosessor pihak ketiga yang terdaftar di FDA sebagai reprosessor pihak ketiga dan diakui oleh FDA untuk memproses ulang perangkat tertentu yang dimaksud. fasilitas kesehatan ini harus memiliki dokumentasi dari reprosessor pihak ketiga untuk mengkonfirmasi hal ini</i>	OYa Otidak  OYa Otidak	
D. Tempat Pengolahan ulang : i. Ruang yang cukup dialokasikan untuk kegiatan pengolahan ulang ii. Pola alur kerja diikuti sehingga perangkat memiliki alur jelas dari daerah kontaminasi tinggi kemudian dibersihkan/menuju daerah steril (misalnya, ada pemisahan yang jelas antara ruang kerja kotor dan bersih).	OYa Otidak	
E. Cukup waktu untuk pemrosesan ulang untuk memastikan kepatuhan pada semua tahapan yang sudah direkomendasikan oleh pabrik pembuat alat, termasuk pengeringan dan penyimpanan segera  <i>Catatan : fasilitas kesehatan harus memiliki pasokan instrumen yang cukup untuk sejumlah prosedur yang dilakukan dan harus menjadwalkan prosedur agar cukup waktu untuk semua langkah pengolahan.</i>	OYa Otidak	
F. Nakes terlibat dalam perangkat pengolahan memakai APD yang tepat untuk mencegah paparan agen infeksi atau bahan kimia (APD dapat mencakup sarung tangan, baju, masker, dan pelindung mata).  <i>Catatan : APD yang tepat tergantung pada jenis</i>	OYa Otidak	

<i>agen infeksi atau bahan kimia dan mengantisipasi tipe paparan</i>		
G. Alat medis disimpan dengan cara yang dapat melindungi dari kerusakan dan kontaminasi	OYa Otidak	

## **XII. Sterilisasi Alat Pakai Ulang**

Catatan: Jika semua sterilisasi perangkat dilakukan di luar ruangan (tidak dilakukan), melompat ke item M-O di bawah ini

<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Perangkat dibersihkan sesuai dengan instruksi pabrik dan diperiksa secara visual untuk sisa kotoran sebelum sterilisasi.  <i>Catatan : pembersihan dapat dilakukan manual (menggunakan gesekan) dan/atau secara mekanis (misalnya, dengan pembersih ultrasonik, mesin cuci-disinfector, mesin cuci-sterilisasi) Pastikan kuas yang dipilih untuk membersihkan berukuran tepat untuk membersihkan saluran perangkat dan lumens</i>	OYa Otidak O Tidak dipakai	
B. Pembersihan dilakukan segera setelah pemakaian (misal setiap pemakaian) untuk mencegah kotoran mengering pada alat	OYa Otidak O Tidak dipakai	
C. Pembersih enzimatik atau deterjen digunakan untuk membersihkan dan membuang kotoran sesuai instruksi pabrik pembuat (setiap habis pakai)	OYa Otidak O Tidak dipakai	
D. Busa pembersih sekali pakai atau jika dapat dipakai lagi, dibersihkan dan desinfeksi tingkat tinggi atau disterilisasi menurut pabrik pembuatnya selesai pemakaian	OYa Otidak O Tidak dipakai	
E. Setelah dibersihkan, instrumen dibungkus / dikemas dengan tepat untuk sterilisasi (misalnya, sistem paket yang dipilih adalah kompatibel dengan proses sterilisasi yang dilakukan, item ditempatkan dengan benar ke dalam keranjang atau rak sterilisasi agar tidak menghambat penetrasi sterilisasi yang, instrumen berengsel terbuka, instrumen akan dibongkar jika diindikasikan oleh pabrik pembuat)	OYa Otidak O Tidak dipakai	
F. Indikator kimia (indikator proses) diletakkan dengan benar pada kemasan instrumen pada setiap beban	OYa Otidak O Tidak dipakai	
G. Indikator biologis, ditujukan khusus untuk jenis dan siklus parameter	OYa Otidak O Tidak dipakai	

sterilisasi, digunakan setidaknya setiap minggu untuk setiap sterilisasi dan dengan setiap beban yang mengandung item implan.		
H. Untuk jenis sterilisasi yang membutuhkan udara dinamis (misalnya, prevacuum uap sterilisasi), tes pembuangan udara (uji Bowie-Dick) dilakukan dalam sterilisasi udara dinamis kosong, setiap hari sterilisasi digunakan untuk memverifikasi efikasi pengosongan udara.	OYa Otidak O Tidak dipakai	
I. Kemasan steril diberi label dengan sejumlah nomor yang menunjukkan sterilisasi yang digunakan, siklus atau <i>load number</i> , tanggal sterilisasi, dan, jika berlaku, tanggal kadaluarsa.	OYa Otidak O Tidak dipakai	
J. Mencatat Sterilisasi saat ini dan termasuk hasil dari masing-masing sterilisasi.	OYa Otidak O Tidak dipakai	
K. Sterilisasi menggunakan uap segera, dilakukan, hanya dalam keadaan di mana prosedur sterilisasi rutin tidak dapat dilakukan.	OYa Otidak O Tidak dipakai	
L. Alat yang menggunakan sterilisasi uap segera langsung digunakan dan tidak disimpan	OYa Otidak O Tidak dipakai	
M. Selesai sterilisasi, alat medis disimpan sehingga sterilitas tidak terganggu	OYa Otidak O Tidak dipakai	
N. Paket steril diperiksa untuk memastikan alat yang diolah kembali tidak terganggu sebelum digunakan.	OYa Otidak O Tidak dipakai	
O. fasilitas kesehatan memiliki proses yang dapat menunjukkan pembersihan awal (untuk mencegah kotoran mengering dan menempel pada alat) sebelum dibawa ke tempat pengolahan ulang	OYa Otidak O Tidak dipakai	

### XIII. Disinfeksi Tingkat Tinggi pada Alat Pakai Ulang

*Catatan : Jika disinfeksi tingkat tinggi tidak dilakukan, lewati menuju item L-N di bawah ini*

<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Endoskopi fleksibel diperiksa untuk melihat kerusakan dan kebocoran diuji sebagai bagian dari setiap siklus pengolahan. Setiap perangkat yang gagal tes kebocoran dihapus dari penggunaan klinis dan diperbaiki.	OYa Otidak O Tidak dipakai	
B. Alat dibersihkan sesuai dengan instruksi produsen dan diperiksa secara visual untuk memastikan residu tanah sebelum disinfeksi tingkat tinggi	OYa Otidak O Tidak dipakai	

<p><i>Catatan : pembersihan dapat dilakukan manual (menggunakan gesekan) dan/atau secara mekanis (misalnya, dengan pembersih ultrasonik, mesin cuci-disinfector, mesin cuci-sterilisas)</i></p> <p><i>Pastikan kuas yang dipilih untuk membersihkan berukuran tepat untuk membersihkan saluran perangkat dan lumens</i></p>		
<p>C. Pembersihan dilakukan segera setelah pemakaian (misal setiap pemakaian) untuk mencegah kotoran mengering pada alat</p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>D. Pembersih enzimatis atau deterjen digunakan untuk membersihkan dan membuang kotoran sesuai instruksi pabrik pembuat (setiap habis pakai)</p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>E. Busa pembersih sekali pakai atau jika dapat dipakai lagi, dibersihkan dan disinfeksi tingkat tinggi atau disterilisasi menurut pabrik pembuatnya selesai pemakaian</p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>F. Untuk pemakaian bahan kimia dalam disinfeksi tingkat tinggi, instruksi produsen berfungsi sebagai berikut :</p> <p>i. Persiapan ii. Menguji konsentrasi yang tepat iii. Perpindahan (misal ekspirasi atau efikasi berkurang)</p>	<p>OYa Otidak OYa Otidak OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>G. Jika menggunakan alat reprosesor otomatis, pastikan konektor yang tepat digunakan untuk memastikan bahwa saluran dan lumens yang didesinfeksi adalah tepat</p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>H. Alat disinfeksi untuk lama waktu yang tepat sesuai instruksi produsen</p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>I. Alat disinfeksi dengan suhu yang sesuai dengan instruksi produsen</p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>J. Setelah disinfeksi tingkat tinggi, alat dicuci dengan air steril, air filter atau air keran dan dicuci dengan etil 70% -90% atau isopropil alkohol</p> <p><i>Catatan : Tidak ada rekomendasi menggunakan air steril atau filter dibandingkan air keran untuk membilas peralatan semi-kritis yang kontak dengan selaput lendir rektum atau vagina</i></p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>K. Alat dikeringkan segera setelah digunakan</p> <p><i>Contoh : untuk instrumen yang berlumen (contoh endoskopi) hal ini termasuk</i></p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	

<i>membilas setiap saluran dengan alkohol dan memaksa udara melalui saluran</i>		
<p>L. Selesai disinfeksi tingkat tinggi, alat disimpan dengan cara yang dapat melindungi dari kerusakan atau kontaminasi</p> <p><i>Catatan : endoskopi digantung dengan posisi vertikal</i></p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>M. fasilitas kesehatan mempertahankan log setiap prosedur endoskopi yang meliputi: nama dan nomor rekam medis pasien (jika tersedia), prosedur, tanggal, tenaga endoscopist, sistem yang digunakan untuk memproses ulang endoskopi (jika lebih dari satu sistem digunakan di area pengolahan), serta nomor seri atau pengenal lainnya dari endoskopi yang digunakan.</p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>N. fasilitas kesehatan memiliki proses yang dapat menunjukkan pembersihan awal (untuk mencegah kotoran mengering dan menempel pada alat) sebelum dibawa ke tempat pengolahan ulang</p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	

### LAMPIRAN 3

#### Hasil Penilaian Instrumen *Infection Control Risk Assesment (ICRA)* di Unit Gizi RS PKU Muhammadiyah Gamping

Bagian 1 Demografi Fasilitas		
No	Pertanyaan	Jawaban
1	Nama Fasilitas (Hanya untuk Departemen Kesehatan)	Unit Gizi RS PKU Muhammadiyah Gamping
2	ID Organisasi Fasilitas NHSN (Hanya untuk Departemen Kesehatan)	Tidak dapat dinilai
3	ID Khusus yang diberikan	Tidak dapat dinilai
4	Tanggal Penilaian	19 Juli 2016 - 29 Oktober 2016
5	Jenis Penilaian	<input checked="" type="checkbox"/> on-site <input type="checkbox"/> Lainnya (jelaskan):
6	Alasan Penilaian	<input type="checkbox"/> <i>Outbreak</i> <input type="checkbox"/> Masukan dari lembaga akreditasi atau lembaga survei <input type="checkbox"/> data NHSN Jika YA, perjelas : <input type="checkbox"/> CAUTI <input type="checkbox"/> CLABSI <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Lainnya (jelaskan : ) <input type="checkbox"/> Kolaboratif (perjelas : ) <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya (perjelas) : Menguji kelayakan ICRA Tools
7	Apakah fasilitas ini dilisensi oleh negara ?	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
8	Apakah fasilitas ini disertifikasi oleh the <i>Centers for Medicare &amp; Medicaid Services (CMS)</i> ?	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
9	Apakah fasilitas ini terakreditasi ?	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak  Jika YA, daftar organisasi akreditasi:  <input type="checkbox"/> <i>Accreditation Association for Ambulatory Health Care (AAAHC)</i>



		<input type="checkbox"/> <i>American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities (AAAASF)</i> <input type="checkbox"/> <i>American Osteopathic Association (AOA)</i> <input type="checkbox"/> <i>The Joint Commission (TJC)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya (perjelas): Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS)		
10	Apakah fasilitas ini berafiliasi dengan rumah sakit ?	<input checked="" type="checkbox"/> Ya (perjelas – hanya untuk departemen kesehatan) : <input type="checkbox"/> Tidak		
11	Mana prosedur yang dinilai? Pilih.....	<input type="checkbox"/> Kemoterapi	<input type="checkbox"/> Endoskopi	<input type="checkbox"/> THT
		<input type="checkbox"/> Imaging (MRI/CT)	<input type="checkbox"/> Imunisasi	<input type="checkbox"/> OBs/Gyn
		<input type="checkbox"/> Oftalmologi	<input type="checkbox"/> Orthopedi	<input type="checkbox"/> pemulihan nyeri
		<input type="checkbox"/> Bedah plastik / rekonstruksi	<input type="checkbox"/> Podiatri	<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya : Unit Gizi
12	Apakah tipe prosedur utama dari fasilitas ini?  Pilih salah satu	<input type="checkbox"/> Kemoterapi	<input type="checkbox"/> Endoskopi	<input type="checkbox"/> THT
		<input type="checkbox"/> Imaging (MRI/CT)	<input type="checkbox"/> Imunisasi	<input type="checkbox"/> OBs/Gyn
		<input type="checkbox"/> Oftalmologi	<input type="checkbox"/> Orthopedi	<input type="checkbox"/> pemulihan nyeri
		<input type="checkbox"/> Bedah plastik/ rekonstruksi	<input type="checkbox"/> Podiatri	<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya : Unit Gizi
13	Berapa banyak dokter yang menggunakan fasilitas ini?	dapat dinilai dengan catatan		
14	Berapa rata-rata pasien yang terlihat setiap minggu?	dapat dinilai dengan catatan		

## Bagian 2 : Program dan Infrastruktur Pengendalian Infeksi

<b>I. Program dan Infrastruktur Pengendalian Program</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
<p>A. Tersedia kebijakan dan prosedur tertulis tentang pencegahan infeksi saat ini, dan berdasarkan pedoman berbasis bukti (misalnya, CDC / HICPAC), peraturan-peraturan, atau standar yang sudah ditetapkan</p> <p><i>Catatan: Kebijakan dan prosedur harus sesuai untuk layanan yang disediakan oleh fasilitas kesehatan dan harus melampaui pelatihan patogen yang ditularkan melalui darah oleh OSHA</i></p>	<input checked="" type="radio"/> Ya  <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
<p>B. Kebijakan dan prosedur pencegahan infeksi dinilai ulang setidaknya setiap tahun atau sesuai dengan kebutuhan negara bagian atau federal, dan diperbarui jika diperlukan</p>	<input checked="" type="radio"/> Ya  <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
<p>C. Setidaknya ada satu orang terlatih dalam pencegahan infeksi yang dipekerjakan atau tersedia secara teratur (misalnya, kontrak) untuk mengelola program pengendalian infeksi dari fasilitas kesehatan ini.</p> <p><i>Catatan: Contoh pelatihan dapat mencakup: Dapat Menjalankan dasar dan/atau ujian sertifikasi ulang yang dikembangkan oleh Badan Sertifikasi untuk Pengendalian Infeksi &amp; Epidemiologi; berpartisipasi dalam program pengendalian infeksi yang diselenggarakan oleh negara atau diakui masyarakat profesional (misalnya, APIC, SHEA).</i></p>	<input checked="" type="radio"/> Ya  <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
<p>D. fasilitas kesehatan memiliki sistem deteksi dini dan manajemen pengendalian potensi orang terinfeksi pada titik awal pertemuan dengan pasien</p> <p><i>Catatan : Sistem mencakup riwayat perjalanan dan pekerjaan, yang sesuai dan mencakup unsur tentang higiene pernapasan/etika batuk</i></p>	<input type="radio"/> Ya  <input type="radio"/> Tidak	Tidak dapat dinilai

<b>II. Pelatihan dan Kompetensi Pengendalian Infeksi</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan untuk Perbaikan</b>
<p>A. fasilitas kesehatan memiliki program pelatihan berbasis kompetensi yang menyediakan pelatihan sesuai dengan pekerjaannya dalam kebijakan dan prosedur pencegahan infeksi</p> <p><i>Catatan : termasuk yang dikontrak dan relawan</i></p> <p><i>Lihat bagian ini lebih spesifik pada : kebersihan tangan, peralatan proteksi diri, keamanan injeksi, alat tes diagnostik, dan pemrosesan ulang alat</i></p>	<p><input checked="" type="radio"/> Ya</p> <p><input type="radio"/> Tidak</p>	Dapat dinilai

<b>III. Keamanan Nakes (<i>HealthCare Personnel/HCP</i>)</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
<p>A. Fasilitas memiliki prosedur pengendalian keterpaparan yang disesuaikan dengan kebutuhan spesifik dari fasilitas (misalnya, identifikasi potensi bahaya yang ditimbulkan sebagai akibat dari penggunaan alat).</p> <p><i>Catatan: Kerangka model, yang mencakup panduan pembuatan prosedur pengendalian keterpaparan yang memenuhi persyaratan standar patogen yang ditularkan melalui darah oleh OSHA dan tersedia di :</i></p> <p><a href="https://www.osha.gov/Publications/osh3186.pdf">https://www.osha.gov/Publications/osh3186.pdf</a></p>	<p><input checked="" type="radio"/> Ya</p> <p><input type="radio"/> Tidak</p>	Dapat dinilai dan dapat digunakan dengan catatan
<p>B. Antisipasi Nakes siapa saja yang kontak dengan darah atau bahan yang berpotensi menular lainnya, dilatih dengan menyewa standar patogen yang ditularkan melalui darah OSHA dan dilakukan setidaknya setiap tahun</p>	<p><input checked="" type="radio"/> Ya</p> <p><input type="radio"/> Tidak</p>	Dapat dinilai dan dapat digunakan dengan catatan
<p>C. Mengikuti paparan, evaluasi pasca-paparan dan tindak lanjut, termasuk profilaksis yang sesuai, tersedia tanpa membebankan biaya</p>	<p><input checked="" type="radio"/> Ya</p> <p><input type="radio"/> Tidak</p>	Dapat dinilai dan dapat digunakan dengan catatan

<p>kepada karyawan dan diawasi oleh profesional kesehatan yang berlisensi.</p> <p><i>Catatan : insidensi paparan mengacu spesifik pada mata, mulut, selaput lendir, kulit yang tidak utuh, atau kontak parenteral dengan darah atau bahan yang berpotensi menular lainnya yang dihasilkan dari pelaksanaan tugas individu</i></p>		
<p>D. Fasilitas menelusuri paparan terhadap Nakes dengan mengevaluasi data dan mengembangkan/mengimplementasikan tindakan korektif yang terencana untuk mengurangi insidensi</p>	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai dan dapat digunakan dengan catatan
<p>E. Fasilitas mengikuti rekomendasi dari <i>Advisory Committee on Immunization Practices</i> (ACIP) untuk imunisasi Petugas Kesehatan termasuk vaksin Hepatitis B dan influenza</p> <p><i>Catatan : Imunisasi petugas kesehatan yang direkomendasikan oleh ACIP tersedia di: <a href="http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6007a1.htm">http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6007a1.htm</a></i></p>	<input type="radio"/> Ya <input checked="" type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
<p>F. Semua petugas kesehatan menerima skrining dasar tuberkulosis (TB) sebelum penempatan, dan orang-orang dengan potensi paparan berkelanjutan akan menerima skrining TB periodik (jika negatif) setidaknya setiap tahun.</p>	<input type="radio"/> Ya <input checked="" type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
<p>G. Jika alat pelindung pernapasan digunakan, fasilitas kesehatan harus memiliki program perlindungan pernapasan dan menjelaskan prosedur kerja secara spesifik serta elemen yang digunakan dalam pemakaian alat pernapasan termasuk penyediaan izin medis, pelatihan dan pengujian yang sesuai</p>	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/> Tidak dipakai	Dapat dinilai
<p>H. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan yang peduli terhadap kontak tenaga kesehatan dengan pasien ketika tenaga kesehatan memiliki kondisi yang berpotensi tertular. Kebijakan meliputi:</p> <p>i. Kebijakan pengecualian kerja sehingga harus melaporkan kondisi sakit dan tidak dihukum dengan pengurangan gaji, bonus maupun dipecat dari pekerjaan</p>	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak  <input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai

ii. Mengedukasi tenaga kesehatan untuk segera melaporkan kondisi sakit kepada atasan.	☑Ya Otidak	
---	---------------	--

<b>IV. Surveilans dan Pelaporan Penyakit</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Daftar penyakit terbaru yang sudah dilaporkan kepada otoritas kesehatan masyarakat tersedia untuk semua petugas.	OYa Otidak	Tidak dapat dinilai
B. fasilitas kesehatan dapat menunjukkan pengetahuan dan kepatuhan dengan syarat pelaporan wajib bagi penyakit yang sudah disebutkan, perawatan kesehatan yang berhubungan dengan infeksi (yang sesuai), dan berpotensi wabah	OYa OTidak	Tidak dapat dinilai
C. Pasien yang telah menjalani perawatan di fasilitas kesehatan diberi penyuluhan mengenai tanda-tanda dan gejala infeksi yang mungkin terkait dengan prosedur dan diperintahkan untuk memberitahukan jika tanda-tanda atau gejala tersebut terjadi	OYa Otidak	Tidak dapat dinilai

<b>V.a. Kebersihan Tangan</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Setiap Nakes diberikan edukasi mengenai indikasi yang tepat untuk kebersihan tangan: i. Dilakukan sebelum perawatan ii. Secara Berkala	☑Ya    Otidak	Dapat dinilai

	OYa <input checked="" type="radio"/> Tidak	
B. Nakes harus memiliki kompetensi untuk mendemonstrasikan kebersihan setiap pelatihan	<input checked="" type="radio"/> Ya OTidak	Dapat dinilai
C. fasilitas kesehatan melakukan audit secara rutin (memonitor dan dokumentasi) kepatuhan kebersihan tangan	<input checked="" type="radio"/> Ya OTidak	Dapat dinilai
D. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada personil mengenai performa kebersihan tangan mereka	<input checked="" type="radio"/> Ya OTidak	Dapat dinilai
E. Kebijakan kebersihan tangan mempromosikan penggunaan antiseptik berbasis alkohol dibandingkan sabun dan air dalam segala situasi klinis kecuali ketika tangan terlihat kotor (misalnya, darah, cairan tubuh) atau setelah merawat pasien yang diketahui atau diduga terinfeksi C. difficile dan norovirus	<input checked="" type="radio"/> Ya OTidak	Dapat dinilai

