

Garis Panduan Kawalan Infeksi Di Fasiliti KESIHATAN PRIMER

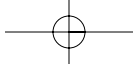
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga

Aras 8, Blok E10, Parcel E,
Kementerian Kesihatan Malaysia
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan,
62590 Putrajaya, Malaysia

<http://fh.moh.gov.my>



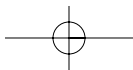
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga
Kementerian Kesihatan Malaysia



Garis Panduan
Kawalan Infeksi Di Fasiliti
**KESIHATAN
PRIMER**



Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga
Kementerian Kesihatan Malaysia



Prakata

To' Puan Dr. Safurah Jaafar

Pengarah Pembangunan Kesihatan Keluarga

Kemunculan penyakit berjangkit yang baru seperti SARS dan H1N1 serta peningkatan semula kejadian penyakit berjangkit seperti PTB, dan lain-lain telah mendorong pelaksanaan kawalan infeksi yang cekap dan berkesan di semua fasiliti kesihatan primer. Walaupun *Standard Precaution* adalah sebahagian dari amalan klinikal di semua fasiliti kesihatan primer, kawalan infeksi secara berstruktur belum dilaksanakan seperti program kawalan infeksi di peringkat hospital. Program ini merupakan aktiviti yang penting dalam mencegah transmisi penyakit berjangkit di fasiliti kesihatan primer samada dikalangan anggota kesihatan atau pengunjung.

Penyediaan garis panduan ini adalah tepat pada masanya memandangkan garis panduan ini disediakan khusus untuk digunakan di fasiliti kesihatan primer. Saya berharap agar garis panduan yang disediakan ini dapat memberi panduan secara generik dan dapat dimanfaatkan sepenuhnya dalam memperkukuhkan pelaksanaan kawalan infeksi di seluruh fasiliti kesihatan primer.

Saya juga ingin merakamkan ucapan tahniah dan setinggi-tinggi penghargaan kepada semua yang telah berusaha dengan gigih dan memberi komitmen yang jitu dalam usaha untuk menghasilkan garis panduan ini terutamanya ahli pasukan daripada negeri-negeri.

Terima kasih.



To' Puan Dr. Safurah Jaafar

Pengarah Pembangunan Kesihatan Keluarga
Kementerian Kesihatan Malaysia

Ahli Kumpulan Kerja Penyediaan Garis Panduan

PENGHARGAAN

Penasihat

To' Puan Dr. Safurah binti Jaafar

Pengarah Pembangunan Kesihatan Keluarga

Dr. Kamaliah binti Mohamad Noh

Timbalan Pengarah (Kesihatan Primer)

Urusetia (*Principal Authors*)

Cawangan Primer, Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga, KKM

Dr. Noraini binti Mohd Yusof

Ketua Penolong Pengarah Kanan

Pn. Najwa binti Ahmad Hamdi

Ketua Penolong Pengarah (Pegawai Farmasi)

Pn. Anny Mary ap S. Joseph @ Soosai

Ketua Penyelia Jururawat Kesihatan

Pn. Mahawa binti Abd Manan

Penyelia Jururawat Kesihatan

Pn. Zanita binti Ahmad

Ketua Jururawat Kesihatan

Ahli-Ahli (*Contributing Authors*)

Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga (BPKK)

Dr. Noridah binti Mohd Saleh

Pn. Fatimah binti Ali

Pn. Farah binti Abdullah

Pn. Victoria Ponnusamy

Pn. Khadijah binti Zakaria

En. Md. Zaki bin Othman

Hj. Mohd Saidi bin Abd Rahman

En. Mohd Tarmily bin Mansor

Hj. Surni bin Mamat

En. Nor Fairul Fadli bin Yusof

Bahagian Kawalan Penyakit (KPAS)
Dr. Priya Rangunath

Jabatan Kesihatan Negeri Sabah

Dr. Nelborn Ngiloi
Dr. Lim Jac Fang
Pn. Daisy Stanislas
Pn. Scholastica Lee
Pn. Dayang Saunah binti Mahamudin
Pn. Zaleha binti Sulaiman
Pn. Theresa Edith Lojiu
En. Andrew K. Gitam
En. Ruslee Japri
En. Jason Edwin
En. Momin Angkap
En. Iskandar Nonche

