



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Pencegahan
Health Care Associated Infection (HCAI)

No. Dokumen

PK - HM - K -10

No. Keluaran: 01

Disemak oleh

Tandatangan :

Nama : DR. (MR) NORLIZAM BIN MOHD NOR @ MAT NOR

Jawatan : PENERUSI JAWATANKUASA KAWALAN INFEKSI DAN ANTIBIOTIK

Tarikh : 15.01.2018

Disokong oleh

Tandatangan :

Nama : DR. HJH. ZARINA BINTI SAHROM @ SHAHROM

Jawatan : TIMBALAN PENGARAH PERUBATAN I

Tarikh : 15.01.2018

Diluluskan oleh

Tandatangan :

Nama : DR. HATIJA BINTI HJ. MOHD TAN

Jawatan : PENGARAH

Tarikh : 15.01.2018



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI
Pencegahan Health Care Associated
Infection (HCAI)

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

REKOD PINDAAN

Bil	Nombor /Tajuk Dokumen	Keluaran	Keterangan	Mukasurat terlibat	Tarikh Pindaan



PROSEDUR KUALITI

Pencegahan Health Care Associated Infection (HCAI)

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

1. OBJEKTIF

Menguruskan aktiviti-aktiviti surveilan dan *Outbreak Surveillance* untuk mengawal infeksi nosokomial di Hospital Melaka. Prosedur ini menyediakan garis panduan bagi pemantauan kawalan infeksi dan menguruskan aktiviti surveilan bagi mengawal *Health Care Associated Infection* di Hospital Melaka.

2. SKOP

1. Prosedur ini merangkumi ujian, mengumpul, merekod, mengawal, dan melaporkan data-data infeksi nosokomial.
2. Prosedur ini digunakan oleh warga kerja Hospital Melaka yang terlibat dalam proses-proses berikut:-
 - a. Amalan yang selamat bagi warga kerja HM.
 - b. Pembuangan sisa klinikal dan sisa general.
 - c. Pengasingan linen yang telah digunakan.
 - d. Kebersihan persekitaran dan tempat kerja.
 - e. Pengendalian kes-kes penyakit berjangkit.
 - f. Pengendalian peralatan perubatan yang telah digunakan.
3. Outbreak Surveillance – MRSA, ESBL, MRO, CRE dan VRE
4. MRSA - KPI 0.4%
5. Hand Hygiene - KPI >75%
6. Point Prevalence - <5%
7. Hospital Infection Rate - <1.5%
8. ESBL KPN - 0.3%
9. ESBL E.COLI - 0.2%
10. CVC Care Bundle - >75%
11. Blood Stream Infection - <0.3%
12. *Hospital Acquired Infection* – MRO, ESBL, MRSA, CRE dan VRE
13. Health Education – Standard Precaution base by 7 elements & Transmission Base Precaution.



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Pencegahan Health Care Associated Infection (HCAI)

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

3. RUJUKAN

1. Manual Kualiti (disimpan di dalam unit UKI)
2. Fail pengurusan risiko
3. HIV Infection & AIDS Guidelines for Nursing Care, WHO, Jan 1990
4. Quality Manual Ministry of Health Edition 1999
5. The Manual of Nosocomial Infection Hospital Melaka. 2000
6. General Principles In The Use of Antibiotics Edition 2008
7. MOH, Guideline for Selection and use of Disinfectants, MOH, Dec 2007
8. National antibiotic guideline (2014)
9. Laboratory Manual of Clinical Bacteriology (SOPM) 1999
10. Whonet 5 Microbiology Laboratory Database Software
11. Antibiotic Grouping (with reference to MRO/MRSA Sampling) 1999
12. Standard Precaution, AIDS/STI Unit Ministry of Health 2002
13. Pocket Book Guidelines For Standard Precaution By Occupational Unit, MOH 3rd Edition 2007
14. Policies and Procedures on Infection Control, MOH, 2010
15. Policy & Infection Control Procedure Hospital Melaka (1st edition, 2009)
16. Hand Hygiene, WHO, 2006
17. Guidelines on management of HCW's, MOH. (Dec, 2007)
18. A Guide to notification of Occupational accident, poisoning & occupational disease for MOH facilities, 2006
19. Safe Operating Procedures in the Hospital Setting, MOH, 2007
20. Guidelines on Occupational Exposures, MOH, 2007
21. Syndromic Notifications & Laboratory Investigation manual, MOH, 2008
22. Case Definitions for Infectious Disease In Malaysia, MOH, 2006
23. Standard operating Procedure for potential Infectious Disease, MOH 2004
24. Infectious Diseases Outbreak Rapid Response Manual, MOH 2003
25. Guidelines for MRSA by MOH, 2012
26. Laboratory Handbook, Department of Patology, Hospital Melaka, 2003
27. Antibiotics Guidelines year 2003/2004, Jabatan Farmasi, Hospital Melaka, Bil 7/2003
28. Guidelines for MRSA by MOH, 2012
29. National Influenza Pandemic Preparedness Plan (NIPP) Strategies, MOH, Jan 2006.
30. Guideline Mers Cov, 2015.