<b>VI.a. Alat Pelindung Diri (Personel Protective Equipment/PPE)</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Nakes yang menggunakan APD menerima pelatihan untuk memilih dan menggunakan APD :		Dapat dinilai
i. Sebelum melakukan perawatan	<input checked="" type="radio"/> Ya    OTidak	
ii. Secara berkala	OYa <input checked="" type="radio"/> Tidak	
iii. Ketika alat atau prosedur baru diperkenalkan	<input checked="" type="radio"/> Ya    OTidak	

B. Nakes diminta mendemonstrasikan kemampuan terkait pemilihan dan penggunaan APD setiap mengikuti pelatihan	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
C. fasilitas kesehatan melakukan audit secara rutin (memonitor dan mendokumentasi) kepatuhan memilih dan menggunakan APD	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
D. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada personil mengenai pemilihan dan penggunaan APD	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai

<b>VII.a. Keamaan Injeksi</b>	
(Unsur ini tidak termasuk dalam penilaian farmasi/praktik gabungan)	
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>
A. Nakes yang menyiapkan dan/atau memberi obat parenteral menerima pelatihan injeksi yang aman: i. Dilakukan sesaat sebelum diperbolehkan untuk menyiapkan dan/atau memberi obat parenteral ii. Berkala iii. Ketika alat atau prosedur baru diperkenalkan	Tidak dapat dinilai
B. Nakes diminta mendemonstrasikan kemampuan terkait injeksi yang aman setiap mengikuti pelatihan	Tidak dapat dinilai
C. Fasilitas melakukan audit secara rutin (memonitor dan dokumentasi) kepatuhan untuk melakukan injeksi yang aman	Tidak dapat dinilai

D. Fasilitas memberikan umpan balik hasil audit kepada personil tentang kepatuhan mereka untuk melaksanakan injeksi yang aman	Tidak dapat dinilai
E. Fasilitas memiliki kebijakan dan prosedur untuk melacak akses Nakes pada zat yang dikendalikan untuk mencegah pencurian/pengalihan narkotika.  <i>Catatan: Kebijakan dan prosedur harus mengidentifikasi : bagaimana data ditinjau, bagaimana fasilitas merespon pola akses yang tidak biasa, bagaimana fasilitas akan menilai risiko untuk pasien jika gangguan (perubahan atau substitusi) diduga atau diidentifikasi, dan siapa yang akan menghubungi jika ada pengalihan yang dicurigai atau diidentifikasi</i>	Tidak dapat dinilai

<b>VIII.a. Kebersihan Pernapasan/Etika Batuk</b>		
Unsur yang harus dinilai	Penilaian	Catatan Perbaikan
A. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan dan prosedur tentang sekresi pernapasan pada orang yang memiliki tanda-tanda dan gejala infeksi pernapasan, dimulai pada awal masuk ke fasilitas kesehatan dan berlanjut selama durasi kunjungan. Kebijakan mencakup: i. Menawarkan masker untuk pasien yang batuk dan dengan gejala lainnya setelah masuk ke fasilitas kesehatan, minimal, selama periode peningkatan insidensi ISPA di masyarakat ii. Menyediakan tempat di ruang tunggu dan mendorong orang dengan gejala infeksi pernapasan untuk duduk jauh dari orang lain	OYa Otidak  OYa Otidak  OYa Otidak	Tidak dapat dinilai
<i>Catatan : jika tersedia, fasilitas</i>		



<i>kesehatan menyediakan ruangan terpisah bagi pasien dengan gejala infeksi pernapasan saat menunggu pemeriksaan</i>		
B. fasilitas kesehatan mengedukasi Nakes mengenai pentingnya langkah-langkah pencegahan infeksi saluran pernapasan untuk mencegah penyebaran patogen pernapasan.	☑Ya OTidak	Dapat dinilai

<b>IX.a. Tes <i>Point-of-Care</i> (contoh : glukometer, monitor INR)</b>	
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>
A. Nakes yang bekerja pada tes <i>point-of-care</i> menerima pelatihan pada praktik yang direkomendasikan : i. Dilakukan sesaat sebelum diperbolehkan bekerja ii. Berkala iii. Ketika alat atau prosedur baru diperkenalkan	Tidak dapat dinilai
B. Nakes diminta mendemonstrasikan kemampuan terkait praktik tes <i>point-of-care</i> setiap mengikuti pelatihan	Tidak dapat dinilai
C. Fasilitas melakukan audit secara rutin (memonitor dan dokumentasi) kepatuhan untuk melakukan tes <i>point-of-care</i> yang direkomendasikan	Tidak dapat dinilai
D. Fasilitas memberikan umpan balik hasil audit kepada personil tentang kepatuhan mereka untuk melaksanakan praktik yang direkomendasikan	Tidak dapat dinilai

<b>X.a. Kebersihan Lingkungan</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan dan prosedur tertulis	☑Ya OTidak	Dapat dinilai

tentang kebersihan dan desinfeksi rutin termasuk identifikasi pegawai yang bertanggungjawab		
<p>B. Pegawai yang membersihkan dan desinfeksi tempat perawatan pasien (contoh pelayanan lingkungan, teknisi, perawat) menerima pelatihan tentang prosedur kebersihan :</p> <p>i. Membersihkan lingkungan dilakukan sesaat sebelum bekerja</p> <p>ii. Berkala</p> <p>iii. Ketika alat atau prosedur baru diperkenalkan</p> <p><i>Catatan : jika kebersihan lingkungan dilakukan oleh pegawai kontrak, fasilitas kesehatan harus memastikan ini disediakan oleh perusahaan penyedia tenaga kontrak</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>Ya    <input type="checkbox"/>Tidak</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>Ya    <input type="checkbox"/>Tidak</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>Ya    <input type="checkbox"/>Tidak</p>	Dapat dinilai dengan catatan
C. Nakes diminta mendemonstrasikan kemampuan terkait praktik alat diagnostik tes setiap mengikuti pelatihan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Tidak dapat dinilai
D. fasilitas kesehatan secara teratur melakukan audit (monitor dan dokumen) kepatuhan terhadap pembersihan dan melakukan prosedur desinfeksi, termasuk menggunakan produk sesuai dengan instruksi pabrik (mis, pengenceran, penyimpanan, waktu layak pakai, waktu kontak)	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai

E. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada petugas tentang kepatuhan mereka untuk membersihkan dan melakukan prosedur disinfeksi	OYa Otidak	Dapat dinilai
F. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan/prosedur untuk dekontaminasi tumpahan darah atau cairan tubuh lainnya.	OYa Otidak	Tidak dapat dinilai
G. Kamar operasi terakhir dibersihkan setelah prosedur terakhir hari itu	OYa Otidak	Tidak dapat dinilai
<p>H. fasilitas kesehatan secara teratur melakukan audit (memonitor dan mendokumentasi) kepatuhan terhadap praktik pengendalian infeksi yang direkomendasikan bagi pencegahan infeksi bedah termasuk :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Kepatuhan terhadap pemakaian scrub praoperasi dan kebersihan tangan</li> <li>ii. Pemakaian baju bedah dan tirai yang tepat</li> <li>iii. Kepatuhan terhadap teknik aseptik dan sterilisasi tempat</li> <li>iv. Ventilasi yang tepat pada kamar bedah</li> <li>v. Minimalisasi lalu lintas di ruang operasi</li> <li>vi. Kepatuhan untuk membersihkan dan disinfeksi lingkungan</li> </ul>	<p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p>	Tidak dapat dinilai

sekitar	OYa Otidak	
I. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada personil tentang kepatuhan mereka dalam praktik pencegahan infeksi tindakan bedah	OYa Otidak	Tidak dapat dinilai

### **XI.a. Pemrosesan Ulang Alat**

Informasi dasar berikut memungkinkan untuk penilaian umum tentang kebijakan dan prosedur yang terkait dengan pengolahan peralatan medis sehingga dapat digunakan kembali. Fasilitas kesehatan rawat jalan yang bekerja dengan perangkat medis dapat digunakan kembali dalam sterilisasi di tempat ataupun disinfeksi tingkat tinggi harus mengacu pada daftar periksa yang lebih detail di bagian terpisah dari dokumen ini yang memang ditujukan untuk isu-isu tersebut.

Kategori Alat Kesehatan :

- Produk-produk penting (misalnya, instrumen bedah) adalah obyek yang masuk jaringan yang steril atau sistem pembuluh darah dan harus steril sebelum digunakan (lihat Bagian Sterilisasi).
- Produk Semi-kritis (misalnya, endoskopi untuk endoskopi atas dan kolonoskopi, penyelidikan vagina) adalah objek yang menghubungi membran mukosa atau kulit yang tidak utuh dan membutuhkan, minimal, disinfeksi tingkat tinggi sebelum digunakan kembali (lihat bagian disinfeksi tingkat tinggi)
- Produk non-kritis (misalnya, manset tekanan darah) adalah objek yang mungkin kontak dengan kulit utuh tetapi tidak mukosa membran dan harus menjalani pembersihan dan disinfeksi kategori rendah atau menengah tergantung pada sifat dan tingkat kontaminasi.

Barang sekali pakai (*Single-Use Devices/SUD*) diberi label oleh produsen untuk penggunaan tunggal dan tidak memiliki petunjuk pengolahan. Barang tidak dibuat untuk pemakaian ulang kecuali dengan badan yang telah memenuhi persyaratan peraturan FDA dan telah menerima izin FDA untuk memproses ulang SUD.

*Catatan : Pembersihan harus diprioritaskan untuk sterilisasi dan disinfeksi*

<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
---------------------------------	------------------	--------------------------

<p>A. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan dan prosedur untuk memastikan bahwa perangkat medis yang dipakai ulang, dibersihkan dan diolah kembali tepat sebelum digunakan pada pasien lain</p> <p><i>Catatan: Termasuk batas yang jelas antara tanggung jawab NAKES dalam pembersihan dan desinfeksi peralatan termasuk peralatan non-kritis, perangkat mobile, dan elektronik lainnya (misalnya, perangkat point-of-care) yang mungkin tidak akan diproses kembali pada daerah pengolahan terpusat</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai
<p>B. Individu yang bertanggung jawab atas pencegahan infeksi pada fasilitas kesehatan berkonsultasi setiap kali perangkat baru atau produk akan dibeli atau yang diperkenalkan untuk memastikan pelaksanaan kebijakan dan prosedur pengolahan yang tepat</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai
<p>C. Nakes yang bertanggung jawab terhadap pemrosesan ulang peralatan medis menerima pelatihan dalam pemilihan dan penggunaan APD dan tahapan yang direkomendasikan dalam pemrosesan ulang alat yang digunakan :</p> <p>i. Dilakukan sesaat sebelum diperbolehkan bekerja</p> <p>ii. Berkala</p> <p>iii. Ketika alat baru diperkenalkan</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak          <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai dengan catatan

<p>atau kebijakan/prosedur berubah</p> <p><i>Catatan : jika dilakukan oleh pegawai kontrak, fasilitas kesehatan harus memastikan ini disediakan oleh perusahaan penyedia tenaga kontrak</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
<p>D. Nakes diminta mendemonstrasikan kemampuan terkait prosedur reprosesing (yaitu teknik yang tepat akan dikoreksi oleh trainer) setiap mengikuti pelatihan</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai
<p>E. fasilitas kesehatan secara teratur melakukan audit (monitor dan dokumen) kepatuhan terhadap prosedur pemrosesan ulang</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai
<p>F. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada petugas terkait kepatuhan mereka untuk melakukan prosedur pemrosesan ulang</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai
<p>G. fasilitas kesehatan memiliki protokol untuk memastikan bahwa Nakes dapat dengan segera mengidentifikasi alat yang harus diproses ulang dan siap digunakan pasien (contoh sistem penandaan, penyimpanan pada tempat yang ditunjuk)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai
<p>H. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan dan prosedur yang menjabarkan respon (yaitu,</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai

penilaian risiko dan pengingat perangkat) dalam hal kesalahan atau kegagalan pengolahan		
I. Perawatan rutin pada alat pengolahan (Misal, reproprocessor endoskopi otomatis, <i>steam autoclave</i> ) dilakukan oleh teknisi ahli sesuai dengan instruksi produsen; mengkonfirmasi catatan pemeliharaan yang tersedia.	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai

### Bagian 3 : Observasi Langsung Pada Praktik Fasilitas

Penyimpangan pengendalian infeksi tertentu (misalnya, penggunaan kembali jarum suntik pada lebih dari satu pasien atau mengakses wadah obat yang dinilai untuk pasien berikutnya; penggunaan kembali pisau bedah) telah mengakibatkan penularan patogen melalui darah dan harus dihentikan segera. Identifikasi penyimpangan seperti jaminan pemberitahuan dan pengujian pasien yang berpotensi terkena dampak.

Jika elemen tidak dapat diamati selama penilaian (misalnya, tidak ada pasien menerima diagnostik tes selama kunjungan), menilai elemen dengan mewawancarai personil yang tepat tentang praktik fasilitas. Notasi juga harus dilakukan di bagian catatan bahwa unsur itu tidak dapat diamati secara langsung

<b>V. b. Kebersihan Tangan</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Kebutuhan penunjang yang diperlukan untuk kepatuhan terhadap kebersihan tangan (misalnya, sabun, air, handuk, antiseptik alkohol) yang mudah	☑Ya Otidak	Dapat dinilai

diakses Nakes di tempat perawatan pasien		
<b>Kebersihan Tangan dilakukan dengan tepat</b>		
B. Sebelum kontak dengan pasien	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	dapat dinilai dengan catatan
C. Sebelum melakukan tindakan aseptik (misal memasukkan IV atau mempersiapkan suntikan)	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Tidak dapat dinilai
D. Setelah kontak dengan pasien	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	dapat dinilai dengan catatann
E. Setelah kontak dengan benda di sekitar pasien	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai
F. Setelah kontak dengan darah, cairan tubuh atau permukaan yang terkontaminasi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Tidak dapat dinilai
G. Setelah melepas sarung tangan	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai
H. Ketika berpindah dari lokasi tubuh yang terkontaminasi ke organ yang sehat selama perawatan pasien	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Tidak dapat dinilai

<b>VI.b. Alat Pelindung Diri (APD)</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. APD yang cukup dan tepat tersedia dan mudah diakses oleh Nakes.	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai
APD dinilai dengan benar		
B. APD selain alat pelindung pernapasan, dilepas dan dibuang sebelum meninggalkan ruangan pasien atau tempat perawatan. Jika alat pelindung pernapasan dinilai, maka dilepas dan dibuang (atau diolah jika dapat	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai



dinilai kembali) setelah meninggalkan ruang pasien atau ruang perawatan dan menutup pintu.		
C. Kebersihan tangan dilakukan segera setelah melepas APD	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
D. Sarung tangan i. Nakes menggunakan sarung tangan pada kontak potensial dengan darah, cairan tubuh, membran mukosa, kulit tidak utuh termasuk peralatan yang terkontaminasi ii. Nakes tidak boleh menggunakan sarung tangan yang sama pada lebih dari satu pasien iii. Nakes tidak boleh mencuci sarung tangan untuk pemakaian ulang	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak  <input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak  <input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
E. Baju Kerja i. Nakes menggunakan baju kerja untuk menjaga kulit dan baju selama prosedur atau aktivitas yang harus kontak dengan darah atau cairan tubuh ii. Nakes tidak boleh menggunakan baju kerja sama lebih dari satu pasien	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak  <input type="radio"/> Ya <input checked="" type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
F. Proteksi Wajah i. Nakes menggunakan proteksi mulut, hidung, dan mata yang cenderung menimbulkan percikan darah atau cairan tubuh lainnya	<input type="radio"/> Ya <input checked="" type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai

<b>VII.b. Keamanan Injeksi</b>	
<b>(Tidak Termasuk Farmasi/Praktik Gabungan)</b>	
<b>Elemen yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>
A. Suntikan disiapkan dengan menggunakan teknik aseptik pada tempat yang bersih bebas dari kontaminasi atau kontak dengan darah, cairan tubuh atau peralatan yang terkontaminasi	Tidak dapat dinilai
B. Jarum suntik dinilai hanya untuk satu pasien (termasuk jarum suntik yang diproduksi <i>prefilled</i> diproduksi perangkat <i>cartridge</i> seperti pena insulin	
C. Sekat karet pada botol obat didesinfeksi dengan alkohol sebelum ditusuk	
D. Wadah obat dimasukkan dalam jarum dan jarum suntik yang baru, bahkan ketika mendapatkan dosis tambahan untuk pasien yang sama	
E. botol obat, ampul, dan tas atau botol larutan intravena dosis tunggal (sekali pakai) dinilai hanya untuk satu pasien	
F. Pemberian tabung dan konektor obat yang dinilai hanya untuk satu pasien.	
G. Botol multi-dosis yang diberi	

<p>tanggal oleh nakes ketika pertama kali dibuka harus dibuang dalam waktu 28 hari kecuali produsen menentukan tanggal yang berbeda (lebih pendek atau lebih lama)</p> <p><i>Note: ini berbeda dari tanggal expired yang tertulis pada botol</i></p>	
<p>H. Botol multi-dosis yang akan dinilai untuk lebih dari satu pasien disimpan pada tempat obat yang terpusat dan tidak masuk ke area perawatan pasien langsung (misalnya, ruang operasi, ruang pasien/bilik).</p> <p><i>Catatan : Jika botol multi-dosis dimasukkan pada ruang perawatan pasien, maka hanya dapat dinilai pada satu pasien dan dibuang setelah pemakaian</i></p>	
<p>I. Semua benda tajam dibuang dalam wadah benda tajam yang tahan tusukan</p>	
<p>J. Wadah benda tajam diisi dan dibuang sesuai dengan peraturan limbah medis yang telah diatur negara</p>	
<p>K. Semua zat yang dikendalikan (misalnya, Jadwal II, III, IV, obat V) disimpan terkunci dalam tempat aman</p>	
<p>L. Nakes menggunakan masker wajah (contoh masker bedah)</p>	

<p>saat memasang kateter atau menginjeksi zat ke dalam ke dalam ruang epidural atau subdural (misalnya, selama myelogram, epidural atau anestesi spinal)</p>	
--	--

<b>VIII.b. Kebersihan Pernapasan/Etika Batuk</b>		
<b>Elemen yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan untuk Perbaikan</b>
<p>A. fasilitas kesehatan :</p> <p>i. Menampilkan tanda di pintu masuk pada pasien dengan gejala infeksi pernapasan untuk :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menginformasikan pada nakes tentang gejala infeksi pernapasan pada saat melakukan registrasi pertama kali</li> <li>b. Praktik kebersihan pernapasan/etika batuk (menutup mulut/hidung saat batuk atau bersin, menggunakan dan membuang tisu, serta membersihkan tangan setelah tangan digunakan untuk menutupi sekresi pernapasan).</li> </ul> <p>ii. Menyediakan tisu dan tempat sampah yang tidak disentuh untuk pembuangan tisu</p> <p>iii. Menyediakan alat kebersihan tangan di dalam atau dekat dengan ruang tunggu</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p>	<p>Tidak dapat dinilai</p>

<b>IX.b. Tes Point-of-Care (e.g., blood glucose meters, INR monitor)</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
<p>A. Barang sekali pakai yang baru, perangkat lancing menonaktifkan otomatis digunakan pada setiap pasien</p> <p><i>Catatan : Pisau bedah tidak digunakan untuk banyak pasien</i></p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>B. Jika digunakan lebih dari satu pasien, maka <i>testing meter</i> dibersihkan dan didesinfeksi setiap selesai penggunaan sesuai dengan instruksi pabrik.</p> <p><i>Catatan : Jika pabrik tidak menyediakan instruksi pembersihan dan disinfeksi, maka testing meter sebaiknya tidak digunakan lebih dari satu pasien.</i></p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai

<b>X.b. Kebersihan Lingkungan</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
<p>A. Persediaan yang diperlukan untuk prosedur pembersihan dan desinfeksi yang tepat (misalnya, desinfektan yang terdaftar EPA) yang tersedia</p> <p><i>Catatan : Jika pelayanan lingkungan dilakukan oleh pegawai kontrak, fasilitas harus memverifikasi produk yang terdaftar EPA sudah disediakan oleh perusahaan rekanan (penyedia layanan kontrak)</i></p>	<p><input checked="" type="radio"/>Ya Otidak</p>	Dapat dinilai
<p>B. Permukaan kamar yang sering disentuh di mana bedah atau prosedur invasif lainnya (misalnya, endoskopi, suntikan tulang belakang) dibersihkan dan kemudian didesinfeksi dengan desinfektan yang terdaftar EPA setiap selesai prosedur</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>C. Pembersih dan disinfektan digunakan sesuai dengan</p>	<p><input checked="" type="radio"/>Ya Otidak</p>	Dapat dinilai

instruksi pabrik (contoh dilusi, penyimpanan, shelf-life, waktu kontak)		
D. Nakes terlibat dalam pembersihan lingkungan memakai baju APD untuk mencegah paparan zat atau kimia infeksius (APD termasuk baju kerja, masker, dan pelindung mata)	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
<i>Catatan : APD yang tepat sesuai dengan zat kimia atau infeksius dan mengantisipasi jenis paparan</i>		