Jabatan Kesihatan Negeri Johor

Dr. Badrul Hisham bin Abdul Samad

Jabatan Kesihatan Negeri Sarawak

Pn. Margareth Wong Ai Yung

Jabatan Kesihatan Negeri Selangor

Pn. Subbammah ap Bathisemman Chalam
En. Mohan Raj al Balakrishnan
En. Shahril Nizar bin Ismail

Jabatan Kesihatan Negeri Kelantan

Pn. Suzainal Azizi bin Shukri
Hj. Robi bin Mahmood

Kandungan

Prakata	ii
Penghargaan	iii
1. Latar belakang	1
2. Objektif	2
3. Skop Garis Panduan	3
4. Amalan Kawalan Infeksi	3
4.1 a) <i>Standard Precaution</i> Dalam Pengurusan Pesakit	3
b) <i>Amalan Standard Precaution</i> Di Makmal	4
4.1.1 Pembersihan Tangan Yang Efektif	4
a) Teknik Cucian Tangan dengan Sabun/Cecair Aseptik	5
b) Teknik Cucian Tangan Dengan <i>Hand Rub</i>	7
4.1.2 Pemakaian Alat Pelindungan Diri (<i>PPE</i>)	11
4.1.3 Penyelenggaraan Kebersihan Dan Pengurusan " <i>Spillage</i> "	16
4.1.4 Disinfeksi Dan Sterilisasi	18
4.1.5 Pengurusan Linen Kotor/Tercemar	20
4.1.6 Pengurusan Peralatan Tajam Dan Sisa Klinikal	22
4.1.7 Etika Batuk/Etika Respiratori	27
4.2 <i>Additional Precaution</i>	28
4.2.1 Jangkitan melalui Udara	28
4.2.2 Jangkitan melalui Titisian	29
4.2.3 Jangkitan melalui Sentuhan	29
5.0 Pencegahan Penyakit Berjangkit Di Kalangan Anggota Kesihatan	30
5.1 Saringan	30
5.2 Perlindungan Jangkitan PTB	30
5.3 Penyakit Berjangkit Melalui Darah	31
6.0 Latihan	34
6.1 Skop Latihan	34
6.2 Anggota Yang Pelu Diberi Latihan	34

7.0 Pendidikan Pesakit	35
8.0 Penyeliaan	35
9.0 Pemantauan	35
9.1 Pemantauan Dalaman	35
9.2 Pemantauan Luaran	36
10 Dokumentasi	37
11 Program Survelans Kesihatan Pekerjaan	37
12 Lampiran 1 <i>WHO Glove Use Information Leaflet</i>	40
Lampiran 2 Carta Alir Saringan Penyakit PTB	41
Lampiran 3 Carta Alir Proses Imunisasi Hepatitis B Bagi Kump. 1	42
Lampiran 4 Carta Alir Proses Imunisasi Hepatitis B Bagi Kump. 2	43
Lampiran 5 <i>Borang Management Of The Exposed Health Care Worker Section (OHU/SIS-2a)</i>	44
Lampiran 6 <i>Borang Epidemiology Section (OHU/SIS-1)</i>	45
Lampiran 7 <i>Process Flow On Notification Of Sharps Injury In Health Clinic/Dental Clinic In Health Side</i>	46
Lampiran 8 <i>Garis Panduan Link Nurse Kawalan Infeksi Peringkat Kesihatan Primer</i>	48
Lampiran 9 <i>Format Senarai Semak Audit Kawalan Infeksi Di Fasiliti Kesihatan Primer</i>	50
Lampiran 9A <i>Laporan Audit Kawalan Infeksi Di Fasiliti Kesihatan Primer (Ringkasan Fasiliti)</i>	64
Lampiran 9B <i>Laporan Audit Kawalan Infeksi Di Fasiliti Kesihatan Primer (Ringkasan Negeri)</i>	65
Lampiran 10 <i>Senarai Semak Peralatan Dan Bahan-Bahan</i>	67
Lampiran 11 <i>Tool Kit For Infection Control Training</i>	69
Lampiran 12 <i>Format Penilaian Praktikal Hand Hygiene</i>	71
Lampiran 13 <i>Format Laporan Latihan Kawalan Infeksi Di Fasiliti Kesihatan Primer</i>	73
13 Terminologi	74
14 Singkatan	76
15 Rujukan	77