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Pencegahan Health Care Associated Infection (HCAI)

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

4. TERMINOLOGI

HM	Hospital Melaka
MO	Medical Officer
HO	House Officer
PS	Pegawai Sains
J	Ketua Jururawat, Jururawat Terlatih, Jururawat Masyarakat, Penolong Jururawat
JTMP	Juruteknologi Makmal Perubatan
PPP	Penolong Pegawai Perubatan
PPK	Pembantu Perawatan Kesihatan
OSJSB	Operatif Sinar Jernih Sdn Berhad
N.I.	Nosocomial Infection
HCAI	Health Care Acquired Infection
HCW	Health Care Worker
ID	Infectious Disease Physician
IK	Inspektor Kesihatan
WHONET 5	World Health Organisation Network
MSB	Medivest Sdn Berhad



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Pencegahan Health Care Associated Infection (HCAI)

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

Infeksi Nosokomial

Jangkitan yang diperolehi daripada pendedahan kepada persekitaran di hospital Tanda dan gejala biasanya berlaku selepas 48 jam kemasukkan ke hospital. Jangkitan boleh berlaku daripada:-

- a) pesakit kepada pesakit
- b) pesakit kepada kakitangan
- c) kakitangan kepada pesakit

Health Care Associated terbahagi kepada beberapa kategori:-

- a) Ventilator Associated Pneumoniae (VAP)
- b) Surgical Site infection (SSI)
- c) Catheter Related Blood Stream Infection (CRBSI)
- d) Catheter Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)
- e) Clinical Sepsis

MRO

Multiple Resistant Organism – sesuatu organisma yang rintang kepada lima atau lebih kumpulan antibiotik.

MRSA

Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus – organisma *Staphylococcus aureus* yang rintang kumpulan antibiotik Methicillin.

ESBL

Extended Spectrum Beta Lactamases – organisma gram negatif itu resistant kepada kumpulan antibiotik Cephalosporin group terutama 3rd generation iaitu cetazidime dan ceftriazone.

CRE

Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae – Microorganisma yang rintang kepada kumpulan antibiotic Carbapenam (Imepenam, Etanem, Doripenem).

VRE

Vancomycin-Resistant Enterococcus (VRE). – Organisma daripada kumpulan *Enterococci* yang rintang kepada antibiotik Vancomycin

Outbreak surveillance

Pemantauan yang dilakukan apabila organisma yang sama dikesan, sekurang-kurang daripada dua pesakit, dalam lokasi yang sama, dalam jangka masa dua minggu.



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Pencegahan Health Care Associated Infection (HCAI)

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

Personal Protective Equipment (PPE)

Peralatan perlindungan diri seperti *mask, goggles, apron, glove* yang dipakai sebagai alat perlindungan diri dari punca jangkitan, semasa mengendalikan pesakit yang mengalami gejala jangkitan.

Linen

Semua jenis kainan yang digunakan di HM.

Sharp Bin

Bekas khas yang digunakan untuk membuang alatan tajam.

Sisa Klinikal

Bahan sisa yang boleh memberikan kesan bahaya dan boleh menyebabkan pencemaran dan jangkitan.

Alginate plastic bag

Beg plastik berwarna merah dan nipis dilapisi dengan beg kainan merah untuk mengisi kainan pesakit yang telah tercemar oleh cecair badan pesakit dan bagi kes- kes berinfeksi.



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Pencegahan Health Care Associated Infection (HCAI)

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

5. TANGGUNGJAWAB DAN TINDAKAN

TANGGUNGJAWAB	TINDAKAN
<p>Pakar/MO/HO/J/PPP/PP K/OSJSB</p>	<p>5.1. AMALAN SELAMAT BAGI WARGA KERJA</p> <p>Memastikan dan memantau warga kerja melakukan amalan selamat seperti berikut:-</p> <p>5.1.1 Melakukan amalan <i>Hand Hygiene</i> dengan mempraktikkan cara cucian tangan yang efektif berdasarkan <i>5 Moments of Hand Hygiene</i>:-</p> <ul style="list-style-type: none">• Sebelum menyentuh pesakit• Sebelum melakukan prosedur aseptik• Selepas menyentuh pesakit• Selepas menyentuh cecair badan.• Selepas menyentuh persekitaran pesakit. <p>(Rujuk pada Manual WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy & fail pengurusan risiko.)</p> <p>5.1.2 Pakai PPE mengikut keperluan semasa melakukan prosedur keatas kes-kes penyakit berjangkit dan buang PPE yang telah digunakan kedalam bekas sisa klinikal. (Rujuk Buku Disinfection & Sterilization Policy And Practice KKM, 4th Edition 2002 m/s 40-64 & Rujuk fail pengurusan risiko).</p> <p>5.1.3 Pemantauan Pelaksanaan <i>sterility</i> semasa melakukan prosedur rawatan dan pembersihan pesakit.</p> <p>5.1.4 Kendalikan peralatan tercemar selepas digunakan mengikut garis panduan Buku Disinfection Sterilization Policy And Practice KKM (4th Edition 2002 m/s 4-27.)</p> <p>5.1.5 Asingkan kes-kes jangkitan bagi menentukan tahap pematuhan kepada pelaksanaan perawatan pengasingan dilakukan. Rujuk Polisi dan Prosedur Kawalan jangkitan m/s 12-38 & fail pengurusan risiko.</p>