XI.b. Pengolahan Ulang Alat		
Unsur yang harus dinilai	Penilaian	Catatan Perbaikan
A. Tersedia kebijakan, prosedur dan instruksi pengolahan ulang dari pabrik untuk pemakaian ulang alat kesehatan pada tempat pengolahan ulang	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
B. Pemakaian ulang alat kesehatan, jelas, diproses ulang (desinfeksi atau sterilisasi) dan dirawat sesuai dengan instruksi pabrik pembuat	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dapat dinilai dengan catatan
<i>Catatan : Jika pabrik tidak menyediakan instruksi, alat sebaiknya tidak digunakan untuk beberapa pasien.</i>		
C. Alat sekali pakai dibuang setelah pemakaian dan tidak digunakan lebih dari satu pasien	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
<i>Catatan: Jika fasilitas kesehatan memilih untuk menggunakan kembali alat sekali pakai, perangkat ini harus diproses ulang sebelum digunakan kembali oleh reprocessor pihak ketiga yang terdaftar di FDA sebagai reprocessor pihak ketiga dan diakui oleh FDA untuk memproses ulang perangkat tertentu yang dimaksud. fasilitas kesehatan ini harus memiliki dokumentasi</i>		

<i>dari reprocessor pihak ketiga untuk mengkonfirmasi hal ini</i>		
<p>D. Tempat Pengolahan ulang :</p> <p>i. Ruangan yang cukup dialokasikan untuk kegiatan pengolahan ulang</p> <p>ii. Pola alur kerja diikuti sehingga perangkat memiliki alur jelas dari daerah kontaminasi tinggi kemudian dibersihkan/menju daerah steril (misalnya, ada pemisahan yang jelas antara ruang kerja kotor dan bersih).</p>	<p><input checked="" type="radio"/> Ya    <input type="radio"/> Tidak</p>	<p>Dapat dinilai</p>
<p>E. Cukup waktu untuk pemrosesan ulang untuk memastikan kepatuhan pada semua tahapan yang sudah direkomendasikan oleh pabrik pembuat alat, termasuk pengeringan dan penyimpanan segera</p> <p><i>Catatan : fasilitas kesehatan harus memiliki pasokan instrumen yang cukup untuk sejumlah prosedur yang dilakukan dan harus menjadwalkan prosedur agar cukup waktu untuk semua langkah pengolahan.</i></p>	<p>OYa    Otidak</p>	<p>Dapat dinilai</p>
<p>F. Nakes terlibat dalam perangkat pengolahan memakai APD yang tepat untuk mencegah paparan agen infeksi atau bahan kimia (APD dapat mencakup sarung tangan, baju, masker, dan pelindung mata).</p> <p><i>Catatan : APD yang tepat tergantung pada jenis agen infeksi atau bahan kimia dan mengantisipasi tipe paparan</i></p>	<p><input checked="" type="radio"/> Ya    <input type="radio"/> Tidak</p>	<p>Dapat dinilai</p>
<p>G. Alat medis disimpan dengan cara yang dapat melindungi dari kerusakan dan kontaminasi</p>	<p><input checked="" type="radio"/> Ya    <input type="radio"/> Tidak</p>	<p>Dapat dinilai dengan catatan</p>

## XII. Sterilisasi Alat Pakai Ulang

Catatan: Jika semua sterilisasi perangkat dilakukan di luar ruangan (tidak dilakukan), melompat ke item M-O di bawah ini

Unsur yang harus dinilai	Penilaian	Catatan Perbaikan
<p>A. Perangkat dibersihkan sesuai dengan instruksi pabrik dan diperiksa secara visual untuk sisa kotoran sebelum sterilisasi.</p> <p><i>Catatan : pembersihan dapat dilakukan manual (menggunakan gesekan) dan/atau secara mekanis (misalnya, dengan pembersih ultrasonik, mesin cuci-disinfector, mesin cuci-sterilisasi)</i></p> <p><i>Pastikan kuas yang dipilih untuk membersihkan berukuran tepat untuk membersihkan saluran perangkat dan lumens</i></p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>B. Pembersihan dilakukan segera setelah pemakaian (misal setiap pemakaian) untuk mencegah kotoran mengering pada alat</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>C. Pembersih enzimatik atau deterjen digunakan untuk membersihkan dan membuang kotoran sesuai instruksi pabrik pembuat (setiap habis pakai)</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>D. Busa pembersih sekali pakai atau jika dapat dipakai lagi, dibersihkan dan desinfeksi tingkat tinggi atau disterilisasi menurut pabrik pembuatnya selesai pemakaian</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>E. Setelah dibersihkan, instrumen dibungkus / dikemas dengan tepat untuk sterilisasi (misalnya, sistem paket yang dipilih adalah kompatibel dengan proses sterilisasi yang dilakukan, item ditempatkan dengan benar ke dalam keranjang atau rak sterilisasi agar tidak</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai



menghambat penetrasi sterilisasi yang, instrumen berengsel terbuka, instrumen akan dibongkar jika diindikasikan oleh pabrik pembuat)		
F. Indikator kimia (indikator proses) diletakkan dengan benar pada kemasan instrumen pada setiap beban	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai
G. Indikator biologis, ditujukan khusus untuk jenis dan siklus parameter sterilisasi, digunakan setidaknya setiap minggu untuk setiap sterilisasi dan dengan setiap beban yang mengandung item implan.	OYa Otidak O Tidak dipakai	
H. Untuk jenis sterilisasi yang membutuhkan udara dinamis (misalnya, prevacuum uap sterilisasi), tes pembuangan udara (uji Bowie-Dick) dilakukan dalam sterilisasi udara dinamis kosong, setiap hari sterilisasi digunakan untuk memverifikasi efikasi pengosongan udara.	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai
I. Kemasan steril diberi label dengan sejumlah nomor yang menunjukkan sterilisasi yang digunakan, siklus atau <i>load number</i> , tanggal sterilisasi, dan, jika berlaku, tanggal kadaluarsa.	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai
J. Mencatat Sterilisasi saat ini dan termasuk hasil dari masing-masing sterilisasi.	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai
K. Sterilisasi menggunakan uap segera, dilakukan, hanya dalam keadaan di mana prosedur sterilisasi rutin tidak dapat	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai

dilakukan.		
L. Alat yang menggunakan sterilisasi uap segera langsung digunakan dan tidak disimpan	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai
M. Selesai sterilisasi, alat medis disimpan sehingga sterilitas tidak terganggu	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai
N. Paket steril diperiksa untuk memastikan alat yang diolah kembali tidak terganggu sebelum digunakan.	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai
O. fasilitas kesehatan memiliki proses yang dapat menunjukkan pembersihan awal (untuk mencegah kotoran mengering dan menempel pada alat) sebelum dibawa ke tempat pengolahan ulang	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai

### **XIII. Disinfeksi Tingkat Tinggi pada Alat Pakai Ulang**

*Catatan : Jika disinfeksi tingkat tinggi tidak dilakukan, lewati menuju item L-N di bawah ini*

<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Endoskopi fleksibel diperiksa untuk melihat kerusakan dan kebocoran diuji sebagai bagian dari setiap siklus pengolahan. Setiap perangkat yang gagal tes kebocoran dihapus dari penggunaan klinis dan diperbaiki.	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai
B. Alat dibersihkan sesuai dengan instruksi produsen	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai

<p>dan diperiksa secara visual untuk memastikan residu tanah sebelum disinfeksi tingkat tinggi</p> <p><i>Catatan : pembersihan dapat dilakukan manual (menggunakan gesekan) dan/atau secara mekanis (misalnya, dengan pembersih ultrasonik, mesin cuci-disinfector, mesin cuci-sterilisas)</i></p> <p><i>Pastikan kuas yang dipilih untuk membersihkan berukuran tepat untuk membersihkan saluran perangkat dan lumens</i></p>		
<p>C. Pembersihan dilakukan segera setelah pemakaian (misal setiap pemakaian) untuk mencegah kotoran mengering pada alat</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>D. Pembersih enzimatis atau deterjen digunakan untuk membersihkan dan membuang kotoran sesuai instruksi pabrik pembuat (setiap habis pakai)</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>E. Busa pembersih sekali pakai atau jika dapat dipakai lagi, dibersihkan dan disinfeksi tingkat tinggi atau disterilisasi menurut pabrik pembuatnya selesai pemakaian</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>F. Untuk pemakaian bahan kimia dalam disinfeksi tingkat tinggi, instruksi</p>		Tidak dapat dinilai

<p>produsen berfungsi sebagai berikut :</p> <p>i. Persiapan</p> <p>ii. Menguji konsentrasi yang tepat</p> <p>iii. Perpindahan (misal ekspirasi atau efikasi berkurang)</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	
<p>G. Jika menggunakan alat reprosesor otomatis, pastikan konektor yang tepat digunakan untuk memastikan bahwa saluran dan lumens yang didesinfeksi adalah tepat</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>H. Alat disinfeksi untuk lama waktu yang tepat sesuai instruksi produsen</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>I. Alat disinfeksi dengan suhu yang sesuai dengan instruksi produsen</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>J. Setelah disinfeksi tingkat tinggi, alat dicuci dengan air steril, air filter atau air keran dan dicuci dengan etil 70% - 90% atau isopropil alkohol</p> <p><i>Catatan : Tidak ada rekomendasi menggunakan air steril atau filter dibandingkan air keran untuk membilas peralatan semi-kritis yang kontak dengan selaput lendir rektum atau vagina</i></p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>K. Alat dikeringkan segera setelah digunakan</p> <p><i>Contoh : untuk instrumen yang</i></p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai

<p><i>berlumen (contoh endoskopi) hal ini termasuk membilas setiap saluran dengan alkohol dan memaksa udara melalui saluran</i></p>		
<p>L. Selesai disinfeksi tingkat tinggi, alat disimpan dengan cara yang dapat melindungi dari kerusakan atau kontaminasi</p> <p><i>Catatan : endoskopi digantung dengan posisi vertikal</i></p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	<p>Tidak dapat dinilai</p>
<p>M. fasilitas kesehatan mempertahankan log setiap prosedur endoskopi yang meliputi: nama dan nomor rekam medis pasien (jika tersedia), prosedur, tanggal, tenaga endoscopist, sistem yang digunakan untuk memproses ulang endoskopi (jika lebih dari satu sistem digunakan di area pengolahan), serta nomor seri atau pengenal lainnya dari endoskopi yang digunakan.</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	<p>Tidak dapat dinilai</p>
<p>N. fasilitas kesehatan memiliki proses yang dapat menunjukkan pembersihan awal (untuk mencegah kotoran mengering dan menempel pada alat) sebelum dibawa ke tempat pengolahan ulang</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	<p>Tidak dapat dinilai</p>

## Lampiran 4. Etika Penelitian



Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Nomor : 224/EP-FKIK-UMY/IV/2017

### **KETERANGAN LOLOS UJI ETIK** **ETHICAL APPROVAL**

Komite Etik Penelitian Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan responden/subyek penelitian, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

*The Ethics Committee of the Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Muhammadiyah Yogyakarta, with regards of the protection of human rights and welfare in research, has carefully reviewed the research protocol entitled :*

**"Infection Control Risk Assessment (ICRA) di Unit Gizi RS PKU Muhammadiyah Gamping"**

**Peneliti Utama** : Setyabella Ika Putri  
*Principal Investigator*

**Nama Institusi** : Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit UMY  
*Name of the Institution*

**Negara** : Indonesia  
*Country*

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.  
*And approved the above-mentioned protocol.*

Yogyakarta, 07 April 2017

Sekretaris  
Secretary  
  
Dr. dr. Titiek Hidayati, M. Kes

**\*Peneliti Berkewajiban :**

1. Menjaga kerahasiaan identitas subyek penelitian
2. Memberitahukan status penelitian apabila :
  - a. Setelah masa berlakunya keterangan lolos uji etik, penelitian masih belum selesai, dalam hal ini *ethical clearance* harus diperpanjang
  - b. Penelitian berhenti di tengah jalan
3. Melaporkan kejadian serius yang tidak diinginkan (*serious adverse events*)
4. Peneliti tidak boleh melakukan tindakan apapun pada responden/subyek sebelum penelitian lolos uji etik dan *informed consent*

Kampus :

Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183  
Telp. (0274) 387658 ext. 213 - 7491350 Fax. (0274) 387658

*Muda mendunia*

## **Infection Prevention and Control Assessment Tool for Outpatient Settings**

This tool is intended to assist in the assessment of infection control programs and practices in outpatient settings. In order to complete the assessment, direct observation of infection control practices will be necessary. To facilitate the assessment, health departments are encouraged to share this tool with facilities in advance of their visit.

### **Overview**

#### **Section 1: Facility Demographics**

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

#### **Section 3: Direct Observation of Facility Practices**

#### **Section 4: Infection Control Guidelines and Other Resources**

### **Infection Control Domains for Gap Assessment**

- I. Infection Control Program and Infrastructure
- II. Infection Control Training and Competency
- III. Healthcare Personnel Safety
- IV. Surveillance and Disease Reporting
- V.a/b. Hand Hygiene
- VI.a/b. Personal Protective Equipment (PPE)
- VII.a/b. Injection Safety
- VIII.a/b. Respiratory Hygiene/Cough Etiquette
- IX.a/b. Point-of-Care Testing (if applicable)
- X.a/b. Environmental Cleaning
- XI.a/b. Device Reprocessing (if applicable)
- XII. Sterilization of Reusable Devices (if applicable)
- XIII. High-level Disinfection of Reusable Devices (if applicable)



U.S. Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

<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"/> Other (specify):		
Is the facility licensed by the state?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Is the facility certified by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Is the facility accredited?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  If yes, list the accreditation organization: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Accreditation Association for Ambulatory Health Care (AAAHC)</li> <li><input type="checkbox"/> American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities (AAAASF)</li> <li><input type="checkbox"/> American Osteopathic Association (AOA)</li> <li><input type="checkbox"/> The Joint Commission (TJC)</li> <li><input type="checkbox"/> Other (specify):</li> </ul>		
Is the facility affiliated with a hospital?	<input type="checkbox"/> Yes (specify – for health department use only): <input type="checkbox"/> No		
Which procedures are performed by the facility?  Select all that apply.	<input type="checkbox"/> Chemotherapy	<input type="checkbox"/> Endoscopy	<input type="checkbox"/> Ear/Nose/Throat
	<input type="checkbox"/> Imaging (MRI/CT)	<input type="checkbox"/> Immunizations	<input type="checkbox"/> OB/Gyn
	<input type="checkbox"/> Ophthalmologic	<input type="checkbox"/> Orthopedic	<input type="checkbox"/> Pain remediation
	<input type="checkbox"/> Plastic/reconstructive	<input type="checkbox"/> Podiatry	<input type="checkbox"/> Other (specify):
What is the <b>primary</b> procedure-type performed by the facility?  Select only one.	<input type="checkbox"/> Chemotherapy	<input type="checkbox"/> Endoscopy	<input type="checkbox"/> Ear/Nose/Throat
	<input type="checkbox"/> Imaging (MRI/CT)	<input type="checkbox"/> Immunizations	<input type="checkbox"/> OB/Gyn
	<input type="checkbox"/> Ophthalmologic	<input type="checkbox"/> Orthopedic	<input type="checkbox"/> Pain remediation
	<input type="checkbox"/> Plastic/reconstructive	<input type="checkbox"/> Podiatry	<input type="checkbox"/> Other (specify):
How many physicians work at the facility?			
What is the average number of patients seen per week?			



## Section 2: Infection Control Program and Infrastructure

I. Infection Control Program and Infrastructure		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
<p>A. Written infection prevention policies and procedures are available, current, and based on evidence-based guidelines (e.g., CDC/HICPAC), regulations, or standards.</p> <p><i>Note: Policies and procedures should be appropriate for the services provided by the facility and should extend beyond OSHA bloodborne pathogen training</i></p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p>B. Infection prevention policies and procedures are re-assessed at least annually or according to state or federal requirements, and updated if appropriate.</p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p>C. At least one individual trained in infection prevention is employed by or regularly available (e.g., by contract) to manage the facility's infection control program.</p> <p><i>Note: Examples of training may include: Successful completion of initial and/or recertification exams developed by the Certification Board for Infection Control &amp; Epidemiology; participation in infection control courses organized by the state or recognized professional societies (e.g., APIC, SHEA).</i></p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p>D. Facility has system for early detection and management of potentially infectious persons at initial points of patient encounter.</p> <p><i>Note: System may include taking a travel and occupational history, as appropriate, and elements described under respiratory hygiene/cough etiquette.</i></p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

II. Infection Control Training and Competency		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
<p>A. Facility has a competency-based training program that provides job-specific training on infection prevention policies and procedures to healthcare personnel.</p> <p><i>Note: This includes those employed by outside agencies and available by contract or on a volunteer basis to the facility.</i></p> <p><i>See sections below for more specific assessment of training related to: hand hygiene, personal protective equipment (PPE), injection safety, environmental cleaning, point-of-care testing, and device reprocessing</i></p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

III. Healthcare Personnel Safety		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
<p>A. Facility has an exposure control plan that is tailored to the specific requirements of the facility (e.g., addresses potential hazards posed by specific services provided by the facility).</p> <p><i>Note: A model template, which includes a guide for creating an exposure control plan that meets the requirements of the OSHA Bloodborne Pathogens Standard is available at: <a href="https://www.osha.gov/Publications/osha3186.pdf">https://www.osha.gov/Publications/osha3186.pdf</a></i></p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p>B. HCP for whom contact with blood or other potentially infectious material is anticipated are trained on the OSHA bloodborne pathogen standard upon hire and at least annually.</p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p>C. Following an exposure event, post-exposure evaluation and follow-up, including prophylaxis as appropriate, are available at no cost to employee and are supervised by a licensed healthcare professional.</p> <p><i>Note: An exposure incident refers to a specific eye, mouth, other mucous membrane, non-intact skin, or parenteral contact with blood or other potentially infectious materials that results from the performance of an individual's duties.</i></p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p>D. Facility tracks HCP exposure events and evaluates event data and develops/implements corrective action plans to reduce incidence of such events.</p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p>E. Facility follows recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) for immunization of HCP, including offering Hepatitis B and influenza vaccination.</p> <p><i>Note: Immunization of Health-Care Personnel: Recommendations of the ACIP available at: <a href="http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6007a1.htm">http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6007a1.htm</a></i></p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p>F. All HCP receive baseline tuberculosis (TB) screening prior to placement, and those with potential for ongoing exposure to TB receive periodic screening (if negative) at least annually.</p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p>G. If respirators are used, the facility has a respiratory protection program that details required worksite-specific procedures and elements for required respirator use, including provision of medical clearance, training, and fit testing as appropriate.</p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not Applicable <input type="radio"/>	
<p>H. Facility has well-defined policies concerning contact of personnel with patients when personnel have potentially transmissible conditions. These policies include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Work-exclusion policies that encourage reporting of illnesses and do not penalize with loss of wages, benefits, or job status.</li> <li>ii. Education of personnel on prompt reporting of illness to supervisor.</li> </ul>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

IV. Surveillance and Disease Reporting		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. An updated list of diseases reportable to the public health authority is readily available to all personnel.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
B. Facility can demonstrate knowledge of and compliance with mandatory reporting requirements for notifiable diseases, healthcare associated infections (as appropriate), and for potential outbreaks.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
C. Patients who have undergone procedures at the facility are educated regarding signs and symptoms of infection that may be associated with the procedure and instructed to notify the facility if such signs or symptoms occur.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

V.a. Hand Hygiene		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. All HCP are educated regarding appropriate indications for hand hygiene: i. Upon hire, prior to provision of care ii. Annually	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
B. HCP are required to demonstrate competency with hand hygiene following each training	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
C. Facility regularly audits (monitors and documents) adherence to hand hygiene.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
D. Facility provides feedback from audits to personnel regarding their hand hygiene performance.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
E. Hand hygiene policies promote preferential use of alcohol-based hand rub over soap and water in all clinical situations 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.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

VI.a. Personal Protective Equipment (PPE)		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. HCP who use PPE receive training on proper selection and use of PPE: i. Upon hire, prior to provision of care ii. Annually iii. When new equipment or protocols are introduced	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
B. HCP are required to demonstrate competency with selection and use of PPE following each training.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
C. Facility regularly audits (monitors and documents) adherence to proper PPE selection and use.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
D. Facility provides feedback from audits to personnel regarding their performance with selection and use of PPE.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

VII.a. Injection Safety (This element does not include assessment of pharmacy/compounding practices)

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. HCP who prepare and/or administer parenteral medications receive training on safe injection practices: <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Upon hire, prior to being allowed to prepare and/or administer parenteral medications</li> <li>ii. Annually</li> <li>iii. When new equipment or protocols are introduced</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
B. HCP are required to demonstrate competency with safe injection practices following each training.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
C. Facility regularly audits (monitors and documents) adherence to safe injection practices.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
D. Facility provides feedback from audits to personnel regarding their adherence to safe injection practices.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
E. Facility has policies and procedures to track HCP access to controlled substances to prevent narcotics theft/diversion.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
<p><i>Note: Policies and procedures should address: how data are reviewed, how facility would respond to unusual access patterns, how facility would assess risk to patients if tampering (alteration or substitution) is suspected or identified, and who the facility would contact if diversion is suspected or identified.</i></p>		

VIII.a. Respiratory Hygiene/Cough Etiquette

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. Facility has policies and procedures to contain respiratory secretions in persons who have signs and symptoms of a respiratory infection, beginning at point of entry to the facility and continuing through the duration of the visit. Policies include: <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Offering facemasks to coughing patients and other symptomatic persons upon entry to the facility, at a minimum, during periods of increased respiratory infection activity in the community.</li> <li>ii. Providing space in waiting rooms and encouraging persons with symptoms of respiratory infections to sit as far away from others as possible.</li> </ul> <p><i>Note: If available, facilities may wish to place patients with symptoms of a respiratory infection in a separate area while waiting for care.</i></p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
B. Facility educates HCP on the importance of infection prevention measures to contain respiratory secretions to prevent the spread of respiratory pathogens.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

IX.a. Point-of-Care Testing (e.g., blood glucose meters, INR monitor)		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. HCP who perform point-of-care testing receive training on recommended practices: i. Upon hire, prior to being allowed to perform point-of-care testing ii. Annually iii. When new equipment or protocols are introduced	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
B. HCP are required to demonstrate competency with recommended practices for point-of-care testing following each training.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
C. Facility regularly audits (monitors and documents) adherence to recommended practices during point-of-care testing.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
D. Facility provides feedback from audits to personnel regarding their adherence to recommended practices.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	

X.a. Environmental Cleaning		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. Facility has written policies and procedures for routine cleaning and disinfection of environmental surfaces, including identification of responsible personnel.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
B. Personnel who clean and disinfect patient care areas (e.g., environmental services, technicians, nurses) receive training on cleaning procedures i. Upon hire, prior to being allowed to perform environmental cleaning ii. Annually iii. When new equipment or protocols are introduced  <i>Note: If environmental cleaning is performed by contract personnel, facility should verify this is provided by contracting company.</i>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
C. HCP are required to demonstrate competency with environmental cleaning procedures following each training.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
D. Facility regularly audits (monitors and documents) adherence to cleaning and disinfection procedures, including using products in accordance with manufacturer's instructions (e.g., dilution, storage, shelf-life, contact time).	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
E. Facility provides feedback from audits to personnel regarding their adherence to cleaning and disinfection procedures.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
F. Facility has a policy/procedure for decontamination of spills of blood or other body fluids.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

X.a. Environmental Cleaning, continued

**Operating Room**

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
G. Operating rooms are terminally cleaned after last procedure of the day.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not applicable	
H. Facility regularly audits (monitors and documents) adherence to recommended infection control practices for surgical infection prevention including: <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Adherence to preoperative surgical scrub and hand hygiene</li> <li>ii. Appropriate use of surgical attire and drapes</li> <li>iii. Adherence to aseptic technique and sterile field</li> <li>iv. Proper ventilation requirements in surgical suites</li> <li>v. Minimization of traffic in the operating room</li> <li>vi. Adherence to cleaning and disinfection of environmental surfaces</li> </ul>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not applicable	
I. Facility provides feedback from audits to personnel regarding their adherence to surgical infection prevention practices.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not applicable	

## XI.a. Device Reprocessing

The following basic information allows for a general assessment of policies and procedures related to reprocessing of reusable medical devices. Outpatient facilities that are performing on-site sterilization or high-level disinfection of reusable medical devices should refer to the more detailed checklists in separate sections of this document devoted to those issues.