Pengenalan

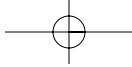
1. Latar Belakang

Kemunculan penyakit berjangkit yang baru seperti SARS dan H1N1 serta peningkatan semula kejadian penyakit berjangkit seperti PTB, HIV, Hepatitis B dan lain-lain telah mendorong perlunya ada program kawalan infeksi yang cekap dan berkesan di semua fasiliti kesihatan awam. Program ini merupakan aktiviti yang penting dalam mengekalkan kesihatan anggota-anggota kesihatan awam.

Program kawalan infeksi perlu diwujudkan dan diamalkan secara betul dan berterusan agar dapat mengawal berlakunya jangkitan. Kegagalan dalam amalan kawalan infeksi akan memudahkan penularan jangkitan silang dari pesakit ke anggota kesihatan dan kepada pesakit lain. Oleh itu, adalah penting untuk semua anggota kesihatan, pesakit, ahli keluarga pesakit dan rakan-rakan mematuhi kawalan infeksi secara serius. Pihak pengurusan juga memainkan peranan yang penting dalam memastikan pelaksanaan program ini berjalan dengan lancar.

Istilah '*Standard Precautions*' telah menggantikan istilah '*Universal Blood and Body Fluid Precaution*', dan '*Additional (transmission-based) Precaution*' mengganti istilah '*Universal Precautions*' dan '*Barrier Nursing*'.

Anggota kesihatan mesti menganggap darah dan cecair badan pesakit berpotensi menjadi punca jangkitan. Oleh itu, *Standard Precaution* perlu diamalkan untuk mengurangkan transmisi mikroorganisma. '*Additional Precaution*' boleh digunakan sebagai tambahan dalam pengawalan penyakit berjangkit melalui udara, titisan dan sentuhan di fasiliti kesihatan.



2. Objektif

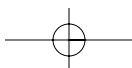
Objektif Umum

Garis panduan ini disediakan sebagai rujukan kepada anggota kesihatan dan pihak pengurusan untuk meningkat dan memperkukuhkan pelaksanaan aktiviti kawalan infeksi di fasiliti kesihatan primer.

Objektif Khusus

Menyediakan maklumat berkaitan:

- Amalan penting di dalam '*standard and additional (transmission-based) precaution*'.
- Prosedur pembersihan dan sucihama peralatan yang digunakan semula.
- Pengurusan sisa klinikal.
- Penggunaan Alat Perlindungan Diri (*PPE*) oleh anggota kesihatan dan pesakit didalam mencegah transmisi penyakit.
- Pencegahan penyakit berjangkit di kalangan anggota kesihatan.
- Sistem pemantauan aktiviti kawalan infeksi di fasiliti kesihatan primer.



3. Skop Garis Panduan

Skop garis panduan ini merangkumi pencegahan, pengawalan, latihan, promosi dan pengurusan infeksi secara bersepadu di peringkat fasiliti kesihatan primer.