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Pencegahan Health Care Associated Infection (HCAI)

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

TANGGUNGJAWAB	TINDAKAN
MO/HO/J/PPP/PPK/OSJSB	<p>5.2. PEMANTAUAN KES PENYAKIT BERJANGKIT/ KEBERSIHAN PERSEKITARAN TEMPAT KERJA/ PENGENDALIAN PERALATAN PERUBATAN YANG TELAH DIGUNAPAKAI.</p> <p>5.2.1. Kenalpasti kes penyakit berjangkit dan transmisi jangkitan penyakit di wad seperti Pulmonary Tuberculosis, MRSA, Varicella Zoster, PUI dan MERs Cov dan lain-lain. Rujuk fail pengurusan risiko.</p> <p>5.2.2. Lakukan pengasingan kes dan rawat pesakit dalam bilik pengasingan. Jika tiada bilik pengasingan, pesakit perlu dikohotkan mengikut jenis transmisi jangkitan. Rujuk Buku Polisi dan Prosedur Kawalan Jangkitan, KKM, Rujukan 99.04. 2010</p> <p>5.2.3. Maklumkan kepada Inspektor Kesihatan mengikut jenis penyakit yang berjangkit.</p> <p>5.2.4. Pastikan peralatan yang digunakan keatas pesakit didisinfeksi atau di <i>autoclave</i> mengikut cara pembasmian kuman sebelum diguna semula. Rujuk fail pengurusan risiko.</p> <p>5.2.5. Hadkan jumlah anggota yang terlibat dalam proses rawatan pesakit.</p> <p>5.2.6. Hadkan pelawat yang melawat pesakit.</p> <p>5.2.7. Lakukan 'terminal cleaning' setelah pesakit discaj/pindah keluar dan <i>clear</i> dari organism dari sampel C&S yang diambil. Rujuk fail pengurusan risiko.</p> <p>5.2.8. Lakukan pencucian katil dan peralatan pesakit (carbolise) setelah pesakit discaj/pindah keluar jika pesakit tiada jangkitan.</p> <p>5.2.9. Memastikan jururawat di wad memberikan pendidikan kesihatan kepada waris pesakit dan didokumentasikan didalam rekod pesakit.</p>



HOSPITAL MELAKA

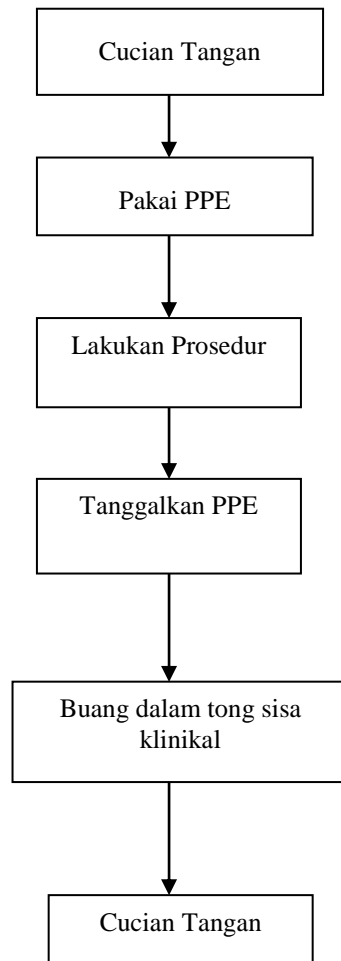
PROSEDUR KUALITI

Pencegahan Health Care Associated Infection (HCAI)