Categories of Medical Devices:

- **Critical items** (e.g., surgical instruments) are objects that enter sterile tissue or the vascular system and must be sterile prior to use (see Sterilization Section).
- **Semi-critical items** (e.g., endoscopes for upper endoscopy and colonoscopy, vaginal probes) are objects that contact mucous membranes or non-intact skin and require, at a minimum, high-level disinfection prior to reuse (see High-level Disinfection Section).
- **Non-critical items** (e.g., blood pressure cuffs) 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.

**Single-use devices** (SUDs) are labeled by the manufacturer for a single use and do not have reprocessing instructions. They may *not* be reprocessed for reuse except by entities which have complied with FDA regulatory requirements and have received FDA clearance to reprocess specific SUDs.

Note: Cleaning must always be performed prior to sterilization and disinfection

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
<p>A. Facility has policies and procedures to ensure that reusable medical devices are cleaned and reprocessed appropriately prior to use on another patient.</p> <p><i>Note: This includes clear delineation of responsibility among HCP for cleaning and disinfection of equipment including, non-critical equipment, mobile devices, and other electronics (e.g., point-of-care devices) that might not be reprocessed in a centralized reprocessing area.</i></p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>B. The individual(s) in charge of infection prevention at the facility is consulted whenever new devices or products will be purchased or introduced to ensure implementation of appropriate reprocessing policies and procedures.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>C. HCP responsible for reprocessing reusable medical devices receive hands-on training on proper selection and use of PPE and recommended steps for reprocessing assigned devices:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Upon hire, prior to being allowed to reprocess devices</li> <li>ii. Annually</li> <li>iii. When new devices are introduced or policies/procedures change.</li> </ul> <p><i>Note: If device reprocessing is performed by contract personnel, facility should verify this is provided by contracting company.</i></p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>D. HCP are required to demonstrate competency with reprocessing procedures (i.e., correct technique is observed by trainer) following each training.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	

XI.a. Device Reprocessing, continued

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
E. Facility regularly audits (monitors and documents) adherence to reprocessing procedures.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
F. Facility provides feedback from audits to personnel regarding their adherence to reprocessing procedures.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
G. Facility has protocols to ensure that HCP can readily identify devices that have been properly reprocessed and are ready for patient use (e.g., tagging system, storage in designated area).	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
H. Facility has policies and procedures outlining facility response (i.e., risk assessment and recall of device) in the event of a reprocessing error or failure.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
I. Routine maintenance for reprocessing equipment (e.g., automated endoscope reprocessors, steam autoclave) is performed by qualified personnel in accordance with manufacturer instructions; confirm maintenance records are available.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	



### Section 3: Direct Observation of Facility Practices

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) have resulted in bloodborne pathogen transmission and should be halted immediately. Identification of such lapses warrants appropriate notification and testing of potentially affected patients.

If an element is unable to be observed during an assessment (e.g., no patients received point-of-care testing during the visit), assess the element by interviewing appropriate personnel about facility practices. Notation should also be made in the notes section that the element was not able to be directly observed.

V.b. Hand hygiene		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. Supplies necessary for adherence to hand hygiene (e.g., soap, water, paper towels, alcohol-based hand rub) are readily accessible to HCP in patient care areas.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
Hand hygiene is performed correctly:		
B. Before contact with the patient	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
C. Before performing an aseptic task (e.g., insertion of IV or preparing an injection)	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
D. After contact with the patient	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
E. After contact with objects in the immediate vicinity of the patient	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
F. After contact with blood, body fluids or contaminated surfaces	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
G. After removing gloves	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
H. When moving from a contaminated-body site to a clean-body site during patient care	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

VI.b. Personal Protective Equipment (PPE)		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. Sufficient and appropriate PPE is available and readily accessible to HCP.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
PPE is used correctly:		
B. PPE, other than respirator, is removed and discarded prior to leaving the patient's room or care area. If a respirator is used, it is removed and discarded (or reprocessed if reusable) <u>after</u> leaving the patient room or care area and closing the door.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
C. Hand hygiene is performed immediately after removal of PPE.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

VI.b. Personal Protective Equipment (PPE), continued		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
D. Gloves		
i. HCP wear gloves for potential contact with blood, body fluids, mucous membranes, non-intact skin, or contaminated equipment.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
ii. HCP <u>do not</u> wear the same pair of gloves for the care of more than one patient.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
iii. HCP <u>do not</u> wash gloves for the purpose of reuse.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
E. Gowns		
i. HCP wear gowns to protect skin and clothing during procedures or activities where contact with blood or body fluids is anticipated.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not Applicable <input type="radio"/>	
ii. HCP <u>do not</u> wear the same gown for the care of more than one patient.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not Applicable <input type="radio"/>	
F. Facial protection		
i. HCP wear mouth, nose, and eye protection during procedures that are likely to generate splashes or sprays of blood or other body fluids.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not Applicable <input type="radio"/>	

VII.b. Injection safety (This element does not include assessment of pharmacy/compounding practices)		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. Injections are prepared using aseptic technique in a clean area free from contamination or contact with blood, body fluids or contaminated equipment.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
B. Needles and syringes are used for only one patient (this includes manufactured prefilled syringes and cartridge devices such as insulin pens).	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
C. The rubber septum on a medication vial is disinfected with alcohol prior to piercing.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
D. Medication containers are entered with a new needle and a new syringe, even when obtaining additional doses for the same patient.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
E. Single dose (single-use) medication vials, ampules, and bags or bottles of intravenous solution are used for only one patient.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
F. Medication administration tubing and connectors are used for only one patient.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
G. Multi-dose vials are dated by HCP when they are first opened and discarded within 28 days unless the manufacturer specifies a different (shorter or longer) date for that opened vial.  <i>Note: This is different from the expiration date printed on the vial.</i>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/> (Facility does not use multi-dose vials or discards them after single patient use)	

VII.b. Injection safety (This element does not include assessment of pharmacy/compounding practices), continued

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
<p>H. Multi-dose vials to be used for more than one patient are kept in a centralized medication area and <u>do not</u> enter the immediate patient treatment area (e.g., operating room, patient room/cubicle).</p> <p><i>Note: If multi-dose vials enter the immediate patient treatment area they should be dedicated for single-patient use and discarded immediately after use.</i></p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/> (Facility does not use multi-dose vials or discards them after single patient use)</p>	
I. All sharps are disposed of in a puncture-resistant sharps container.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
J. Filled sharps containers are disposed of in accordance with state regulated medical waste rules.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
K. All controlled substances (e.g., Schedule II, III, IV, V drugs) are kept locked within a secure area.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
L. HCP wear a facemask (e.g., surgical mask) when placing a catheter or injecting material into the epidural or subdural space (e.g., during myelogram, epidural or spinal anesthesia).	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/> (Facility does not perform spinal injection procedures)</p>	

VIII.b. Respiratory Hygiene/Cough Etiquette

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. Facility:		
<p>i. Posts signs at entrances with instructions to patients with symptoms of respiratory infection to:</p> <p>a. Inform HCP of symptoms of a respiratory infection when they first register for care, and</p> <p>b. Practice Respiratory Hygiene/Cough Etiquette (cover their mouths/noses when coughing or sneezing, use and dispose of tissues, and perform hand hygiene after hands have been covered with respiratory secretions).</p>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
ii. Provides tissues and no-touch receptacles for disposal of tissues.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
iii. Provides resources for performing hand hygiene in or near waiting areas.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

**IX.b. Point-of-Care Testing (e.g., blood glucose meters, INR monitor)**

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
<p>A. New single-use, auto-disabling lancing device is used for each patient.</p> <p><i>Note: Lancet holder devices are not suitable for multi-patient use.</i></p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>B. If used for more than one patient, the point-of-care testing meter is cleaned and disinfected after every use according to manufacturer’s instructions.</p> <p><i>Note: If the manufacturer does not provide instructions for cleaning and disinfection, then the testing meter should not be used for &gt;1 patient.</i></p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/></p>	

**X.b. Environmental Cleaning**

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
<p>A. Supplies necessary for appropriate cleaning and disinfection procedures (e.g., EPA-registered disinfectants) are available.</p> <p><i>Note: If environmental services are performed by contract personnel, facility should verify that appropriate EPA-registered products are provided by contracting company</i></p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>B. High-touch surfaces in rooms where surgical or other invasive procedures (e.g., endoscopy, spinal injections) are performed are cleaned and then disinfected with an EPA-registered disinfectant after each procedure.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>C. Cleaners and disinfectants are used in accordance with manufacturer’s instructions (e.g., dilution, storage, shelf-life, contact time).</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	
<p>D. HCP engaged in environmental cleaning wear appropriate PPE to prevent exposure to infectious agents or chemicals (PPE can include gloves, gowns, masks, and eye protection).</p> <p><i>Note: The exact type of correct PPE depends on infectious or chemical agent and anticipated type of exposure.</i></p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	

XI.b. Device Reprocessing		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. Policies, procedures, and manufacturer reprocessing instructions for reusable medical devices used in the facility are available in the reprocessing area(s).	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
B. Reusable medical devices are cleaned, reprocessed (disinfection or sterilization) and maintained according to the manufacturer instructions.  <i>Note: If the manufacturer does not provide such instructions, the device may not be suitable for multi-patient use.</i>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
C. Single-use devices are discarded after use and not used for more than one patient.  <i>Note: If the facility elects to reuse single-use devices, these devices must be reprocessed prior to reuse by a third-party reprocessor that it is registered with the FDA as a third-party reprocessor and cleared by the FDA to reprocess the specific device in question. The facility should have documentation from the third party reprocessor confirming this is the case.</i>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
D. Reprocessing area: i. Adequate space is allotted for reprocessing activities. ii. A workflow pattern is followed such that devices clearly flow from high contamination areas to clean/sterile areas (i.e., there is clear separation between soiled and clean workspaces).	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
E. Adequate time for reprocessing is allowed to ensure adherence to all steps recommended by the device manufacturer, including drying and proper storage.  <i>Note: Facilities should have an adequate supply of instruments for the volume of procedures performed and should schedule procedures to allow sufficient time for all reprocessing steps.</i>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
F. HCP engaged in device reprocessing wear appropriate PPE to prevent exposure to infectious agents or chemicals (PPE can include gloves, gowns, masks, and eye protection).  <i>Note: The exact type of correct PPE depends on infectious or chemical agent and anticipated type of exposure.</i>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
G. Medical devices are stored in a manner to protect from damage and contamination.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

## XII. Sterilization of Reusable Devices

Note: If all device sterilization is performed off-site, skip to items M-O below.

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
<p>A. Devices are thoroughly cleaned according to manufacturer instructions and visually inspected for residual soil prior to sterilization.</p> <p><i>Note: Cleaning may be manual (i.e., using friction) and/or mechanical (e.g., with ultrasonic cleaners, washer-disinfector, washer-sterilizers).</i></p> <p><i>Ensure appropriately sized cleaning brushes are selected for cleaning device channels and lumens.</i></p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>B. Cleaning is performed as soon as practical after use (e.g., at the point of use) to prevent soiled materials from becoming dried onto devices.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>C. Enzymatic cleaner or detergent is used for cleaning and discarded according to manufacturer's instructions (typically after each use)</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>D. Cleaning brushes are disposable or, if reusable, cleaned and high-level disinfected or sterilized (per manufacturer's instructions) after use.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>E. After cleaning, instruments are appropriately wrapped/packaged for sterilization (e.g., package system selected is compatible with the sterilization process being performed, items are placed correctly into the basket, shelf or cart of the sterilizer so as not to impede the penetration of the sterilant, hinged instruments are open, instruments are disassembled if indicated by the manufacturer).</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>F. A chemical indicator (process indicator) is placed correctly in the instrument packs in every load.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>G. A biological indicator, intended specifically for the type and cycle parameters of the sterilizer, is used at least weekly for each sterilizer and with every load containing implantable items.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>H. For dynamic air removal-type sterilizers (e.g., prevacuum steam sterilizer), an air removal test (Bowie-Dick test) is performed in an empty dynamic-air removal sterilizer each day the sterilizer is used to verify efficacy of air removal.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>I. Sterile packs are labeled with a load number that indicates the sterilizer used, the cycle or load number, the date of sterilization, and, if applicable, the expiration date.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>J. Sterilization logs are current and include results from each load.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>K. Immediate-use steam sterilization, if performed, is only done in circumstances in which routine sterilization procedures cannot be performed.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Not applicable <input type="radio"/></p>	

XII. Sterilization of Reusable Devices, continued		
Note: If all device sterilization is performed off-site, skip to items M-O below.		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
L. Instruments that undergo immediate-use steam sterilization are used immediately and not stored.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
M. After sterilization, medical devices are stored so that sterility is not compromised.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
N. Sterile packages are inspected for integrity and compromised packages are reprocessed prior to use.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
O. The facility has a process to perform initial cleaning of devices (to prevent soiled materials from becoming dried onto devices) prior to transport to the off-site reprocessing facility.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	

XIII. High-Level Disinfection of Reusable Devices		
Note: If all high-level disinfection is performed off-site, skip to items L-N below.		
Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
A. Flexible endoscopes are inspected for damage and leak tested as part of each reprocessing cycle. Any device that fails the leak test is removed from clinical use and repaired.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
B. Devices are thoroughly cleaned according to manufacturer instructions and visually inspected for residual soil prior to high-level disinfection.  <i>Note: Cleaning may be manual (i.e., using friction) and/or mechanical (e.g., with ultrasonic cleaners, washer-disinfector, washer-sterilizers).</i>  <i>Ensure appropriately sized cleaning brushes are selected for cleaning device channels and lumens.</i>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
C. Cleaning is performed as soon as practical after use (e.g., at the point of use) to prevent soiled materials from becoming dried onto instruments.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
D. Enzymatic cleaner or detergent is used and discarded according to manufacturer instructions (typically after each use).	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
E. Cleaning brushes are disposable or, if reusable, cleaned and high-level disinfected or sterilized (per manufacturer instructions) after use.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	
F. For chemicals used in high-level disinfection, manufacturer instructions are followed for: <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Preparation</li> <li>ii. Testing for appropriate concentration</li> <li>iii. Replacement (i.e., upon expiration or loss of efficacy)</li> </ul>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No  <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/>	

XIII. High-Level Disinfection of Reusable Devices, continued

Note: If all high-level disinfection is performed off-site, skip to items L-N below.

Elements to be assessed	Assessment	Notes/Areas for Improvement
<p>G. If automated reprocessing equipment is used, proper connectors are used to assure that channels and lumens are appropriately disinfected.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>H. Devices are disinfected for the appropriate length of time as specified by manufacturer instructions.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>I. Devices are disinfected at the appropriate temperature as specified by manufacturer instructions.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>J. After high-level disinfection, devices are rinsed with sterile water, filtered water, or tap water followed by a rinse with 70% - 90% ethyl or isopropyl alcohol.</p> <p><i>Note: There is no recommendation to use sterile or filtered water rather than tap water for rinsing semi-critical equipment that contact the mucous membranes of the rectum or vagina</i></p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>K. Devices are dried thoroughly prior to reuse.</p> <p><i>Note: For lumened instruments (e.g., endoscopes) this includes flushing all channels with alcohol and forcing air through channels.</i></p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>L. After high-level disinfection, devices are stored in a manner to protect from damage or contamination.</p> <p><i>Note: Endoscopes should be hung in a vertical position.</i></p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>M. Facility maintains a log for each endoscopy procedure which includes: patient's name and medical record number (if available), procedure, date, endoscopist, system used to reprocess the endoscope (if more than one system could be used in the reprocessing area), and serial number or other identifier of the endoscope used.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/></p>	
<p>N. The facility has a process to perform initial cleaning of devices (to prevent soiled materials from becoming dried onto devices) prior to transport to the off-site reprocessing facility.</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Not applicable <input type="radio"/></p>	



## 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)

- **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/spec-grps/hcw.htm>
- Occupational Safety & Health Administration (OSHA) Bloodborne Pathogens and Needlestick Prevention Standard: <http://www.osha.gov/SLTC/bloodbornepathogens/index.html>
- OSHA Respiratory Protection Standard: [https://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show\\_document?p\\_id=12716&p\\_table=STANDARD S](https://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_id=12716&p_table=STANDARD_S)
- OSHA Respirator Fit Testing: [https://www.osha.gov/video/respiratory\\_protection/fittesting\\_transcript.html](https://www.osha.gov/video/respiratory_protection/fittesting_transcript.html)

- **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/>

Examples of tools that can be used to conduct a formal audit of hand hygiene practices:

- [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh\\_monograph.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh_monograph.pdf)
- <http://comepepi.cs.uiowa.edu/index.php/Research/IScrub>

- **Personal Protective Equipment**

- 2007 Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>
- Guidance for the Selection and Use of Personal Protective Equipment in Healthcare Settings: <http://www.cdc.gov/HAI/prevent/ppe.html>

- **Injection Safety**

- 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://www.oneandonlycampaign.org/>
  
- **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/>
  
- **Environmental Cleaning**
  - 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)
  - Options for Evaluating Environmental Infection Control: <http://www.cdc.gov/HAI/toolkits/Evaluating-Environmental-Cleaning.html>
  
- **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)
  
- **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 Dec;36(10):685-90
  - 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

### Instrumen *Infection Control Risk Assesment (ICRA) for Outpatient Settings*

<b>Bagian 1 Demografi fasilitas kesehatan</b>			
Nama fasilitas kesehatan (Hanya untuk Departemen Kesehatan)			
ID Organisasi fasilitas kesehatan NHSN (Hanya untuk Departemen Kesehatan)			
ID Khusus yang diberikan			
Tanggal Penilaian			
Jenis Penilaian	<input type="checkbox"/> on-site <input type="checkbox"/> Lainnya (jelaskan):		
Alasan Penilaian	<input type="checkbox"/> <i>Outbreak</i> <input type="checkbox"/> Masukan dari lembaga akreditasi atau lembaga survei <input type="checkbox"/> data NHSN Jika YA, perjelas : <input type="checkbox"/> CAUTI <input type="checkbox"/> CLABSI <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Lainnya (jelaskan : _____ ) <input type="checkbox"/> Kolaboratif (perjelas : _____ ) <input type="checkbox"/> Lainnya (perjelas : _____ )		
Apakah fasilitas kesehatan ini dilisensi oleh negara ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Apakah fasilitas kesehatan ini disertifikasi oleh the <i>Centers for Medicare &amp; Medicaid Services (CMS)</i> ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Apakah fasilitas kesehatan ini terakreditasi ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika YA, daftar organisasi akreditasi: <input type="checkbox"/> <i>Accreditation Association for Ambulatory Health Care (AAAHC)</i> <input type="checkbox"/> <i>American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities (AAAASF)</i> <input type="checkbox"/> <i>American Osteopathic Association (AOA)</i> <input type="checkbox"/> <i>The Joint Commission (TJC)</i> <input type="checkbox"/> Lainnya (perjelas):		
Apakah fasilitas kesehatan ini berafiliasi dengan rumah sakit ?	<input type="checkbox"/> Ya (perjelas – hanya untuk departemen kesehatan) : <input type="checkbox"/> Tidak		
Mana prosedur yang digunakan? Pilih.....	<input type="checkbox"/> Kemoterapi	<input type="checkbox"/> Endoskopi	<input type="checkbox"/> THT
	<input type="checkbox"/> Imaging (MRI/CT)	<input type="checkbox"/> Imunisasi	<input type="checkbox"/> OBS/Gyn
	<input type="checkbox"/> Oftalmologi	<input type="checkbox"/> Orthopedi	<input type="checkbox"/> pemulihan nyeri
	<input type="checkbox"/> Bedah plastik/rekonstruksi	<input type="checkbox"/> Podiatri	<input type="checkbox"/> Lainnya :
Apakah tipe prosedur utama dari fasilitas kesehatan ini? Pilih salah satu	<input type="checkbox"/> Kemoterapi	<input type="checkbox"/> Endoskopi	<input type="checkbox"/> THT
	<input type="checkbox"/> Imaging (MRI/CT)	<input type="checkbox"/> Imunisasi	<input type="checkbox"/> OBS/Gyn
	<input type="checkbox"/> Oftalmologi	<input type="checkbox"/> Orthopedi	<input type="checkbox"/> pemulihan nyeri
	<input type="checkbox"/> Bedah plastik/	<input type="checkbox"/> Podiatri	<input type="checkbox"/> Lainnya :

	rekonstruksi		
Berapa banyak dokter yang menggunakan fasilitas kesehatan ini?			
Berapa rata-rata pasien yang terlihat setiap minggu?			