4. Amalan Kawalan Infeksi

4.1 a) *Standard Precautions* Dalam Pengurusan Pesakit

Amalan *Standard Precautions* digunapakai semasa pengendalian semua pesakit tanpa mengira diagnosis dan status jangkitan pesakit.

lanya juga digunapakai semasa mengendalikan cecair badan pesakit seperti berikut:-

- Darah
- Cecair badan yang mengandungi darah
- Air mani
- *Sekresi vagina*
- *CSF, Amniotic, Pericardial, Pleural fluids* dan sebagainya.
- Urin
- Najis
- Kahak
- Muntahan

Elemen Penting Dalam Amalan *Standard Precaution*:

1. Pembersihan tangan yang efektif (*effective hand hygiene*)
2. Pemakaian Alat Perlindungan Diri (*PPE*) yang betul (*glove, mask, eye, gown, face shield, wellington boot*)
3. Penyelenggaraan kebersihan dan pengurusan "*spillage*"
4. Disinfeksi dan sterilisasi (*patient-care equipment*)
5. Pengurusan linen kotor/tercemar yang betul
6. Pengurusan peralatan tajam dan sisa klinikal yang betul
7. Etika batuk/Etika respiratori

4.1 b) Amalan *Standard Precaution* Di Makmal

(**Rujukan:** Buku Panduan Keselamatan Makmal Perubatan, Klinik Kesihatan Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga, Jabatan Kesihatan Awam, KKM, 2009)

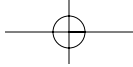
4.1.1 Pembersihan Tangan Yang Efektif (*Effective Hand Hygiene*)

Kaedah Cucian Tangan

Terdapat 4 kaedah di dalam pembersihan tangan yang efektif iaitu:-

1. Cucian tangan rutin
2. Cucian tangan aseptik
3. Cucian tangan dengan *hand rub*
4. Cucian tangan bagi tujuan pembedahan (*Surgical Hand Washing*)

(**Rujukan:** *Consensus statement on infection control measures in ICU by intensive care section, Malaysian Society of naesthesiologists in collaboration with anaesthetic & intensive care services MOH, 2009*).



Teknik Cucian Tangan

A. Teknik Cucian Tangan Dengan Sabun/Cecair Antiseptik (30-40 Saat)

i. Persediaan Sebelum Cuci Tangan



Basahkan tangan anda dengan air

Peringatan: Tanggalkan semua barangan kemas, jam tangan dan lain-lain.



Mengambil sabun atau cecair antiseptik secukupnya.

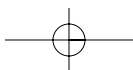
ii. Teknik Cucian Tangan (7 Langkah Pencucian Tangan)



1. Melekapkan kedua telapak tangan dan gosokkan kedua belah tapak tangan.



2. Lekap telapak tangan kanan di atas belakang tangan kiri dengan jari bersilang dan gosok. Ulangi langkah ini di tangan kiri.





3. Lekapkan kedua telapak tangan dengan jari bersilang dan gosok.



4. Genggam tangan kiri, lekap tangan kanan di belakang tangan kiri dan gosok ke arah bawah dengan meliputi semua bahagian. Ulangi langkah ini di tangan kanan.



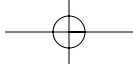
5. Gosokkan sekeliling ibu jari kiri dalam genggam telapak tangan kanan dan sebaliknya.



6. Kuncupkan jari tangan kanan di atas telapak tangan kiri dan gosok secara berputar ke hadapan dan ke belakang. Ulangi langkah di tangan kanan.



7. Gosokkan secara putaran di pergelangan tangan kanan dan begitu juga sebaliknya untuk tangan kiri. Bilas dengan air dan keringkan dengan tuala kertas pakai buang yang bersih.



B. Teknik Cuci Tangan Dengan *Hand Rub* (20-30 Saat)

i. Persediaan Sebelum *Hand Rub*



Mengambil *hand rub* secukupnya (3 ml).