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

6. CARTA ALIRAN

A. Amalan Kerja selamat





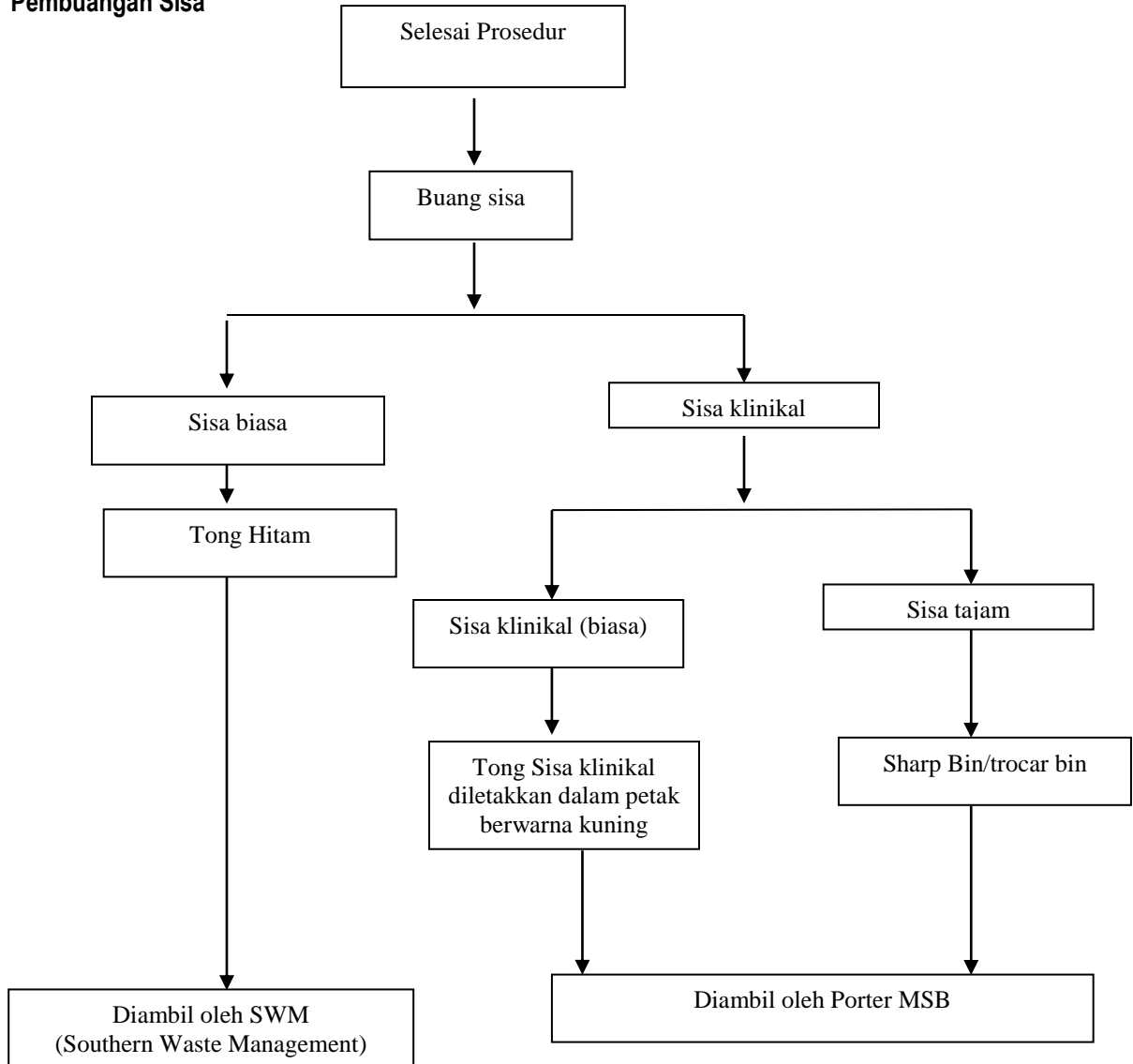
HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Pencegahan Health Care Associated Infection (HCAI)

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

B. Pembuangan Sisa





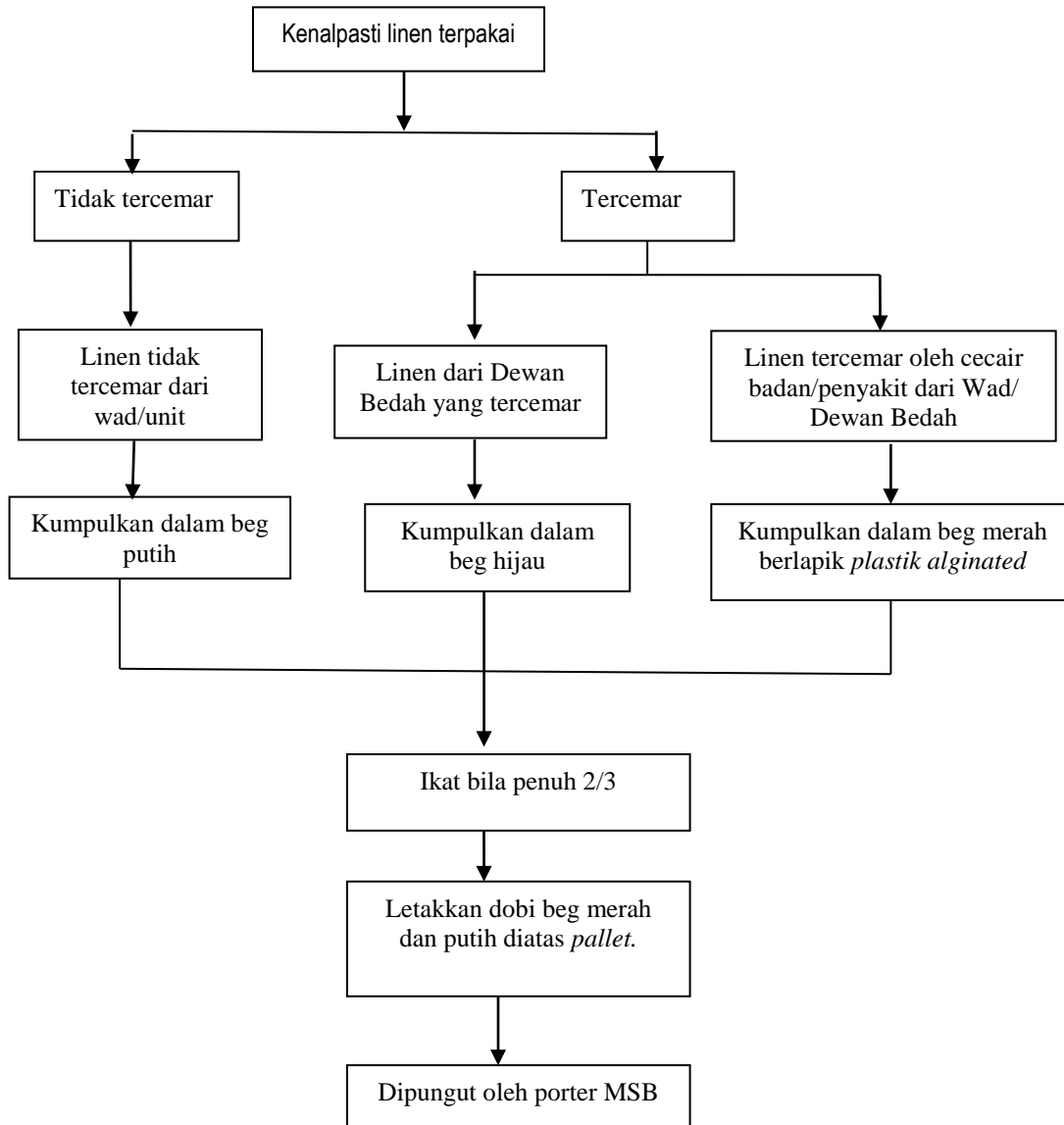
HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Pencegahan Health Care Associated Infection (HCAI)