## Bagian 2 : Program dan Infrastruktur Pengendalian Infeksi

I. Program dan Infrastruktur Pengendalian Program		
Unsur yang harus dinilai	Penilaian	Catatan Perbaikan
<p>A. Tersedia kebijakan dan prosedur tertulis tentang pencegahan infeksi saat ini, dan berdasarkan pedoman berbasis bukti (misalnya, CDC / HICPAC), peraturan-peraturan, atau standar yang sudah ditetapkan</p> <p><i>Catatan: Kebijakan dan prosedur harus sesuai untuk layanan yang disediakan oleh fasilitas kesehatan dan harus melampaui pelatihan patogen yang ditularkan melalui darah oleh OSHA</i></p>	O Ya O Tidak	
<p>B. Kebijakan dan prosedur pencegahan infeksi dinilai ulang setidaknya setiap tahun atau sesuai dengan kebutuhan negara bagian atau federal, dan diperbarui jika diperlukan</p>	O Ya O Tidak	
<p>C. Setidaknya ada satu orang terlatih dalam pencegahan infeksi yang dipekerjakan atau tersedia secara teratur (misalnya, kontrak) untuk mengelola program pengendalian infeksi dari fasilitas kesehatan ini.</p> <p><i>Catatan: Contoh pelatihan dapat mencakup: Dapat Menjalankan dasar dan/atau ujian sertifikasi ulang yang dikembangkan oleh Badan Sertifikasi untuk Pengendalian Infeksi &amp; Epidemiologi; berpartisipasi dalam program pengendalian infeksi yang diselenggarakan oleh negara atau diakui masyarakat profesional (misalnya, APIC, SHEA).</i></p>	O Ya O Tidak	
<p>D. fasilitas kesehatan memiliki sistem deteksi dini dan manajemen pengendalian potensi orang terinfeksi pada titik awal pertemuan dengan pasien</p> <p><i>Catatan : Sistem mencakup riwayat perjalanan dan pekerjaan, yang sesuai dan mencakup unsur tentang higiene pernapasan/etika batuk</i></p>	O Ya O Tidak	

<b>II. Pelatihan dan Kompetensi Pengendalian Infeksi</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan untuk Perbaikan</b>
<p>A. fasilitas kesehatan memiliki program pelatihan berbasis kompetensi yang menyediakan pelatihan sesuai dengan pekerjaannya dalam kebijakan dan prosedur pencegahan infeksi</p> <p><i>Catatan : termasuk yang dikontrak dan relawan</i></p> <p><i>Lihat bagian ini lebih spesifik pada : kebersihan tangan, peralatan proteksi diri, keamanan injeksi, alat tes diagnostik, dan pemrosesan ulang alat</i></p>	O Ya O Tidak	

<b>III. Keamanan Nakes (HealthCare Personel/HCP)</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
<p>A. fasilitas kesehatan memiliki prosedur pengendalian keterpaparan yang disesuaikan dengan kebutuhan spesifik dari fasilitas kesehatan kesehatan (misalnya, identifikasi potensi bahaya yang ditimbulkan sebagai akibat dari penggunaan alat).</p> <p><i>Catatan: Kerangka model, yang mencakup panduan pembuatan prosedur pengendalian keterpaparan yang memenuhi persyaratan standar patogen yang ditularkan melalui darah oleh OSHA dan tersedia di :</i>  <a href="https://www.osha.gov/Publications/osha3186.pdf">https://www.osha.gov/Publications/osha3186.pdf</a></p>	OYa OTidak	
<p>B. Antisipasi Nakes siapa saja yang kontak dengan darah atau bahan yang berpotensi menular lainnya, dilatih dengan menyewa standar patogen yang ditularkan melalui darah OSHA dan dilakukan setidaknya setiap tahun</p>	OYa OTidak	
<p>C. Mengikuti paparan, evaluasi pasca-paparan dan tindak lanjut, termasuk profilaksis yang sesuai, tersedia tanpa membebankan biaya kepada karyawan dan diawasi oleh profesional kesehatan yang berlisensi.</p> <p><i>Catatan : insidensi paparan mengacu spesifik pada mata, mulut, selaput lendir, kulit yang tidak utuh, atau kontak parenteral dengan darah atau bahan yang berpotensi menular lainnya yang dihasilkan dari pelaksanaan tugas individu</i></p>	OYa OTidak	
<p>D. fasilitas kesehatan menelusuri paparan terhadap Nakes dengan mengevaluasi data dan mengembangkan/mengimplementasikan tindakan korektif yang terencana untuk mengurangi insidensi</p>	OYa OTidak	
<p>E. fasilitas kesehatan mengikuti rekomendasi dari <i>Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)</i> untuk imunisasi Nakes termasuk vaksin Hepatitis B dan influenza</p> <p><i>Catatan : Imunisasi Nakes yang direkomendasikan oleh ACIP tersedia di:</i>  <a href="http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6007a1.htm">http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6007a1.htm</a></p>	OYa OTidak	
<p>F. Semua Nakes menerima skrining dasar tuberkulosis (TB)</p>	OYa OTidak	

sebelum penempatan, dan orang-orang dengan potensi paparan berkelanjutan akan menerima skrining TB periodik (jika negatif) setidaknya setiap tahun.		
G. Jika alat pelindung pernapasan digunakan, fasilitas kesehatan harus memiliki program perlindungan pernapasan dan menjelaskan prosedur kerja secara spesifik serta elemen yang digunakan dalam pemakaian alat pernapasan termasuk penyediaan izin medis, pelatihan dan pengujian yang sesuai	O Ya O Tidak O Tidak dipakai	
H. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan yang peduli terhadap kontak tenaga kesehatan dengan pasien ketika tenaga kesehatan memiliki kondisi yang berpotensi tertular. Kebijakan meliputi: i. Kebijakan pengecualian kerja sehingga harus melaporkan kondisi sakit dan tidak dihukum dengan pengurangan gaji, bonus maupun dipecat dari pekerjaan ii. Mengedukasi tenaga kesehatan untuk segera melaporkan kondisi sakit kepada atasan.	OYa Otidak  OYa Otidak  OYa Otidak	

<b>IV. Surveilans dan Pelaporan Penyakit</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Daftar penyakit terbaru yang sudah dilaporkan kepada otoritas kesehatan masyarakat tersedia untuk semua petugas.	OYa OTidak	
B. fasilitas kesehatan dapat menunjukkan pengetahuan dan kepatuhan dengan syarat pelaporan wajib bagi penyakit yang sudah disebutkan, perawatan kesehatan yang berhubungan dengan infeksi (yang sesuai), dan berpotensi wabah	OYa OTidak	
C. Pasien yang telah menjalani perawatan di fasilitas kesehatan diberi penyuluhan mengenai tanda-tanda dan gejala infeksi yang mungkin terkait dengan prosedur dan diperintahkan untuk memberitahukan jika tanda-tanda atau gejala tersebut terjadi	OYa OTidak	

<b>V.a. Kebersihan Tangan</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Setiap Nakes diberikan edukasi mengenai indikasi yang tepat untuk kebersihan tangan: i. Dilakukan sebelum perawatan ii. Secara Berkala	OYa Otidak OYa OTidak	
B. Nakes harus memiliki kompetensi untuk mendemonstrasikan kebersihan setiap pelatihan	OYa OTidak	
C. fasilitas kesehatan melakukan audit secara rutin (memonitor dan dokumentasi) kepatuhan kebersihan tangan	OYa OTidak	
D. fasilitas kesehatan memberikan umpan	OYa OTidak	

balik hasil audit kepada personil mengenai performa kebersihan tangan mereka		
E. Kebijakan kebersihan tangan mempromosikan penggunaan antiseptik berbasis alkohol dibandingkan sabun dan air dalam segala situasi klinis kecuali ketika tangan terlihat kotor (misalnya, darah, cairan tubuh) atau setelah merawat pasien yang diketahui atau diduga terinfeksi <i>C. difficile</i> dan norovirus	OYa OTidak	

<b>VI.a. Alat Pelindung Diri (<i>Personel Protective Equipment/PPE</i>)</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Nakes yang menggunakan APD menerima pelatihan untuk memilih dan menggunakan APD :		
i. Sebelum melakukan perawatan	OYa OTidak	
ii. Secara berkala	OYa OTidak	
iii. Ketika alat atau prosedur baru diperkenalkan	OYa OTidak	
B. Nakes diminta mendemonstrasikan kemampuan terkait pemilihan dan penggunaan APD setiap mengikuti pelatihan	OYa OTidak	
C. fasilitas kesehatan melakukan audit secara rutin (memonitor dan mendokumentasi) kepatuhan memilih dan menggunakan APD	OYa OTidak	
D. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada personil mengenai pemilihan dan penggunaan APD	OYa OTidak	

<b>VII.a. Keamanan Injeksi</b>		
(Unsur ini tidak termasuk dalam penilaian farmasi/praktik gabungan)		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Nakes yang menyiapkan dan/atau memberi obat parenteral menerima pelatihan injeksi yang aman:		
i. Dilakukan sesaat sebelum diperbolehkan untuk menyiapkan dan/atau memberi obat parenteral	OYa OTidak	
ii. Berkala	OYa OTidak	
iii. Ketika alat atau prosedur baru diperkenalkan	OYa OTidak	
B. Nakes diminta mendemonstrasikan kemampuan terkait injeksi yang aman setiap mengikuti pelatihan	OYa OTidak	
C. fasilitas kesehatan melakukan audit secara rutin (memonitor dan	OYa OTidak	

dokumentasi) kepatuhan untuk melakukan injeksi yang aman		
D. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada personil tentang kepatuhan mereka untuk melaksanakan injeksi yang aman	OYa OTidak	
E. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan dan prosedur untuk melacak akses Nakes pada zat yang dikendalikan untuk mencegah pencurian/pengalihan narkotika. <i>Catatan: Kebijakan dan prosedur harus mengidentifikasi : bagaimana data ditinjau, bagaimana fasilitas kesehatan merespon pola akses yang tidak biasa, bagaimana fasilitas kesehatan akan menilai risiko untuk pasien jika gangguan (perubahan atau substitusi) diduga atau diidentifikasi, dan siapa yang akan menghubungi jika ada pengalihan yang dicurigai atau diidentifikasi</i>	OYa OTidak	

<b>VIII.a. Kebersihan Pernapasan/Etika Batuk</b>		
Unsur yang harus dinilai	Penilaian	Catatan Perbaikan
A. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan dan prosedur tentang sekresi pernapasan pada orang yang memiliki tanda-tanda dan gejala infeksi pernapasan, dimulai pada awal masuk ke fasilitas kesehatan dan berlanjut selama durasi kunjungan. Kebijakan mencakup: i. Menawarkan masker untuk pasien yang batuk dan dengan gejala lainnya setelah masuk ke fasilitas kesehatan, minimal, selama periode peningkatan insidensi ISPA di masyarakat ii. Menyediakan tempat di ruang tunggu dan mendorong orang dengan gejala infeksi pernapasan untuk duduk jauh dari orang lain  <i>Catatan : jika tersedia, fasilitas kesehatan menyediakan ruangan terpisah bagi pasien dengan gejala infeksi pernapasan saat menunggu pemeriksaan</i>	OYa Otidak  OYa Otidak  OYa Otidak	
B. fasilitas kesehatan mengedukasi Nakes mengenai pentingnya langkah-langkah pencegahan infeksi saluran pernapasan untuk mencegah penyebaran patogen pernapasan.	OYa OTidak	



<b>IX.a. Tes <i>Point-of-Care</i> (contoh : glukometer, monitor INR)</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Nakes yang bekerja pada tes <i>point-of-care</i> menerima pelatihan pada praktik yang direkomendasikan : i. Dilakukan sesaat sebelum diperbolehkan bekerja ii. Berkala iii. Ketika alat atau prosedur baru diperkenalkan	OYa Otidak OYa Otidak OYa Otidak	
B. Nakes diminta mendemonstrasikan kemampuan terkait praktik tes <i>point-of-care</i> setiap mengikuti pelatihan	OYa Otidak	
C. fasilitas kesehatan melakukan audit secara rutin (memonitor dan dokumentasi) kepatuhan untuk melakukan tes <i>point-of-care</i> yang direkomendasikan	OYa Otidak	
D. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada personil tentang kepatuhan mereka untuk melaksanakan praktik yang direkomendasikan	OYa Otidak	

<b>X.a. Kebersihan Lingkungan</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan dan prosedur tertulis tentang kebersihan dan desinfeksi rutin termasuk identifikasi pegawai yang bertanggungjawab	OYa Otidak	
B. Pegawai yang membersihkan dan desinfeksi tempat perawatan pasien (contoh pelayanan lingkungan, teknisi, perawat) menerima pelatihan tentang prosedur kebersihan : i. Membersihkan lingkungan dilakukan sesaat sebelum bekerja ii. Berkala iii. Ketika alat atau prosedur baru diperkenalkan	OYa Otidak OYa Otidak OYa Otidak	
<i>Catatan : jika kebersihan lingkungan dilakukan oleh pegawai kontrak, fasilitas kesehatan harus memastikan ini disediakan oleh perusahaan penyedia tenaga kontrak</i>		
C. Nakes diminta mendemonstrasikan kemampuan terkait praktik alat diagnostik tes setiap mengikuti pelatihan	OYa Otidak	
D. fasilitas kesehatan secara teratur melakukan audit (monitor dan dokumen) kepatuhan terhadap pembersihan dan melakukan prosedur desinfeksi, termasuk menggunakan produk sesuai dengan instruksi pabrik	OYa Otidak	

(mis, pengenceran, penyimpanan, waktu layak pakai, waktu kontak)		
E. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada petugas tentang kepatuhan mereka untuk membersihkan dan melakukan prosedur disinfeksi	OYa Otidak	
F. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan/prosedur untuk dekontaminasi tumpahan darah atau cairan tubuh lainnya.	OYa Otidak	
G. Kamar operasi terakhir dibersihkan setelah prosedur terakhir hari itu	OYa Otidak	
H. fasilitas kesehatan secara teratur melakukan audit (memonitor dan mendokumentasi) kepatuhan terhadap praktik pengendalian infeksi yang direkomendasikan bagi pencegahan infeksi bedah termasuk : i. Kepatuhan terhadap pemakaian scrub praoperasi dan kebersihan tangan ii. Pemakaian baju bedah dan tirai yang tepat iii. Kepatuhan terhadap teknik aseptik dan sterilisasi tempat iv. Ventilasi yang tepat pada kamar bedah v. Minimalisasi lalu lintas di ruang operasi vi. Kepatuhan untuk membersihkan dan disinfeksi lingkungan sekitar	OYa Otidak OYa Otidak OYa Otidak OYa Otidak OYa Otidak	
I. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada personil tentang kepatuhan mereka dalam praktik pencegahan infeksi tindakan bedah	OYa Otidak	

### **XI.a. Pemrosesan Ulang Alat**

Informasi dasar berikut memungkinkan untuk penilaian umum tentang kebijakan dan prosedur yang terkait dengan pengolahan peralatan medis sehingga dapat digunakan kembali. fasilitas kesehatan rawat jalan yang bekerja dengan perangkat medis dapat digunakan kembali dalam sterilisasi di tempat ataupun disinfeksi tingkat tinggi harus mengacu pada daftar periksa yang lebih detail di bagian terpisah dari dokumen ini yang memang ditujukan untuk isu-isu tersebut.

Kategori Alat Kesehatan :

- Produk-produk penting (misalnya, instrumen bedah) adalah obyek yang masuk jaringan yang steril atau sistem pembuluh darah dan harus steril sebelum digunakan (lihat Bagian Sterilisasi).
- Produk Semi-kritis (misalnya, endoskopi untuk endoskopi atas dan kolonoskopi, penyelidikan vagina) adalah objek yang menghubungi membran mukosa atau kulit yang tidak utuh dan membutuhkan, minimal, disinfeksi tingkat tinggi sebelum digunakan kembali (lihat bagian

disinfeksi tingkat tinggi)

- Produk non-kritis (misalnya, manset tekanan darah) adalah objek yang mungkin kontak dengan kulit utuh tetapi tidak mukosa membran dan harus menjalani pembersihan dan disinfeksi kategori rendah atau menengah tergantung pada sifat dan tingkat kontaminasi.

Barang sekali pakai (*Single-Use Devices/SUD*) diberi label oleh produsen untuk penggunaan tunggal dan tidak memiliki petunjuk pengolahan. Barang tidak dibuat untuk pemakaian ulang kecuali dengan badan yang telah memenuhi persyaratan peraturan FDA dan telah menerima izin FDA untuk memproses ulang SUD.

*Catatan : Pembersihan harus diprioritaskan untuk sterilisasi dan disinfeksi*

Unsur yang harus dinilai	Penilaian	Catatan Perbaikan
<p>A. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan dan prosedur untuk memastikan bahwa perangkat medis yang dipakai ulang, dibersihkan dan diolah kembali tepat sebelum digunakan pada pasien lain</p> <p><i>Catatan: Termasuk batas yang jelas antara tanggung jawab NAKES dalam pembersihan dan desinfeksi peralatan termasuk peralatan non-kritis, perangkat mobile, dan elektronik lainnya (misalnya, perangkat point-of-care) yang mungkin tidak akan diproses kembali pada daerah pengolahan terpusat</i></p>	OYa Otidak	
<p>B. Individu yang bertanggung jawab atas pencegahan infeksi pada fasilitas kesehatan berkonsultasi setiap kali perangkat baru atau produk akan dibeli atau yang diperkenalkan untuk memastikan pelaksanaan kebijakan dan prosedur pengolahan yang tepat</p>	OYa Otidak	
<p>C. Nakes yang bertanggungjawab terhadap pemrosesan ulang peralatan medis menerima pelatihan dalam pemilihan dan penggunaan APD dan tahapan yang direkomendasikan dalam pemrosesan ulang alat yang digunakan :</p> <p>i. Dilakukan sesaat sebelum diperbolehkan bekerja</p> <p>ii. Berkala</p> <p>iii. Ketika alat baru diperkenalkan atau kebijakan/prosedur berubah</p> <p><i>Catatan : jika dilakukan oleh pegawai kontrak, fasilitas kesehatan harus memastikan ini disediakan oleh perusahaan penyedia tenaga kontrak</i></p>	<p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p>	
<p>D. Nakes diminta mendemonstrasikan kemampuan terkait prosedur reprosesing (yaitu teknik yang tepat akan dikoreksi oleh trainer) setiap mengikuti pelatihan</p>	OYa Otidak	
<p>E. fasilitas kesehatan secara teratur</p>	OYa Otidak	

melakukan audit (monitor dan dokumen) kepatuhan terhadap prosedur pemrosesan ulang		
F. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada petugas terkait kepatuhan mereka untuk melakukan prosedur pemrosesan ulang	OYa Otidak	
G. fasilitas kesehatan memiliki protokol untuk memastikan bahwa Nakes dapat dengan segera mengidentifikasi alat yang harus diproses ulang dan siap digunakan pasien (contoh sistem penandaan, penyimpanan pada tempat yang ditunjuk)	OYa Otidak	
H. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan dan prosedur yang menjabarkan respon (yaitu, penilaian risiko dan pengingat perangkat) dalam hal kesalahan atau kegagalan pengolahan	OYa Otidak	
I. Perawatan rutin pada alat pengolahan (Misal, reprocessor endoskopi otomatis, <i>steam autoclave</i> ) dilakukan oleh teknisi ahli sesuai dengan instruksi produsen; mengkonfirmasi catatan pemeliharaan yang tersedia.	OYa Otidak O Tidak dipakai	

### Bagian 3 : Observasi Langsung Pada Praktik fasilitas kesehatan

Penyimpangan pengendalian infeksi tertentu (misalnya, penggunaan kembali jarum suntik pada lebih dari satu pasien atau mengakses wadah obat yang digunakan untuk pasien berikutnya; penggunaan kembali pisau bedah) telah mengakibatkan penularan patogen melalui darah dan harus dihentikan segera. Identifikasi penyimpangan seperti jaminan pemberitahuan dan pengujian pasien yang berpotensi terkena dampak.