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

C. Pengasingan Linen Terpakai





HOSPITAL MELAKA

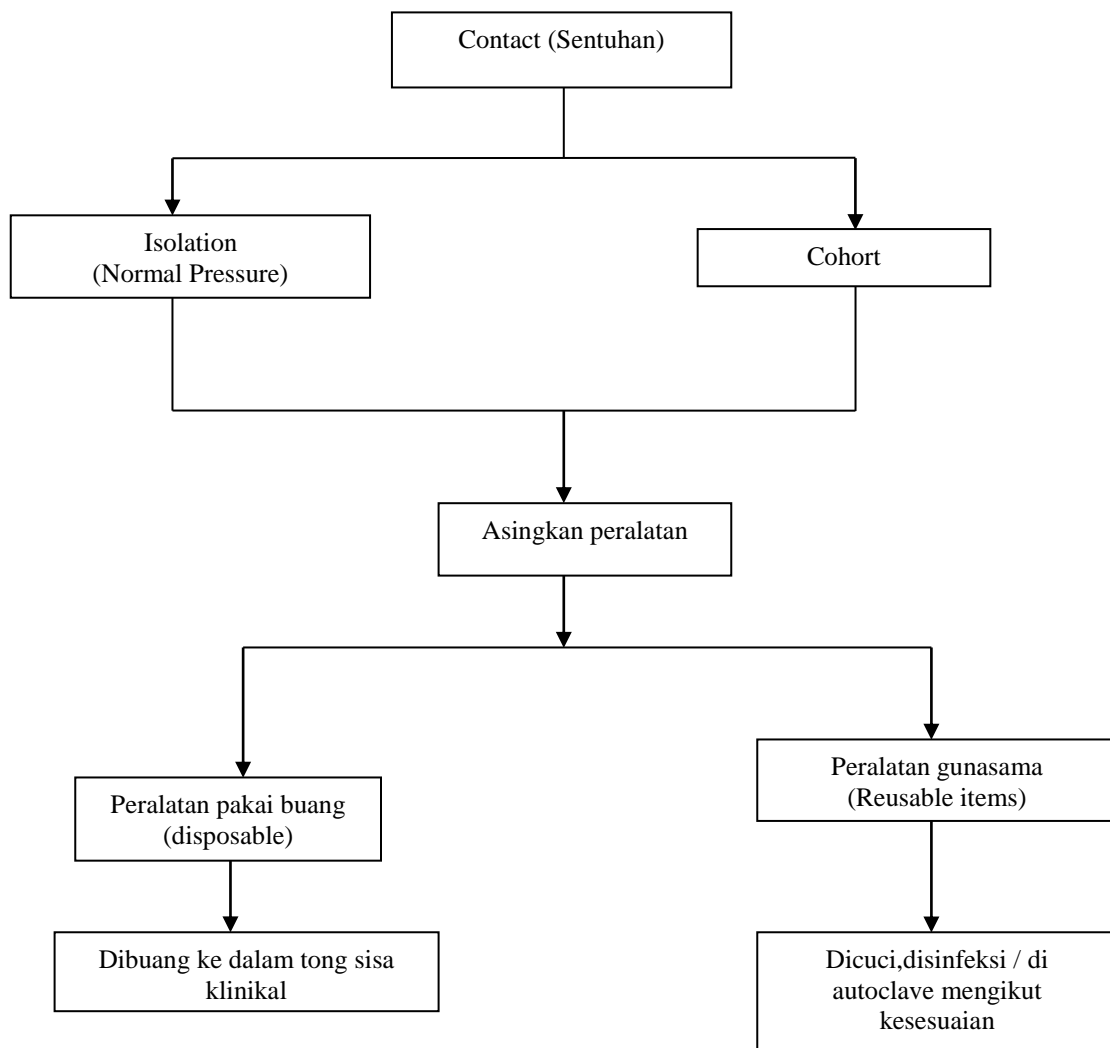
PROSEDUR KUALITI

Pencegahan Health Care Associated Infection (HCAI)

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

D. Pengendalian Kes Penyakit Berjangkit

D1.