Jika elemen tidak dapat diamati selama penilaian (misalnya, tidak ada pasien menerima tes *point-of-care* selama kunjungan), menilai elemen dengan mewawancarai personil yang tepat tentang praktik fasilitas kesehatan. Notasi juga harus dilakukan di bagian catatan bahwa unsur itu tidak dapat diamati secara langsung

<b>V. b. Kebersihan Tangan</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Kebutuhan penunjang yang diperlukan untuk kepatuhan terhadap kebersihan tangan (misalnya, sabun, air, handuk, antiseptik alkohol) yang mudah diakses Nakes di tempat perawatan pasien	OYa Otidak	

<b>Kebersihan Tangan dilakukan dengan tepat</b>		
B. Sebelum melakukan tindakan aseptik (misal memasukkan IV atau mempersiapkan suntikan)	OYa Otidak	
C. Setelah kontak dengan pasien	OYa Otidak	
D. Setelah kontak dengan benda di sekitar pasien	OYa Otidak	
E. Setelah kontak dengan darah, cairan tubuh atau permukaan yang terkontaminasi	OYa Otidak	
F. Setelah melepas sarung tangan	OYa Otidak	
G. Ketika berpindah dari lokasi tubuh yang terkontaminasi ke organ yang sehat selama perawatan pasien	OYa Otidak	
H. Sebelum melakukan tindakan aseptik (misal memasukkan IV atau mempersiapkan suntikan)	OYa Otidak	

<b>VI.b. Alat Pelindung Diri (APD)</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. APD yang cukup dan tepat tersedia dan mudah diakses oleh Nakes.	OYa Otidak	
APD digunakan dengan benar		
B. APD selain alat pelindung pernapasan, dilepas dan dibuang sebelum meninggalkan ruangan pasien atau tempat perawatan. Jika alat pelindung pernapasan digunakan, maka dilepas dan dibuang (atau diolah jika dapat digunakan kembali) setelah meninggalkan ruang pasien atau ruang perawatan dan menutup pintu.	OYa Otidak	
C. Kebersihan tangan dilakukan segera setelah melepas APD	OYa Otidak	
D. Sarung tangan		
i. Nakes menggunakan sarung tangan pada kontak potensial dengan darah, cairan tubuh, membran mukosa, kulit tidak utuh termasuk peralatan yang terkontaminasi	OYa Otidak	
ii. Nakes tidak boleh menggunakan sarung tangan yang sama pada lebih dari satu pasien	OYa Otidak	
iii. Nakes tidak boleh mencuci sarung tangan untuk pemakaian ulang	OYa Otidak	
E. Baju Kerja		
i. Nakes menggunakan baju kerja untuk menjaga kulit dan baju selama prosedur atau aktivitas yang harus kontak dengan darah atau cairan tubuh	OYa Otidak O Tidak dipakai OYa Otidak O Tidak dipakai	
ii. Nakes tidak boleh menggunakan		

baju kerja yang sama lebih dari satu pasien		
F. Proteksi Wajah i. Nakes menggunakan proteksi mulut, hidung, dan mata yang cenderung menimbulkan percikan darah atau cairan tubuh lainnya	OYa Otidak O Tidak dipakai	

<b>VII.b. Keamanan Injeksi</b>		
<b>(Tidak Termasuk Farmasi/Praktik Gabungan)</b>		
<b>Elemen yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan untuk Perbaikan</b>
A. Suntikan disiapkan dengan menggunakan teknik aseptik pada tempat yang bersih bebas dari kontaminasi atau kontak dengan darah, cairan tubuh atau peralatan yang terkontaminasi	OYa Otidak	
B. Jarum suntik digunakan hanya untuk satu pasien (termasuk jarum suntik yang diproduksi <i>prefilled</i> diproduksi perangkat <i>cartridge</i> seperti pena insulin)	OYa Otidak	
C. Sekat karet pada botol obat didesinfeksi dengan alkohol sebelum ditusuk	OYa Otidak	
D. Wadah obat dimasukkan dalam jarum dan jarum suntik yang baru, bahkan ketika mendapatkan dosis tambahan untuk pasien yang sama	OYa Otidak	
E. botol obat, ampul, dan tas atau botol larutan intravena dosis tunggal (sekali pakai) digunakan hanya untuk satu pasien	OYa Otidak	
F. Pemberian tabung dan konektor obat yang digunakan hanya untuk satu pasien.	OYa Otidak	
G. Botol multi-dosis yang diberi tanggal oleh nakes ketika pertama kali dibuka harus dibuang dalam waktu 28 hari kecuali produsen menentukan tanggal yang berbeda (lebih pendek atau lebih lama)  <i>Note: ini berbeda dari tanggal expired yang tertulis pada botol</i>	OYa Otidak O Tidak dipakai (fasilitas kesehatan tidak menggunakan botol multi-dosis atau membuang setelah pemakaian satu pasien)	
H. Botol multi-dosis yang akan digunakan untuk lebih dari satu pasien disimpan pada tempat obat yang terpusat dan tidak masuk ke area perawatan pasien langsung (misalnya, ruang operasi, ruang pasien/bilik).	OYa Otidak O Tidak dipakai (fasilitas kesehatan tidak menggunakan botol multi-dosis atau membuang	

<i>Catatan : Jika botol multi-dosis dimasukkan pada ruang perawatan pasien, maka hanya dapat digunakan pada satu pasien dan dibuang setelah pemakaian</i>	setelah pemakaian satu pasien)	
I. Semua benda tajam dibuang dalam wadah benda tajam yang tahan tusukan	OYa Otidak	
J. Wadah benda tajam diisi dan dibuang sesuai dengan peraturan limbah medis yang telah diatur negara	OYa Otidak	
K. Semua zat yang dikendalikan (misalnya, Jadwal II, III, IV, obat V) disimpan terkunci dalam tempat aman	OYa Otidak	
L. Nakes menggunakan masker wajah (contoh masker bedah) saat memasang kateter atau menginjeksi zat ke dalam ke dalam ruang epidural atau subdural (misalnya, selama myelogram, epidural atau anestesi spinal)	OYa Otidak O Tidak dipakai (Fafasilitas kesehatan tidak melakukan prosedur injeksi spinal)	

<b>VIII.b. Kebersihan Pernapasan/Etika Batuk</b>		
<b>Elemen yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan untuk Perbaikan</b>
A. fasilitas kesehatan : i. Menampilkan tanda di pintu masuk pada pasien dengan gejala infeksi pernapasan untuk : a. Menginformasikan pada nakes tentang gejala infeksi pernapasan pada saat melakukan registrasi pertama kali b. Praktik kebersihan pernapasan/etika batuk (menutup mulut/hidung saat batuk atau bersin, menggunakan dan membuang tisu, serta membersihkan tangan setelah tangan digunakan untuk menutupi sekresi pernapasan).	OYa Otidak	
ii. Menyediakan tisu dan tempat sampah yang tidak disentuh untuk pembuangan tisu	OYa Otidak	
iii. Menyediakan alat kebersihan tangan di dalam atau dekat dengan ruang tunggu	OYa Otidak	

<b>IX.b. Tes Point-of-Care (e.g., blood glucose meters, INR monitor)</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Barang sekali pakai yang baru, perangkat lancing menonaktifkan	OYa Otidak O Tidak dipakai	

<p>otomatis digunakan pada setiap pasien</p> <p><i>Catatan : Pisau bedah tidak digunakan untuk banyak pasien</i></p>		
<p>B. Jika digunakan lebih dari satu pasien, maka <i>testing meter</i> dibersihkan dan didesinfeksi setiap selesai penggunaan sesuai dengan instruksi pabrik.</p> <p><i>Catatan : Jika pabrik tidak menyediakan instruksi pembersihan dan disinfeksi, maka testing meter sebaiknya tidak digunakan lebih dari satu pasien.</i></p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	

<b>X.b. Kebersihan Lingkungan</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
<p>A. Persediaan yang diperlukan untuk prosedur pembersihan dan desinfeksi yang tepat (misalnya, desinfektan yang terdaftar EPA) yang tersedia</p> <p><i>Catatan : Jika pelayanan lingkungan dilakukan oleh pegawai kontrak, fasilitas harus memverifikasi produk yang terdaftar EPA sudah disediakan oleh perusahaan rekanan (penyedia layanan kontrak)</i></p>	<p>OYa Otidak</p>	
<p>B. Permukaan kamar yang sering disentuh di mana bedah atau prosedur invasif lainnya (misalnya, endoskopi, suntikan tulang belakang) dibersihkan dan kemudian didesinfeksi dengan desinfektan yang terdaftar EPA setiap selesai prosedur</p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>C. Pembersih dan disinfektan digunakan sesuai dengan instruksi pabrik (contoh dilusi, penyimpanan, shelf-life, waktu kontak)</p>	<p>OYa Otidak</p>	
<p>D. Nakes terlibat dalam pembersihan lingkungan memakai baju APD untuk mencegah paparan zat atau kimia infeksius (APD termasuk baju kerja, masker, dan pelindung mata)</p> <p><i>Catatan : APD yang tepat sesuai dengan zat kimia atau infeksius dan mengantisipasi jenis paparan</i></p>	<p>OYa Otidak</p>	

<b>XI.b. Pengolahan Ulang Alat</b>
------------------------------------



Unsur yang harus dinilai	Penilaian	Catatan Perbaikan
A. Tersedia kebijakan, prosedur dan instruksi pengolahan ulang dari pabrik untuk pemakaian ulang alat kesehatan pada tempat pengolahan ulang	OYa Otidak	
B. Pemakaian ulang alat kesehatan, jelas, diproses ulang (desinfeksi atau sterilisasi) dan dirawat sesuai dengan instruksi pabrik pembuat  <i>Catatan : Jika pabrik tidak menyediakan instruksi, alat sebaiknya tidak digunakan untuk beberapa pasien.</i>	OYa Otidak	
C. Alat sekali pakai dibuang setelah pemakaian dan tidak digunakan lebih dari satu pasien  <i>Catatan: Jika fasilitas kesehatan memilih untuk menggunakan kembali alat sekali pakai, perangkat ini harus diproses ulang sebelum digunakan kembali oleh reprosessor pihak ketiga yang terdaftar di FDA sebagai reprosessor pihak ketiga dan diakui oleh FDA untuk memproses ulang perangkat tertentu yang dimaksud. fasilitas kesehatan ini harus memiliki dokumentasi dari reprosessor pihak ketiga untuk mengkonfirmasi hal ini</i>	OYa Otidak  OYa Otidak	
D. Tempat Pengolahan ulang : i. Ruang yang cukup dialokasikan untuk kegiatan pengolahan ulang ii. Pola alur kerja diikuti sehingga perangkat memiliki alur jelas dari daerah kontaminasi tinggi kemudian dibersihkan/menuju daerah steril (misalnya, ada pemisahan yang jelas antara ruang kerja kotor dan bersih).	OYa Otidak	
E. Cukup waktu untuk pemrosesan ulang untuk memastikan kepatuhan pada semua tahapan yang sudah direkomendasikan oleh pabrik pembuat alat, termasuk pengeringan dan penyimpanan segera  <i>Catatan : fasilitas kesehatan harus memiliki pasokan instrumen yang cukup untuk sejumlah prosedur yang dilakukan dan harus menjadwalkan prosedur agar cukup waktu untuk semua langkah pengolahan.</i>	OYa Otidak	
F. Nakes terlibat dalam perangkat pengolahan memakai APD yang tepat untuk mencegah paparan agen infeksi atau bahan kimia (APD dapat mencakup sarung tangan, baju, masker, dan pelindung mata).  <i>Catatan : APD yang tepat tergantung pada jenis</i>	OYa Otidak	

<i>agen infeksi atau bahan kimia dan mengantisipasi tipe paparan</i>		
G. Alat medis disimpan dengan cara yang dapat melindungi dari kerusakan dan kontaminasi	OYa Otidak	

## **XII. Sterilisasi Alat Pakai Ulang**

Catatan: Jika semua sterilisasi perangkat dilakukan di luar ruangan (tidak dilakukan), melompat ke item M-O di bawah ini

<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Perangkat dibersihkan sesuai dengan instruksi pabrik dan diperiksa secara visual untuk sisa kotoran sebelum sterilisasi.  <i>Catatan : pembersihan dapat dilakukan manual (menggunakan gesekan) dan/atau secara mekanis (misalnya, dengan pembersih ultrasonik, mesin cuci-disinfector, mesin cuci-sterilisasi) Pastikan kuas yang dipilih untuk membersihkan berukuran tepat untuk membersihkan saluran perangkat dan lumens</i>	OYa Otidak O Tidak dipakai	
B. Pembersihan dilakukan segera setelah pemakaian (misal setiap pemakaian) untuk mencegah kotoran mengering pada alat	OYa Otidak O Tidak dipakai	
C. Pembersih enzimatik atau deterjen digunakan untuk membersihkan dan membuang kotoran sesuai instruksi pabrik pembuat (setiap habis pakai)	OYa Otidak O Tidak dipakai	
D. Busa pembersih sekali pakai atau jika dapat dipakai lagi, dibersihkan dan desinfeksi tingkat tinggi atau disterilisasi menurut pabrik pembuatnya selesai pemakaian	OYa Otidak O Tidak dipakai	
E. Setelah dibersihkan, instrumen dibungkus / dikemas dengan tepat untuk sterilisasi (misalnya, sistem paket yang dipilih adalah kompatibel dengan proses sterilisasi yang dilakukan, item ditempatkan dengan benar ke dalam keranjang atau rak sterilisasi agar tidak menghambat penetrasi sterilisasi yang, instrumen berengsel terbuka, instrumen akan dibongkar jika diindikasikan oleh pabrik pembuat)	OYa Otidak O Tidak dipakai	
F. Indikator kimia (indikator proses) diletakkan dengan benar pada kemasan instrumen pada setiap beban	OYa Otidak O Tidak dipakai	
G. Indikator biologis, ditujukan khusus untuk jenis dan siklus parameter	OYa Otidak O Tidak dipakai	

sterilisasi, digunakan setidaknya setiap minggu untuk setiap sterilisasi dan dengan setiap beban yang mengandung item implan.		
H. Untuk jenis sterilisasi yang membutuhkan udara dinamis (misalnya, prevacuum uap sterilisasi), tes pembuangan udara (uji Bowie-Dick) dilakukan dalam sterilisasi udara dinamis kosong, setiap hari sterilisasi digunakan untuk memverifikasi efikasi pengosongan udara.	OYa Otidak O Tidak dipakai	
I. Kemasan steril diberi label dengan sejumlah nomor yang menunjukkan sterilisasi yang digunakan, siklus atau <i>load number</i> , tanggal sterilisasi, dan, jika berlaku, tanggal kadaluarsa.	OYa Otidak O Tidak dipakai	
J. Mencatat Sterilisasi saat ini dan termasuk hasil dari masing-masing sterilisasi.	OYa Otidak O Tidak dipakai	
K. Sterilisasi menggunakan uap segera, dilakukan, hanya dalam keadaan di mana prosedur sterilisasi rutin tidak dapat dilakukan.	OYa Otidak O Tidak dipakai	
L. Alat yang menggunakan sterilisasi uap segera langsung digunakan dan tidak disimpan	OYa Otidak O Tidak dipakai	
M. Selesai sterilisasi, alat medis disimpan sehingga sterilitas tidak terganggu	OYa Otidak O Tidak dipakai	
N. Paket steril diperiksa untuk memastikan alat yang diolah kembali tidak terganggu sebelum digunakan.	OYa Otidak O Tidak dipakai	
O. fasilitas kesehatan memiliki proses yang dapat menunjukkan pembersihan awal (untuk mencegah kotoran mengering dan menempel pada alat) sebelum dibawa ke tempat pengolahan ulang	OYa Otidak O Tidak dipakai	

### **XIII. Disinfeksi Tingkat Tinggi pada Alat Pakai Ulang**

*Catatan : Jika disinfeksi tingkat tinggi tidak dilakukan, lewati menuju item L-N di bawah ini*

<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Endoskopi fleksibel diperiksa untuk melihat kerusakan dan kebocoran diuji sebagai bagian dari setiap siklus pengolahan. Setiap perangkat yang gagal tes kebocoran dihapus dari penggunaan klinis dan diperbaiki.	OYa Otidak O Tidak dipakai	
B. Alat dibersihkan sesuai dengan instruksi produsen dan diperiksa secara visual untuk memastikan residu tanah sebelum disinfeksi tingkat tinggi	OYa Otidak O Tidak dipakai	

<p><i>Catatan : pembersihan dapat dilakukan manual (menggunakan gesekan) dan/atau secara mekanis (misalnya, dengan pembersih ultrasonik, mesin cuci-disinfector, mesin cuci-sterilisas)</i></p> <p><i>Pastikan kuas yang dipilih untuk membersihkan berukuran tepat untuk membersihkan saluran perangkat dan lumens</i></p>		
<p>C. Pembersihan dilakukan segera setelah pemakaian (misal setiap pemakaian) untuk mencegah kotoran mengering pada alat</p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>D. Pembersih enzimatis atau deterjen digunakan untuk membersihkan dan membuang kotoran sesuai instruksi pabrik pembuat (setiap habis pakai)</p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>E. Busa pembersih sekali pakai atau jika dapat dipakai lagi, dibersihkan dan disinfeksi tingkat tinggi atau disterilisasi menurut pabrik pembuatnya selesai pemakaian</p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>F. Untuk pemakaian bahan kimia dalam disinfeksi tingkat tinggi, instruksi produsen berfungsi sebagai berikut :</p> <p>i. Persiapan ii. Menguji konsentrasi yang tepat iii. Perpindahan (misal ekspirasi atau efikasi berkurang)</p>	<p>OYa Otidak OYa Otidak OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>G. Jika menggunakan alat reprosesor otomatis, pastikan konektor yang tepat digunakan untuk memastikan bahwa saluran dan lumens yang didesinfeksi adalah tepat</p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>H. Alat disinfeksi untuk lama waktu yang tepat sesuai instruksi produsen</p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>I. Alat disinfeksi dengan suhu yang sesuai dengan instruksi produsen</p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>J. Setelah disinfeksi tingkat tinggi, alat dicuci dengan air steril, air filter atau air keran dan dicuci dengan etil 70% -90% atau isopropil alkohol</p> <p><i>Catatan : Tidak ada rekomendasi menggunakan air steril atau filter dibandingkan air keran untuk membilas peralatan semi-kritis yang kontak dengan selaput lendir rektum atau vagina</i></p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>K. Alat dikeringkan segera setelah digunakan</p> <p><i>Contoh : untuk instrumen yang berlumen (contoh endoskopi) hal ini termasuk</i></p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	

<i>membilas setiap saluran dengan alkohol dan memaksa udara melalui saluran</i>		
<p>L. Selesai disinfeksi tingkat tinggi, alat disimpan dengan cara yang dapat melindungi dari kerusakan atau kontaminasi</p> <p><i>Catatan : endoskopi digantung dengan posisi vertikal</i></p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>M. fasilitas kesehatan mempertahankan log setiap prosedur endoskopi yang meliputi: nama dan nomor rekam medis pasien (jika tersedia), prosedur, tanggal, tenaga endoscopist, sistem yang digunakan untuk memproses ulang endoskopi (jika lebih dari satu sistem digunakan di area pengolahan), serta nomor seri atau pengenal lainnya dari endoskopi yang digunakan.</p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	
<p>N. fasilitas kesehatan memiliki proses yang dapat menunjukkan pembersihan awal (untuk mencegah kotoran mengering dan menempel pada alat) sebelum dibawa ke tempat pengolahan ulang</p>	<p>OYa Otidak O Tidak dipakai</p>	

### LAMPIRAN 3

#### Hasil Penilaian Instrumen *Infection Control Risk Assesment (ICRA)* di Unit Gizi RS PKU Muhammadiyah Gamping

Bagian 1 Demografi Fasilitas		
No	Pertanyaan	Jawaban
1	Nama Fasilitas (Hanya untuk Departemen Kesehatan)	Unit Gizi RS PKU Muhammadiyah Gamping
2	ID Organisasi Fasilitas NHSN (Hanya untuk Departemen Kesehatan)	Tidak dapat dinilai
3	ID Khusus yang diberikan	Tidak dapat dinilai
4	Tanggal Penilaian	19 Juli 2016 - 29 Oktober 2016
5	Jenis Penilaian	<input checked="" type="checkbox"/> on-site <input type="checkbox"/> Lainnya (jelaskan):
6	Alasan Penilaian	<input type="checkbox"/> <i>Outbreak</i> <input type="checkbox"/> Masukan dari lembaga akreditasi atau lembaga survei <input type="checkbox"/> data NHSN Jika YA, perjelas : <input type="checkbox"/> CAUTI <input type="checkbox"/> CLABSI <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Lainnya (jelaskan : ) <input type="checkbox"/> Kolaboratif (perjelas : ) <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya (perjelas) : Menguji kelayakan ICRA Tools
7	Apakah fasilitas ini dilisensi oleh negara ?	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
8	Apakah fasilitas ini disertifikasi oleh the <i>Centers for Medicare &amp; Medicaid Services (CMS)</i> ?	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
9	Apakah fasilitas ini terakreditasi ?	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak  Jika YA, daftar organisasi akreditasi:  <input type="checkbox"/> <i>Accreditation Association for Ambulatory Health Care (AAAHC)</i>

		<input type="checkbox"/> <i>American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities (AAAASF)</i> <input type="checkbox"/> <i>American Osteopathic Association (AOA)</i> <input type="checkbox"/> <i>The Joint Commission (TJC)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya (perjelas): Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS)		
10	Apakah fasilitas ini berafiliasi dengan rumah sakit ?	<input checked="" type="checkbox"/> Ya (perjelas – hanya untuk departemen kesehatan) : <input type="checkbox"/> Tidak		
11	Mana prosedur yang dinilai? Pilih.....	<input type="checkbox"/> Kemoterapi	<input type="checkbox"/> Endoskopi	<input type="checkbox"/> THT
		<input type="checkbox"/> Imaging (MRI/CT)	<input type="checkbox"/> Imunisasi	<input type="checkbox"/> OBs/Gyn
		<input type="checkbox"/> Oftalmologi	<input type="checkbox"/> Orthopedi	<input type="checkbox"/> pemulihan nyeri
		<input type="checkbox"/> Bedah plastik / rekonstruksi	<input type="checkbox"/> Podiatri	<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya : Unit Gizi
12	Apakah tipe prosedur utama dari fasilitas ini?  Pilih salah satu	<input type="checkbox"/> Kemoterapi	<input type="checkbox"/> Endoskopi	<input type="checkbox"/> THT
		<input type="checkbox"/> Imaging (MRI/CT)	<input type="checkbox"/> Imunisasi	<input type="checkbox"/> OBs/Gyn
		<input type="checkbox"/> Oftalmologi	<input type="checkbox"/> Orthopedi	<input type="checkbox"/> pemulihan nyeri
		<input type="checkbox"/> Bedah plastik/ rekonstruksi	<input type="checkbox"/> Podiatri	<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya : Unit Gizi
13	Berapa banyak dokter yang menggunakan fasilitas ini?	dapat dinilai dengan catatan		
14	Berapa rata-rata pasien yang terlihat setiap minggu?	dapat dinilai dengan catatan		