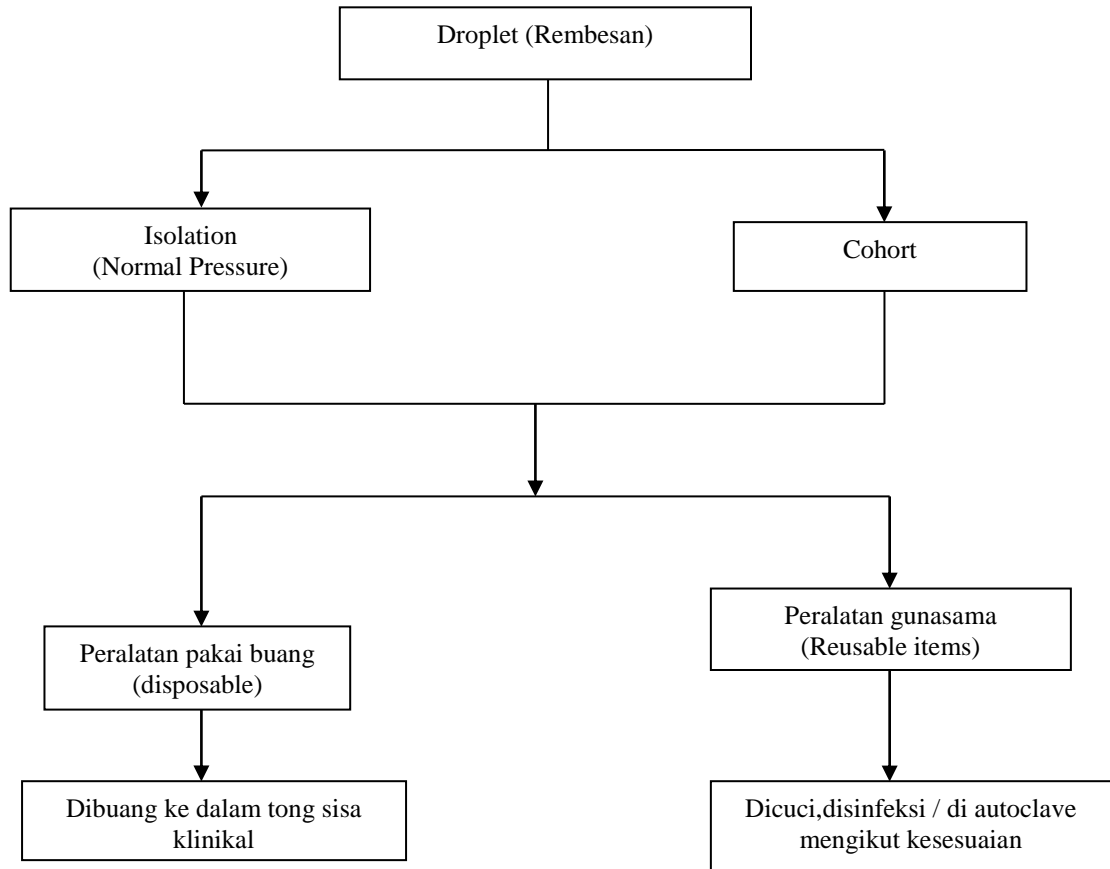
HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Pencegahan Health Care Associated Infection (HCAI)

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

D2.





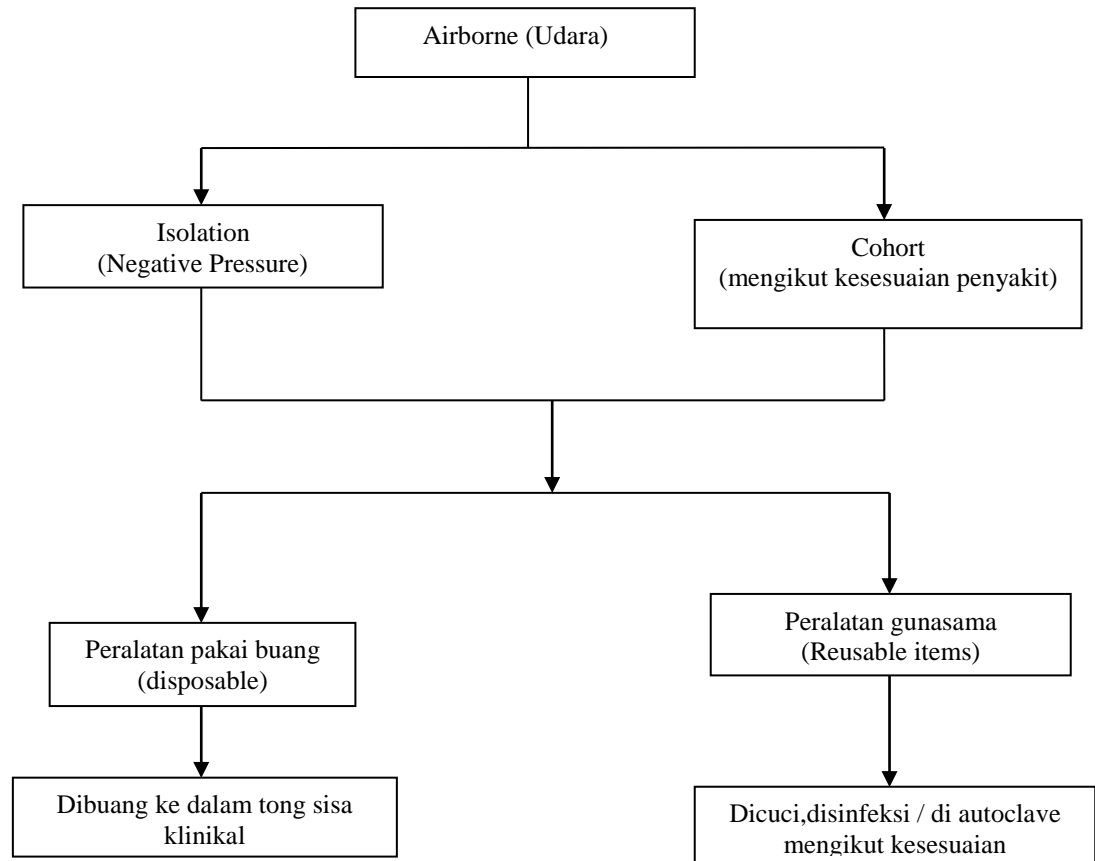
HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Pencegahan Health Care Associated Infection (HCAI)