## Bagian 2 : Program dan Infrastruktur Pengendalian Infeksi

<b>I. Program dan Infrastruktur Pengendalian Program</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
<p>A. Tersedia kebijakan dan prosedur tertulis tentang pencegahan infeksi saat ini, dan berdasarkan pedoman berbasis bukti (misalnya, CDC / HICPAC), peraturan-peraturan, atau standar yang sudah ditetapkan</p> <p><i>Catatan: Kebijakan dan prosedur harus sesuai untuk layanan yang disediakan oleh fasilitas kesehatan dan harus melampaui pelatihan patogen yang ditularkan melalui darah oleh OSHA</i></p>	<input checked="" type="radio"/> Ya  <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
<p>B. Kebijakan dan prosedur pencegahan infeksi dinilai ulang setidaknya setiap tahun atau sesuai dengan kebutuhan negara bagian atau federal, dan diperbarui jika diperlukan</p>	<input checked="" type="radio"/> Ya  <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
<p>C. Setidaknya ada satu orang terlatih dalam pencegahan infeksi yang dipekerjakan atau tersedia secara teratur (misalnya, kontrak) untuk mengelola program pengendalian infeksi dari fasilitas kesehatan ini.</p> <p><i>Catatan: Contoh pelatihan dapat mencakup: Dapat Menjalankan dasar dan/atau ujian sertifikasi ulang yang dikembangkan oleh Badan Sertifikasi untuk Pengendalian Infeksi &amp; Epidemiologi; berpartisipasi dalam program pengendalian infeksi yang diselenggarakan oleh negara atau diakui masyarakat profesional (misalnya, APIC, SHEA).</i></p>	<input checked="" type="radio"/> Ya  <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
<p>D. fasilitas kesehatan memiliki sistem deteksi dini dan manajemen pengendalian potensi orang terinfeksi pada titik awal pertemuan dengan pasien</p> <p><i>Catatan : Sistem mencakup riwayat perjalanan dan pekerjaan, yang sesuai dan mencakup unsur tentang higiene pernapasan/etika batuk</i></p>	<input type="radio"/> Ya  <input type="radio"/> Tidak	Tidak dapat dinilai



<b>II. Pelatihan dan Kompetensi Pengendalian Infeksi</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan untuk Perbaikan</b>
<p>A. fasilitas kesehatan memiliki program pelatihan berbasis kompetensi yang menyediakan pelatihan sesuai dengan pekerjaannya dalam kebijakan dan prosedur pencegahan infeksi</p> <p><i>Catatan : termasuk yang dikontrak dan relawan</i></p> <p><i>Lihat bagian ini lebih spesifik pada : kebersihan tangan, peralatan proteksi diri, keamanan injeksi, alat tes diagnostik, dan pemrosesan ulang alat</i></p>	<p><input checked="" type="radio"/> Ya</p> <p><input type="radio"/> Tidak</p>	Dapat dinilai

<b>III. Keamanan Nakes (<i>HealthCare Personnel/HCP</i>)</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
<p>A. Fasilitas memiliki prosedur pengendalian keterpaparan yang disesuaikan dengan kebutuhan spesifik dari fasilitas (misalnya, identifikasi potensi bahaya yang ditimbulkan sebagai akibat dari penggunaan alat).</p> <p><i>Catatan: Kerangka model, yang mencakup panduan pembuatan prosedur pengendalian keterpaparan yang memenuhi persyaratan standar patogen yang ditularkan melalui darah oleh OSHA dan tersedia di :</i></p> <p><a href="https://www.osha.gov/Publications/osh3186.pdf">https://www.osha.gov/Publications/osh3186.pdf</a></p>	<p><input checked="" type="radio"/> Ya</p> <p><input type="radio"/> Tidak</p>	Dapat dinilai dan dapat digunakan dengan catatan
<p>B. Antisipasi Nakes siapa saja yang kontak dengan darah atau bahan yang berpotensi menular lainnya, dilatih dengan menyewa standar patogen yang ditularkan melalui darah OSHA dan dilakukan setidaknya setiap tahun</p>	<p><input checked="" type="radio"/> Ya</p> <p><input type="radio"/> Tidak</p>	Dapat dinilai dan dapat digunakan dengan catatan
<p>C. Mengikuti paparan, evaluasi pasca-paparan dan tindak lanjut, termasuk profilaksis yang sesuai, tersedia tanpa membebankan biaya</p>	<p><input checked="" type="radio"/> Ya</p> <p><input type="radio"/> Tidak</p>	Dapat dinilai dan dapat digunakan dengan catatan

<p>kepada karyawan dan diawasi oleh profesional kesehatan yang berlisensi.</p> <p><i>Catatan : insidensi paparan mengacu spesifik pada mata, mulut, selaput lendir, kulit yang tidak utuh, atau kontak parenteral dengan darah atau bahan yang berpotensi menular lainnya yang dihasilkan dari pelaksanaan tugas individu</i></p>		
<p>D. Fasilitas menelusuri paparan terhadap Nakes dengan mengevaluasi data dan mengembangkan/mengimplementasikan tindakan korektif yang terencana untuk mengurangi insidensi</p>	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai dan dapat digunakan dengan catatan
<p>E. Fasilitas mengikuti rekomendasi dari <i>Advisory Committee on Immunization Practices</i> (ACIP) untuk imunisasi Petugas Kesehatan termasuk vaksin Hepatitis B dan influenza</p> <p><i>Catatan : Imunisasi petugas kesehatan yang direkomendasikan oleh ACIP tersedia di: <a href="http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6007a1.htm">http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6007a1.htm</a></i></p>	<input type="radio"/> Ya <input checked="" type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
<p>F. Semua petugas kesehatan menerima skrining dasar tuberkulosis (TB) sebelum penempatan, dan orang-orang dengan potensi paparan berkelanjutan akan menerima skrining TB periodik (jika negatif) setidaknya setiap tahun.</p>	<input type="radio"/> Ya <input checked="" type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
<p>G. Jika alat pelindung pernapasan digunakan, fasilitas kesehatan harus memiliki program perlindungan pernapasan dan menjelaskan prosedur kerja secara spesifik serta elemen yang digunakan dalam pemakaian alat pernapasan termasuk penyediaan izin medis, pelatihan dan pengujian yang sesuai</p>	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/> Tidak dipakai	Dapat dinilai
<p>H. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan yang peduli terhadap kontak tenaga kesehatan dengan pasien ketika tenaga kesehatan memiliki kondisi yang berpotensi tertular. Kebijakan meliputi:</p> <p>i. Kebijakan pengecualian kerja sehingga harus melaporkan kondisi sakit dan tidak dihukum dengan pengurangan gaji, bonus maupun dipecat dari pekerjaan</p>	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak  <input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai

ii. Mengedukasi tenaga kesehatan untuk segera melaporkan kondisi sakit kepada atasan.	☑Ya Otidak	
---	---------------	--

<b>IV. Surveilans dan Pelaporan Penyakit</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Daftar penyakit terbaru yang sudah dilaporkan kepada otoritas kesehatan masyarakat tersedia untuk semua petugas.	OYa Otidak	Tidak dapat dinilai
B. fasilitas kesehatan dapat menunjukkan pengetahuan dan kepatuhan dengan syarat pelaporan wajib bagi penyakit yang sudah disebutkan, perawatan kesehatan yang berhubungan dengan infeksi (yang sesuai), dan berpotensi wabah	OYa OTidak	Tidak dapat dinilai
C. Pasien yang telah menjalani perawatan di fasilitas kesehatan diberi penyuluhan mengenai tanda-tanda dan gejala infeksi yang mungkin terkait dengan prosedur dan diperintahkan untuk memberitahukan jika tanda-tanda atau gejala tersebut terjadi	OYa Otidak	Tidak dapat dinilai

<b>V.a. Kebersihan Tangan</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Setiap Nakes diberikan edukasi mengenai indikasi yang tepat untuk kebersihan tangan: i. Dilakukan sebelum perawatan ii. Secara Berkala	☑Ya    Otidak	Dapat dinilai

	OYa <input checked="" type="radio"/> Tidak	
B. Nakes harus memiliki kompetensi untuk mendemonstrasikan kebersihan setiap pelatihan	<input checked="" type="radio"/> Ya OTidak	Dapat dinilai
C. fasilitas kesehatan melakukan audit secara rutin (memonitor dan dokumentasi) kepatuhan kebersihan tangan	<input checked="" type="radio"/> Ya OTidak	Dapat dinilai
D. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada personil mengenai performa kebersihan tangan mereka	<input checked="" type="radio"/> Ya OTidak	Dapat dinilai
E. Kebijakan kebersihan tangan mempromosikan penggunaan antiseptik berbasis alkohol dibandingkan sabun dan air dalam segala situasi klinis kecuali ketika tangan terlihat kotor (misalnya, darah, cairan tubuh) atau setelah merawat pasien yang diketahui atau diduga terinfeksi C. difficile dan norovirus	<input checked="" type="radio"/> Ya OTidak	Dapat dinilai

<b>VI.a. Alat Pelindung Diri (Personel Protective Equipment/PPE)</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Nakes yang menggunakan APD menerima pelatihan untuk memilih dan menggunakan APD :		Dapat dinilai
i. Sebelum melakukan perawatan	<input checked="" type="radio"/> Ya    OTidak	
ii. Secara berkala	OYa <input checked="" type="radio"/> Tidak	
iii. Ketika alat atau prosedur baru diperkenalkan	<input checked="" type="radio"/> Ya    OTidak	

B. Nakes diminta mendemonstrasikan kemampuan terkait pemilihan dan penggunaan APD setiap mengikuti pelatihan	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
C. fasilitas kesehatan melakukan audit secara rutin (memonitor dan mendokumentasi) kepatuhan memilih dan menggunakan APD	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
D. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada personil mengenai pemilihan dan penggunaan APD	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai

<b>VII.a. Keamanan Injeksi</b>	
(Unsur ini tidak termasuk dalam penilaian farmasi/praktik gabungan)	
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>
A. Nakes yang menyiapkan dan/atau memberi obat parenteral menerima pelatihan injeksi yang aman: i. Dilakukan sesaat sebelum diperbolehkan untuk menyiapkan dan/atau memberi obat parenteral ii. Berkala iii. Ketika alat atau prosedur baru diperkenalkan	Tidak dapat dinilai
B. Nakes diminta mendemonstrasikan kemampuan terkait injeksi yang aman setiap mengikuti pelatihan	Tidak dapat dinilai
C. Fasilitas melakukan audit secara rutin (memonitor dan dokumentasi) kepatuhan untuk melakukan injeksi yang aman	Tidak dapat dinilai

D. Fasilitas memberikan umpan balik hasil audit kepada personil tentang kepatuhan mereka untuk melaksanakan injeksi yang aman	Tidak dapat dinilai
E. Fasilitas memiliki kebijakan dan prosedur untuk melacak akses Nakes pada zat yang dikendalikan untuk mencegah pencurian/pengalihan narkotika.  <i>Catatan: Kebijakan dan prosedur harus mengidentifikasi : bagaimana data ditinjau, bagaimana fasilitas merespon pola akses yang tidak biasa, bagaimana fasilitas akan menilai risiko untuk pasien jika gangguan (perubahan atau substitusi) diduga atau diidentifikasi, dan siapa yang akan menghubungi jika ada pengalihan yang dicurigai atau diidentifikasi</i>	Tidak dapat dinilai

<b>VIII.a. Kebersihan Pernapasan/Etika Batuk</b>		
Unsur yang harus dinilai	Penilaian	Catatan Perbaikan
A. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan dan prosedur tentang sekresi pernapasan pada orang yang memiliki tanda-tanda dan gejala infeksi pernapasan, dimulai pada awal masuk ke fasilitas kesehatan dan berlanjut selama durasi kunjungan. Kebijakan mencakup: i. Menawarkan masker untuk pasien yang batuk dan dengan gejala lainnya setelah masuk ke fasilitas kesehatan, minimal, selama periode peningkatan insidensi ISPA di masyarakat ii. Menyediakan tempat di ruang tunggu dan mendorong orang dengan gejala infeksi pernapasan untuk duduk jauh dari orang lain	OYa Otidak  OYa Otidak  OYa Otidak	Tidak dapat dinilai
<i>Catatan : jika tersedia, fasilitas</i>		

<i>kesehatan menyediakan ruangan terpisah bagi pasien dengan gejala infeksi pernapasan saat menunggu pemeriksaan</i>		
B. fasilitas kesehatan mengedukasi Nakes mengenai pentingnya langkah-langkah pencegahan infeksi saluran pernapasan untuk mencegah penyebaran patogen pernapasan.	☑Ya OTidak	Dapat dinilai

<b>IX.a. Tes <i>Point-of-Care</i> (contoh : glukometer, monitor INR)</b>	
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>
A. Nakes yang bekerja pada tes <i>point-of-care</i> menerima pelatihan pada praktik yang direkomendasikan : i. Dilakukan sesaat sebelum diperbolehkan bekerja ii. Berkala iii. Ketika alat atau prosedur baru diperkenalkan	Tidak dapat dinilai
B. Nakes diminta mendemonstrasikan kemampuan terkait praktik tes <i>point-of-care</i> setiap mengikuti pelatihan	Tidak dapat dinilai
C. Fasilitas melakukan audit secara rutin (memonitor dan dokumentasi) kepatuhan untuk melakukan tes <i>point-of-care</i> yang direkomendasikan	Tidak dapat dinilai
D. Fasilitas memberikan umpan balik hasil audit kepada personil tentang kepatuhan mereka untuk melaksanakan praktik yang direkomendasikan	Tidak dapat dinilai

<b>X.a. Kebersihan Lingkungan</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan dan prosedur tertulis	☑Ya OTidak	Dapat dinilai

tentang kebersihan dan desinfeksi rutin termasuk identifikasi pegawai yang bertanggungjawab		
<p>B. Pegawai yang membersihkan dan desinfeksi tempat perawatan pasien (contoh pelayanan lingkungan, teknisi, perawat) menerima pelatihan tentang prosedur kebersihan :</p> <p>i. Membersihkan lingkungan dilakukan sesaat sebelum bekerja</p> <p>ii. Berkala</p> <p>iii. Ketika alat atau prosedur baru diperkenalkan</p> <p><i>Catatan : jika kebersihan lingkungan dilakukan oleh pegawai kontrak, fasilitas kesehatan harus memastikan ini disediakan oleh perusahaan penyedia tenaga kontrak</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>Ya    <input type="checkbox"/>Tidak</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>Ya    <input type="checkbox"/>Tidak</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>Ya    <input type="checkbox"/>Tidak</p>	Dapat dinilai dengan catatan
C. Nakes diminta mendemonstrasikan kemampuan terkait praktik alat diagnostik tes setiap mengikuti pelatihan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Tidak dapat dinilai
D. fasilitas kesehatan secara teratur melakukan audit (monitor dan dokumen) kepatuhan terhadap pembersihan dan melakukan prosedur desinfeksi, termasuk menggunakan produk sesuai dengan instruksi pabrik (mis, pengenceran, penyimpanan, waktu layak pakai, waktu kontak)	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai



E. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada petugas tentang kepatuhan mereka untuk membersihkan dan melakukan prosedur disinfeksi	OYa Otidak	Dapat dinilai
F. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan/prosedur untuk dekontaminasi tumpahan darah atau cairan tubuh lainnya.	OYa Otidak	Tidak dapat dinilai
G. Kamar operasi terakhir dibersihkan setelah prosedur terakhir hari itu	OYa Otidak	Tidak dapat dinilai
<p>H. fasilitas kesehatan secara teratur melakukan audit (memonitor dan mendokumentasi) kepatuhan terhadap praktik pengendalian infeksi yang direkomendasikan bagi pencegahan infeksi bedah termasuk :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Kepatuhan terhadap pemakaian scrub praoperasi dan kebersihan tangan</li> <li>ii. Pemakaian baju bedah dan tirai yang tepat</li> <li>iii. Kepatuhan terhadap teknik aseptik dan sterilisasi tempat</li> <li>iv. Ventilasi yang tepat pada kamar bedah</li> <li>v. Minimalisasi lalu lintas di ruang operasi</li> <li>vi. Kepatuhan untuk membersihkan dan disinfeksi lingkungan</li> </ul>	<p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p>	Tidak dapat dinilai

sekitar	OYa Otidak	
I. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada personil tentang kepatuhan mereka dalam praktik pencegahan infeksi tindakan bedah	OYa Otidak	Tidak dapat dinilai

### **XI.a. Pemrosesan Ulang Alat**

Informasi dasar berikut memungkinkan untuk penilaian umum tentang kebijakan dan prosedur yang terkait dengan pengolahan peralatan medis sehingga dapat digunakan kembali. Fasilitas kesehatan rawat jalan yang bekerja dengan perangkat medis dapat digunakan kembali dalam sterilisasi di tempat ataupun disinfeksi tingkat tinggi harus mengacu pada daftar periksa yang lebih detail di bagian terpisah dari dokumen ini yang memang ditujukan untuk isu-isu tersebut.

Kategori Alat Kesehatan :

- Produk-produk penting (misalnya, instrumen bedah) adalah obyek yang masuk jaringan yang steril atau sistem pembuluh darah dan harus steril sebelum digunakan (lihat Bagian Sterilisasi).
- Produk Semi-kritis (misalnya, endoskopi untuk endoskopi atas dan kolonoskopi, penyelidikan vagina) adalah objek yang menghubungi membran mukosa atau kulit yang tidak utuh dan membutuhkan, minimal, disinfeksi tingkat tinggi sebelum digunakan kembali (lihat bagian disinfeksi tingkat tinggi)
- Produk non-kritis (misalnya, manset tekanan darah) adalah objek yang mungkin kontak dengan kulit utuh tetapi tidak mukosa membran dan harus menjalani pembersihan dan disinfeksi kategori rendah atau menengah tergantung pada sifat dan tingkat kontaminasi.

Barang sekali pakai (*Single-Use Devices/SUD*) diberi label oleh produsen untuk penggunaan tunggal dan tidak memiliki petunjuk pengolahan. Barang tidak dibuat untuk pemakaian ulang kecuali dengan badan yang telah memenuhi persyaratan peraturan FDA dan telah menerima izin FDA untuk memproses ulang SUD.

*Catatan : Pembersihan harus diprioritaskan untuk sterilisasi dan disinfeksi*

<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
---------------------------------	------------------	--------------------------

<p>A. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan dan prosedur untuk memastikan bahwa perangkat medis yang dipakai ulang, dibersihkan dan diolah kembali tepat sebelum digunakan pada pasien lain</p> <p><i>Catatan: Termasuk batas yang jelas antara tanggung jawab NAKES dalam pembersihan dan desinfeksi peralatan termasuk peralatan non-kritis, perangkat mobile, dan elektronik lainnya (misalnya, perangkat point-of-care) yang mungkin tidak akan diproses kembali pada daerah pengolahan terpusat</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai
<p>B. Individu yang bertanggung jawab atas pencegahan infeksi pada fasilitas kesehatan berkonsultasi setiap kali perangkat baru atau produk akan dibeli atau yang diperkenalkan untuk memastikan pelaksanaan kebijakan dan prosedur pengolahan yang tepat</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai
<p>C. Nakes yang bertanggung jawab terhadap pemrosesan ulang peralatan medis menerima pelatihan dalam pemilihan dan penggunaan APD dan tahapan yang direkomendasikan dalam pemrosesan ulang alat yang digunakan :</p> <p>i. Dilakukan sesaat sebelum diperbolehkan bekerja</p> <p>ii. Berkala</p> <p>iii. Ketika alat baru diperkenalkan</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak  <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai dengan catatan

<p>atau kebijakan/prosedur berubah</p> <p><i>Catatan : jika dilakukan oleh pegawai kontrak, fasilitas kesehatan harus memastikan ini disediakan oleh perusahaan penyedia tenaga kontrak</i></p>	<p>☑Ya Otidak</p>	
<p>D. Nakes diminta mendemonstrasikan kemampuan terkait prosedur reprosesing (yaitu teknik yang tepat akan dikoreksi oleh trainer) setiap mengikuti pelatihan</p>	<p>☑Ya Otidak</p>	<p>Dapat dinilai</p>
<p>E. fasilitas kesehatan secara teratur melakukan audit (monitor dan dokumen) kepatuhan terhadap prosedur pemrosesan ulang</p>	<p>☑Ya Otidak</p>	<p>Dapat dinilai</p>
<p>F. fasilitas kesehatan memberikan umpan balik hasil audit kepada petugas terkait kepatuhan mereka untuk melakukan prosedur pemrosesan ulang</p>	<p>☑Ya Otidak</p>	<p>Dapat dinilai</p>
<p>G. fasilitas kesehatan memiliki protokol untuk memastikan bahwa Nakes dapat dengan segera mengidentifikasi alat yang harus diproses ulang dan siap digunakan pasien (contoh sistem penandaan, penyimpanan pada tempat yang ditunjuk)</p>	<p>☑Ya Otidak</p>	<p>Dapat dinilai</p>
<p>H. fasilitas kesehatan memiliki kebijakan dan prosedur yang menjabarkan respon (yaitu,</p>	<p>☑Ya Otidak</p>	<p>Dapat dinilai</p>

penilaian risiko dan pengingat perangkat) dalam hal kesalahan atau kegagalan pengolahan		
I. Perawatan rutin pada alat pengolahan (Misal, reproprocessor endoskopi otomatis, <i>steam autoclave</i> ) dilakukan oleh teknisi ahli sesuai dengan instruksi produsen; mengkonfirmasi catatan pemeliharaan yang tersedia.	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai

### Bagian 3 : Observasi Langsung Pada Praktik Fasilitas

Penyimpangan pengendalian infeksi tertentu (misalnya, penggunaan kembali jarum suntik pada lebih dari satu pasien atau mengakses wadah obat yang dinilai untuk pasien berikutnya; penggunaan kembali pisau bedah) telah mengakibatkan penularan patogen melalui darah dan harus dihentikan segera. Identifikasi penyimpangan seperti jaminan pemberitahuan dan pengujian pasien yang berpotensi terkena dampak.

Jika elemen tidak dapat diamati selama penilaian (misalnya, tidak ada pasien menerima diagnostik tes selama kunjungan), menilai elemen dengan mewawancarai personil yang tepat tentang praktik fasilitas. Notasi juga harus dilakukan di bagian catatan bahwa unsur itu tidak dapat diamati secara langsung

<b>V. b. Kebersihan Tangan</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Kebutuhan penunjang yang diperlukan untuk kepatuhan terhadap kebersihan tangan (misalnya, sabun, air, handuk, antiseptik alkohol) yang mudah	☑Ya Otidak	Dapat dinilai

diakses Nakes di tempat perawatan pasien		
<b>Kebersihan Tangan dilakukan dengan tepat</b>		
B. Sebelum kontak dengan pasien	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	dapat dinilai dengan catatan
C. Sebelum melakukan tindakan aseptik (misal memasukkan IV atau mempersiapkan suntikan)	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Tidak dapat dinilai
D. Setelah kontak dengan pasien	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	dapat dinilai dengan catatann
E. Setelah kontak dengan benda di sekitar pasien	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai
F. Setelah kontak dengan darah, cairan tubuh atau permukaan yang terkontaminasi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Tidak dapat dinilai
G. Setelah melepas sarung tangan	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai
H. Ketika berpindah dari lokasi tubuh yang terkontaminasi ke organ yang sehat selama perawatan pasien	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Tidak dapat dinilai

<b>VI.b. Alat Pelindung Diri (APD)</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. APD yang cukup dan tepat tersedia dan mudah diakses oleh Nakes.	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai
APD dinilai dengan benar		
B. APD selain alat pelindung pernapasan, dilepas dan dibuang sebelum meninggalkan ruangan pasien atau tempat perawatan. Jika alat pelindung pernapasan dinilai, maka dilepas dan dibuang (atau diolah jika dapat	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Dapat dinilai

dinilai kembali) setelah meninggalkan ruang pasien atau ruang perawatan dan menutup pintu.		
C. Kebersihan tangan dilakukan segera setelah melepas APD	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
D. Sarung tangan i. Nakes menggunakan sarung tangan pada kontak potensial dengan darah, cairan tubuh, membran mukosa, kulit tidak utuh termasuk peralatan yang terkontaminasi ii. Nakes tidak boleh menggunakan sarung tangan yang sama pada lebih dari satu pasien iii. Nakes tidak boleh mencuci sarung tangan untuk pemakaian ulang	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak  <input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak  <input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
E. Baju Kerja i. Nakes menggunakan baju kerja untuk menjaga kulit dan baju selama prosedur atau aktivitas yang harus kontak dengan darah atau cairan tubuh ii. Nakes tidak boleh menggunakan baju kerja sama lebih dari satu pasien	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak  <input type="radio"/> Ya <input checked="" type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
F. Proteksi Wajah i. Nakes menggunakan proteksi mulut, hidung, dan mata yang cenderung menimbulkan percikan darah atau cairan tubuh lainnya	<input type="radio"/> Ya <input checked="" type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai

<b>VII.b. Keamanan Injeksi</b>	
<b>(Tidak Termasuk Farmasi/Praktik Gabungan)</b>	
<b>Elemen yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>
A. Suntikan disiapkan dengan menggunakan teknik aseptik pada tempat yang bersih bebas dari kontaminasi atau kontak dengan darah, cairan tubuh atau peralatan yang terkontaminasi	Tidak dapat dinilai
B. Jarum suntik dinilai hanya untuk satu pasien (termasuk jarum suntik yang diproduksi <i>prefilled</i> diproduksi perangkat <i>cartridge</i> seperti pena insulin	
C. Sekat karet pada botol obat didesinfeksi dengan alkohol sebelum ditusuk	
D. Wadah obat dimasukkan dalam jarum dan jarum suntik yang baru, bahkan ketika mendapatkan dosis tambahan untuk pasien yang sama	
E. botol obat, ampul, dan tas atau botol larutan intravena dosis tunggal (sekali pakai) dinilai hanya untuk satu pasien	
F. Pemberian tabung dan konektor obat yang dinilai hanya untuk satu pasien.	
G. Botol multi-dosis yang diberi	



<p>tanggal oleh nakes ketika pertama kali dibuka harus dibuang dalam waktu 28 hari kecuali produsen menentukan tanggal yang berbeda (lebih pendek atau lebih lama)</p> <p><i>Note: ini berbeda dari tanggal expired yang tertulis pada botol</i></p>	
<p>H. Botol multi-dosis yang akan dinilai untuk lebih dari satu pasien disimpan pada tempat obat yang terpusat dan tidak masuk ke area perawatan pasien langsung (misalnya, ruang operasi, ruang pasien/bilik).</p> <p><i>Catatan : Jika botol multi-dosis dimasukkan pada ruang perawatan pasien, maka hanya dapat dinilai pada satu pasien dan dibuang setelah pemakaian</i></p>	
<p>I. Semua benda tajam dibuang dalam wadah benda tajam yang tahan tusukan</p>	
<p>J. Wadah benda tajam diisi dan dibuang sesuai dengan peraturan limbah medis yang telah diatur negara</p>	
<p>K. Semua zat yang dikendalikan (misalnya, Jadwal II, III, IV, obat V) disimpan terkunci dalam tempat aman</p>	
<p>L. Nakes menggunakan masker wajah (contoh masker bedah)</p>	

<p>saat memasang kateter atau menginjeksi zat ke dalam ke dalam ruang epidural atau subdural (misalnya, selama myelogram, epidural atau anestesi spinal)</p>	
--	--

<b>VIII.b. Kebersihan Pernapasan/Etika Batuk</b>		
<b>Elemen yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan untuk Perbaikan</b>
<p>A. fasilitas kesehatan :</p> <p>i. Menampilkan tanda di pintu masuk pada pasien dengan gejala infeksi pernapasan untuk :</p> <p>a. Menginformasikan pada nakes tentang gejala infeksi pernapasan pada saat melakukan registrasi pertama kali</p> <p>b. Praktik kebersihan pernapasan/etika batuk (menutup mulut/hidung saat batuk atau bersin, menggunakan dan membuang tisu, serta membersihkan tangan setelah tangan digunakan untuk menutupi sekresi pernapasan).</p> <p>ii. Menyediakan tisu dan tempat sampah yang tidak disentuh untuk pembuangan tisu</p> <p>iii. Menyediakan alat kebersihan tangan di dalam atau dekat dengan ruang tunggu</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p>	<p>Tidak dapat dinilai</p>

<b>IX.b. Tes Point-of-Care (e.g., blood glucose meters, INR monitor)</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
<p>A. Barang sekali pakai yang baru, perangkat lancing menonaktifkan otomatis digunakan pada setiap pasien</p> <p><i>Catatan : Pisau bedah tidak digunakan untuk banyak pasien</i></p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>B. Jika digunakan lebih dari satu pasien, maka <i>testing meter</i> dibersihkan dan didesinfeksi setiap selesai penggunaan sesuai dengan instruksi pabrik.</p> <p><i>Catatan : Jika pabrik tidak menyediakan instruksi pembersihan dan disinfeksi, maka testing meter sebaiknya tidak digunakan lebih dari satu pasien.</i></p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai

<b>X.b. Kebersihan Lingkungan</b>		
<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
<p>A. Persediaan yang diperlukan untuk prosedur pembersihan dan desinfeksi yang tepat (misalnya, desinfektan yang terdaftar EPA) yang tersedia</p> <p><i>Catatan : Jika pelayanan lingkungan dilakukan oleh pegawai kontrak, fasilitas harus memverifikasi produk yang terdaftar EPA sudah disediakan oleh perusahaan rekanan (penyedia layanan kontrak)</i></p>	<p><input checked="" type="radio"/>Ya Otidak</p>	Dapat dinilai
<p>B. Permukaan kamar yang sering disentuh di mana bedah atau prosedur invasif lainnya (misalnya, endoskopi, suntikan tulang belakang) dibersihkan dan kemudian didesinfeksi dengan desinfektan yang terdaftar EPA setiap selesai prosedur</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>C. Pembersih dan disinfektan digunakan sesuai dengan</p>	<p><input checked="" type="radio"/>Ya Otidak</p>	Dapat dinilai

instruksi pabrik (contoh dilusi, penyimpanan, shelf-life, waktu kontak)		
D. Nakes terlibat dalam pembersihan lingkungan memakai baju APD untuk mencegah paparan zat atau kimia infeksius (APD termasuk baju kerja, masker, dan pelindung mata)	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
<i>Catatan : APD yang tepat sesuai dengan zat kimia atau infeksius dan mengantisipasi jenis paparan</i>		

XI.b. Pengolahan Ulang Alat		
Unsur yang harus dinilai	Penilaian	Catatan Perbaikan
A. Tersedia kebijakan, prosedur dan instruksi pengolahan ulang dari pabrik untuk pemakaian ulang alat kesehatan pada tempat pengolahan ulang	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
B. Pemakaian ulang alat kesehatan, jelas, diproses ulang (desinfeksi atau sterilisasi) dan dirawat sesuai dengan instruksi pabrik pembuat	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dapat dinilai dengan catatan
<i>Catatan : Jika pabrik tidak menyediakan instruksi, alat sebaiknya tidak digunakan untuk beberapa pasien.</i>		
C. Alat sekali pakai dibuang setelah pemakaian dan tidak digunakan lebih dari satu pasien	<input checked="" type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	Dapat dinilai
<i>Catatan: Jika fasilitas kesehatan memilih untuk menggunakan kembali alat sekali pakai, perangkat ini harus diproses ulang sebelum digunakan kembali oleh reprocessor pihak ketiga yang terdaftar di FDA sebagai reprocessor pihak ketiga dan diakui oleh FDA untuk memproses ulang perangkat tertentu yang dimaksud. fasilitas kesehatan ini harus memiliki dokumentasi</i>		

<i>dari reprocessor pihak ketiga untuk mengkonfirmasi hal ini</i>		
<p>D. Tempat Pengolahan ulang :</p> <p>i. Ruang yang cukup dialokasikan untuk kegiatan pengolahan ulang</p> <p>ii. Pola alur kerja diikuti sehingga perangkat memiliki alur jelas dari daerah kontaminasi tinggi kemudian dibersihkan/menju daerah steril (misalnya, ada pemisahan yang jelas antara ruang kerja kotor dan bersih).</p>	<p><input checked="" type="radio"/> Ya    <input type="radio"/> Tidak</p>	<p>Dapat dinilai</p>
<p>E. Cukup waktu untuk pemrosesan ulang untuk memastikan kepatuhan pada semua tahapan yang sudah direkomendasikan oleh pabrik pembuat alat, termasuk pengeringan dan penyimpanan segera</p> <p><i>Catatan : fasilitas kesehatan harus memiliki pasokan instrumen yang cukup untuk sejumlah prosedur yang dilakukan dan harus menjadwalkan prosedur agar cukup waktu untuk semua langkah pengolahan.</i></p>	<p><input type="radio"/> Ya    <input type="radio"/> Tidak</p>	<p>Dapat dinilai</p>
<p>F. Nakes terlibat dalam perangkat pengolahan memakai APD yang tepat untuk mencegah paparan agen infeksi atau bahan kimia (APD dapat mencakup sarung tangan, baju, masker, dan pelindung mata).</p> <p><i>Catatan : APD yang tepat tergantung pada jenis agen infeksi atau bahan kimia dan mengantisipasi tipe paparan</i></p>	<p><input checked="" type="radio"/> Ya    <input type="radio"/> Tidak</p>	<p>Dapat dinilai</p>
<p>G. Alat medis disimpan dengan cara yang dapat melindungi dari kerusakan dan kontaminasi</p>	<p><input checked="" type="radio"/> Ya    <input type="radio"/> Tidak</p>	<p>Dapat dinilai dengan catatan</p>

## XII. Sterilisasi Alat Pakai Ulang

Catatan: Jika semua sterilisasi perangkat dilakukan di luar ruangan (tidak dilakukan), melompat ke item M-O di bawah ini

Unsur yang harus dinilai	Penilaian	Catatan Perbaikan
<p>A. Perangkat dibersihkan sesuai dengan instruksi pabrik dan diperiksa secara visual untuk sisa kotoran sebelum sterilisasi.</p> <p><i>Catatan : pembersihan dapat dilakukan manual (menggunakan gesekan) dan/atau secara mekanis (misalnya, dengan pembersih ultrasonik, mesin cuci-disinfector, mesin cuci-sterilisasi)</i></p> <p><i>Pastikan kuas yang dipilih untuk membersihkan berukuran tepat untuk membersihkan saluran perangkat dan lumens</i></p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>B. Pembersihan dilakukan segera setelah pemakaian (misal setiap pemakaian) untuk mencegah kotoran mengering pada alat</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>C. Pembersih enzimatik atau deterjen digunakan untuk membersihkan dan membuang kotoran sesuai instruksi pabrik pembuat (setiap habis pakai)</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>D. Busa pembersih sekali pakai atau jika dapat dipakai lagi, dibersihkan dan desinfeksi tingkat tinggi atau disterilisasi menurut pabrik pembuatnya selesai pemakaian</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>E. Setelah dibersihkan, instrumen dibungkus / dikemas dengan tepat untuk sterilisasi (misalnya, sistem paket yang dipilih adalah kompatibel dengan proses sterilisasi yang dilakukan, item ditempatkan dengan benar ke dalam keranjang atau rak sterilisasi agar tidak</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai

menghambat penetrasi sterilisasi yang, instrumen berengsel terbuka, instrumen akan dibongkar jika diindikasikan oleh pabrik pembuat)		
F. Indikator kimia (indikator proses) diletakkan dengan benar pada kemasan instrumen pada setiap beban	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai
G. Indikator biologis, ditujukan khusus untuk jenis dan siklus parameter sterilisasi, digunakan setidaknya setiap minggu untuk setiap sterilisasi dan dengan setiap beban yang mengandung item implan.	OYa Otidak O Tidak dipakai	
H. Untuk jenis sterilisasi yang membutuhkan udara dinamis (misalnya, prevacuum uap sterilisasi), tes pembuangan udara (uji Bowie-Dick) dilakukan dalam sterilisasi udara dinamis kosong, setiap hari sterilisasi digunakan untuk memverifikasi efikasi pengosongan udara.	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai
I. Kemasan steril diberi label dengan sejumlah nomor yang menunjukkan sterilisasi yang digunakan, siklus atau <i>load number</i> , tanggal sterilisasi, dan, jika berlaku, tanggal kadaluarsa.	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai
J. Mencatat Sterilisasi saat ini dan termasuk hasil dari masing-masing sterilisasi.	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai
K. Sterilisasi menggunakan uap segera, dilakukan, hanya dalam keadaan di mana prosedur sterilisasi rutin tidak dapat	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai

dilakukan.		
L. Alat yang menggunakan sterilisasi uap segera langsung digunakan dan tidak disimpan	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai
M. Selesai sterilisasi, alat medis disimpan sehingga sterilitas tidak terganggu	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai
N. Paket steril diperiksa untuk memastikan alat yang diolah kembali tidak terganggu sebelum digunakan.	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai
O. fasilitas kesehatan memiliki proses yang dapat menunjukkan pembersihan awal (untuk mencegah kotoran mengering dan menempel pada alat) sebelum dibawa ke tempat pengolahan ulang	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai

### **XIII. Disinfeksi Tingkat Tinggi pada Alat Pakai Ulang**

*Catatan : Jika disinfeksi tingkat tinggi tidak dilakukan, lewati menuju item L-N di bawah ini*

<b>Unsur yang harus dinilai</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Catatan Perbaikan</b>
A. Endoskopi fleksibel diperiksa untuk melihat kerusakan dan kebocoran diuji sebagai bagian dari setiap siklus pengolahan. Setiap perangkat yang gagal tes kebocoran dihapus dari penggunaan klinis dan diperbaiki.	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai
B. Alat dibersihkan sesuai dengan instruksi produsen	OYa Otidak O Tidak dipakai	Tidak dapat dinilai




<p>dan diperiksa secara visual untuk memastikan residu tanah sebelum disinfeksi tingkat tinggi</p> <p><i>Catatan : pembersihan dapat dilakukan manual (menggunakan gesekan) dan/atau secara mekanis (misalnya, dengan pembersih ultrasonik, mesin cuci-disinfector, mesin cuci-sterilisas)</i></p> <p><i>Pastikan kuas yang dipilih untuk membersihkan berukuran tepat untuk membersihkan saluran perangkat dan lumens</i></p>		
<p>C. Pembersihan dilakukan segera setelah pemakaian (misal setiap pemakaian) untuk mencegah kotoran mengering pada alat</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>D. Pembersih enzimatis atau deterjen digunakan untuk membersihkan dan membuang kotoran sesuai instruksi pabrik pembuat (setiap habis pakai)</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>E. Busa pembersih sekali pakai atau jika dapat dipakai lagi, dibersihkan dan disinfeksi tingkat tinggi atau disterilisasi menurut pabrik pembuatnya selesai pemakaian</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>F. Untuk pemakaian bahan kimia dalam disinfeksi tingkat tinggi, instruksi</p>		Tidak dapat dinilai

<p>produsen berfungsi sebagai berikut :</p> <p>i. Persiapan</p> <p>ii. Menguji konsentrasi yang tepat</p> <p>iii. Perpindahan (misal ekspirasi atau efikasi berkurang)</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p> <p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	
<p>G. Jika menggunakan alat reprosesor otomatis, pastikan konektor yang tepat digunakan untuk memastikan bahwa saluran dan lumens yang didesinfeksi adalah tepat</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>H. Alat disinfeksi untuk lama waktu yang tepat sesuai instruksi produsen</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>I. Alat disinfeksi dengan suhu yang sesuai dengan instruksi produsen</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>J. Setelah disinfeksi tingkat tinggi, alat dicuci dengan air steril, air filter atau air keran dan dicuci dengan etil 70% - 90% atau isopropil alkohol</p> <p><i>Catatan : Tidak ada rekomendasi menggunakan air steril atau filter dibandingkan air keran untuk membilas peralatan semi-kritis yang kontak dengan selaput lendir rektum atau vagina</i></p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai
<p>K. Alat dikeringkan segera setelah digunakan</p> <p><i>Contoh : untuk instrumen yang</i></p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	Tidak dapat dinilai

<p><i>berlumen (contoh endoskopi) hal ini termasuk membilas setiap saluran dengan alkohol dan memaksa udara melalui saluran</i></p>		
<p>L. Selesai disinfeksi tingkat tinggi, alat disimpan dengan cara yang dapat melindungi dari kerusakan atau kontaminasi</p> <p><i>Catatan : endoskopi digantung dengan posisi vertikal</i></p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	<p>Tidak dapat dinilai</p>
<p>M. fasilitas kesehatan mempertahankan log setiap prosedur endoskopi yang meliputi: nama dan nomor rekam medis pasien (jika tersedia), prosedur, tanggal, tenaga endoscopist, sistem yang digunakan untuk memproses ulang endoskopi (jika lebih dari satu sistem digunakan di area pengolahan), serta nomor seri atau pengenal lainnya dari endoskopi yang digunakan.</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	<p>Tidak dapat dinilai</p>
<p>N. fasilitas kesehatan memiliki proses yang dapat menunjukkan pembersihan awal (untuk mencegah kotoran mengering dan menempel pada alat) sebelum dibawa ke tempat pengolahan ulang</p>	<p>OYa Otidak</p> <p>O Tidak dipakai</p>	<p>Tidak dapat dinilai</p>

## Lampiran 4. Etika Penelitian

 Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Nomor : 224/EP-FKIK-UMY/IV/2017

**KETERANGAN LOLOS UJI ETIK**  
**ETHICAL APPROVAL**

Komite Etik Penelitian Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan responden/subyek penelitian, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

*The Ethics Committee of the Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Muhammadiyah Yogyakarta, with regards of the protection of human rights and welfare in research, has carefully reviewed the research protocol entitled :*

***"Infection Control Risk Assessment (ICRA) di Unit Gizi RS PKU Muhammadiyah Gamping"***


**Peneliti Utama** : Setyabella Ika Putri  
*Principal Investigator*

**Nama Institusi** : Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit UMY  
*Name of the Institution*

**Negara** : Indonesia  
*Country*

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.  
*And approved the above-mentioned protocol.*

Yogyakarta, 07 April 2017

  
Sekretaris  
Secretary  
**Dr. dr. Titiek Hidayati, M. Kes**

\*Peneliti Berkewajiban :

1. Menjaga kerahasiaan identitas subyek penelitian
2. Memberitahukan status penelitian apabila :
  - a. Setelah masa berlakunya keterangan lolos uji etik, penelitian masih belum selesai, dalam hal ini *ethical clearance* harus diperpanjang
  - b. Penelitian berhenti di tengah jalan
3. Melaporkan kejadian serius yang tidak diinginkan (*serious adverse events*)
4. Peneliti tidak boleh melakukan tindakan apapun pada responden/subyek sebelum penelitian lolos uji etik dan *informed consent*

Kampus :  
Jl. Ungaran Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183  
Telp. (0274) 387658 ext. 213 - 7491350 Fax. (0274) 387658

*Muda mendunia*