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

D3.





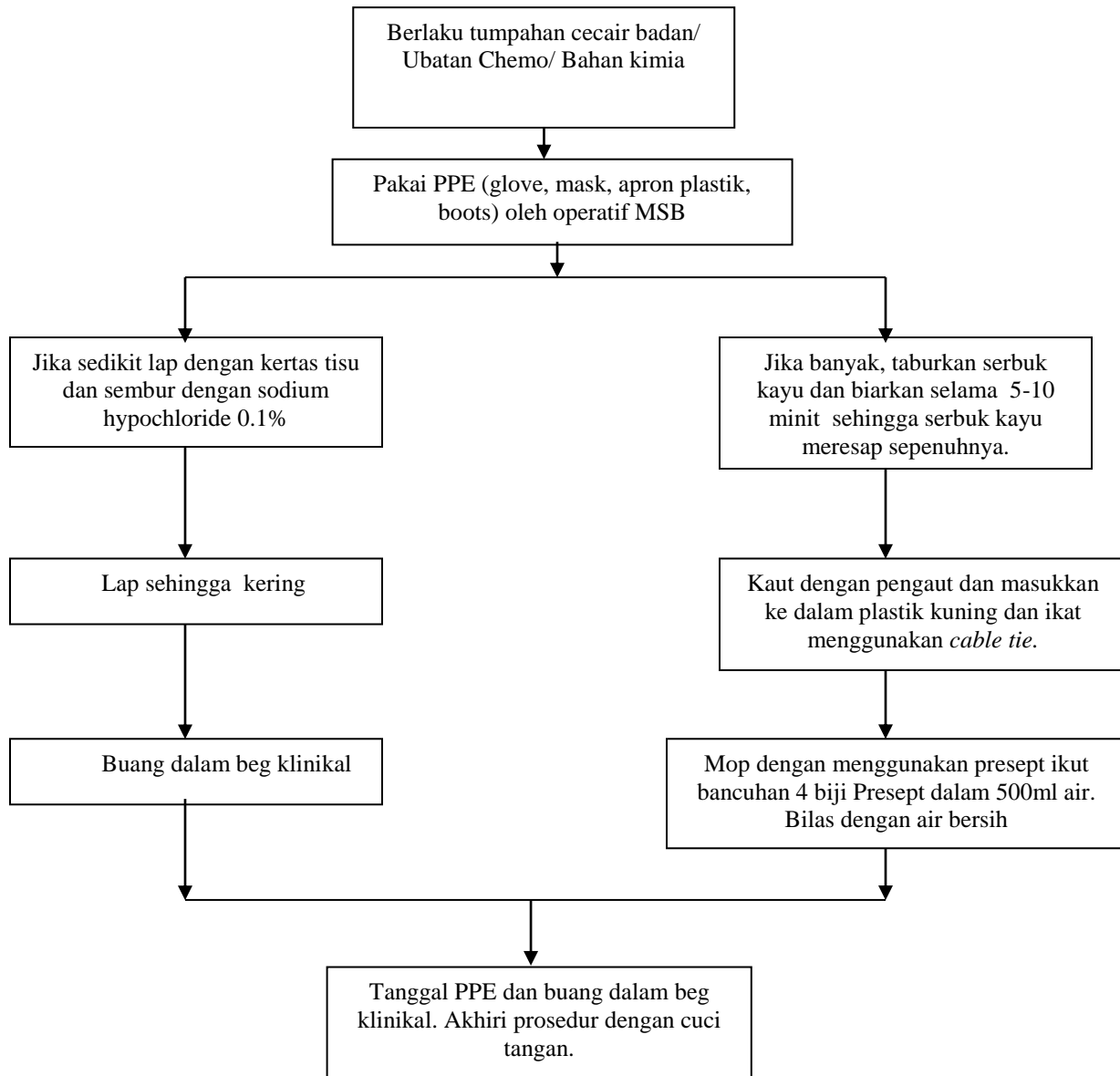
HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Pencegahan Health Care Associated Infection (HCAI)

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

E. Pengurusan Tumpahan (Spillage)





HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Pencegahan Health Care Associated Infection (HCAI)

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

7. REKOD KUALITI

BIL	JENIS REKOD	LOKASI	TEMPOH SIMPANAN
1.	Buku Rekod N.I.Survelan (N.I./LB/03)	Unit Kawalan Infeksi	7 tahun dari tarikh akhir penggunaan
2.	Fail Rekod Actual N.I (MRO/MRSA/ESBL)N.I./Act/01	Unit Kawalan Infeksi	7 tahun dari tarikh akhir penggunaan
3.	Buku Rekod Site Specific Surveillance (N.I./L.B/04)	Unit Kawalan Infeksi	7 tahun dari tarikh akhir penggunaan
4.	Rekod Antibiotic Sensitivity Pattern	Makmal	7 tahun dari tarikh akhir penggunaan
5.	Fail pemantauan bukannya wad (MS.ISO/HM/NI/06) Keluaran:01 pindaan 00/06	Unit Kawalan Infeksi	7 tahun dari tarikh akhir penggunaan
6.	Fail Mesyuarat Infeksi:- i) Jawatankuasa Kawalan Infeksi & Antibiotik (HIACC) ii) Core team iii) Link Nurse	Unit Kawalan Infeksi	7 tahun dari tarikh akhir penggunaan
7.	Borang Alert Organism	Unit Kawalan Infeksi	7 tahun dari tarikh akhir penggunaan
8.	Borang Observation Hand Hygiene Compliance/ Annex 34	Unit Kawalan Infeksi	7 tahun dari tarikh akhir penggunaan
9.	BSI (BSI/MOH/2015/3)	Unit Kawalan Infeksi	7 tahun dari tarikh akhir penggunaan
10.	CVC (CVC/MOH/2014/4)	Unit Kawalan Infeksi	7 tahun dari tarikh akhir penggunaan
11.	PPS (HCAI -PPS/MOH/2013/1)	Unit Kawalan Infeksi	7 tahun dari tarikh akhir penggunaan
12.	CRE Notification (CRE/MOH/2013)	Unit Kawalan Infeksi	7 tahun dari tarikh akhir penggunaan
13.	Pengukuhan Infection Control Audit Tool	Unit Kawalan Infeksi	7 tahun dari tarikh akhir penggunaan
14.	Audit Operatif Sinar Jernih (MS.ISO/HM/NI/08)	Unit Kawalan Infeksi	7 tahun dari tarikh akhir penggunaan



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Pencegahan Health Care Associated Infection (HCAI)

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

LAMPIRAN

Carta Aliran pembersihan tumpahan

Borang Pemantauan Wad / Klinik / Area Khas

Borang Alert Organism

Borang Observation Hand Hygiene Compliance / Annex 34

8. INPUT

8.1 Sumber manusia

Pakar Perunding (Pengerusi Jawatankuasa Kawalan Infeksi & Antibiotik)
Pakar Penyakit Berjangkit
Pakar Mikrobiologi
Pegawai Farmasi
Pegawai Sains
Juruteknologi Makmal
Penyelia Jururawat
Ketua Jururawat
Jururawat Terlatih

8.2 Data /Informasi

Hand Hygiene Compliance Data setiap 3 bulan sekali dihantar ke Cawangan Kualiti, KKM
Keputusan makmal kultur dan sensitiviti yang positif
Melalui laporan pemantauan ke wad/unit.
Laporan outbreak

8.3 Peralatan dan kemudahan

Personal Protective Equipment (PPE)
Alcohol Handrub
Sharp Bin
Clinical waste bin
Domestic waste bin
Beg Dobi mengikut kategori
Poster – 5 moment Hand hygiene, tatacara cucian tangan menggunakan handrub/handsoap.

8.4 Buku-buku Polisi Kawalan Jangkitan

Polisi Kawalan Jangkitan 2010
Polisi Kawalan Jangkitan Hospital Melaka 2009
Whole Hospital Policies 2011
Disinfection & Sterilization 2007
Hand Hygiene, WHO 2006



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Pencegahan Health Care Associated Infection (HCAI)

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

9. PENGURUSAN RISIKO

Rujuk Fail Pengurusan Risiko

10. KLAUSA BERKAITAN

- 4. Konteks Organisasi
- 5. Kepimpinan
- 6.1 Tindakan menyatakan risiko dan peluang
- 6.2 Objektif dan perancangan mencapainya.
- 7.1.6 Pengetahuan organisasi
- 7.5 Maklumat didokumentasikan
- 8.2 Keperluan untuk produk dan perkhidmatan
- 8.5 Penyediaan pengeluaran perkhidmatan
- 9.1 Pemantauan, pengukuran, analisis dan penilaian.
- 10. Penambahbaikan