Peringatan: Tanggalkan semua barangan kemas, jam tangan dan lain-lain. Gunakan '*Fast-acting antiseptic*' (contoh: *Alcohol based hand rub*)

ii. Teknik Cuci Tangan (7 Langkah Pencucian Tangan)



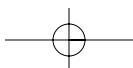
1. Gosokkan secara putaran ke depan dan ke belakang dengan genggam jari kiri di atas tangan kanan dan sebaliknya.

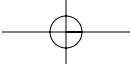


2. Melepapkan kedua telapak tangan dan gosokkan kedua belah tapak tangan.



3. Lekap telapak tangan kanan di atas belakang tangan kiri dengan jari bersilang dan gosok. Ulangi langkah ini di tangan kiri.





4. Lekapkan kedua telapak tangan dengan jari bersilang dan gosok.



5. Genggam tangan kiri, lekap tangan kanan di belakang tangan kiri dan gosok ke arah bawah dengan meliputi semua bahagian. Ulangi langkah ini di tangan kanan.

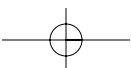


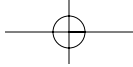
6. Gosokkan sekeliling ibu jari kiri dalam genggam telapak tangan kanan dan sebaliknya.



7. Gosokkan secara putaran di pergelangan tangan kanan dan begitu juga sebaliknya untuk tangan kiri.

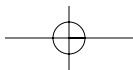
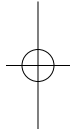
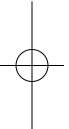
(Rujukan: *Hand Hygiene Handbook*, Unit Kualiti Bahagian Perkembangan Perubatan, MOH 2010).





Bila Amalan Kebersihan Tangan Perlu Dilaksanakan

Five Moments Of Hand Hygiene



Contoh *Five Moments Of Hand Hygiene*

01**Sebelum Menyentuh Pesakit****Contoh:**

Berjabat tangan, membantu pesakit untuk bergerak, pemeriksaan fizikal

02**Sebelum Melakukan Prosedur Aseptik****Contoh:**

Melakukan sedutan sekresi, pembersihan luka, memberi suntikan vaksin, mengambil darah

03**Selepas Terdedah Cecair Badan Yang Berisiko****Contoh:**

Mengambil spesimen darah, mengendalikannya sisa klinikal

04**Selepas Menyentuh Pesakit****Contoh:**

Berjabat tangan, membantu pesakit untuk bergerak, pemeriksaan fizikal

05**Selepas Menyentuh Persekitaran Pesakit****Contoh:**

Menukar sarung tilam

4.12 PEMAKAIAN ALAT PERLINDUNGAN DIRI (PPE)

Penggunaan *PPE* dapat menghalang anggota fizikal daripada terdedah kepada mikroorganisma. *PPE* dapat mengurangkan tetapi tidak menghapuskan risiko mendapat jangkitan. Ia memberi perlindungan dengan membantu mencegah mikroorganisma dari:

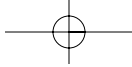
- Mencemarkan tangan, mata, rambut, pakaian dan kasut
- Tersebar kepada pesakit dan anggota kesihatan lain.

Bekalan *PPE* hendaklah berterusan dan anggota perlu menerima latihan penggunaan yang betul. Anggota kesihatan harus menyedari bahawa penggunaan *PPE* tidak menggantikan langkah asas kawalan jangkitan iaitu penjagaan kebersihan tangan.

Siapa Yang Perlu Menggunakan *PPE*

PPE perlu digunakan oleh:

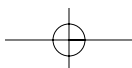
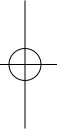
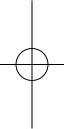
- a) Anggota kesihatan yang memberikan penjagaan langsung kepada pesakit dan berisiko terdedah kepada darah, cecair dan sekresi badan pesakit
- b) Anggota sokongan yang terdedah kepada darah, cecair dan sekresi badan pesakit.
- c) Anggota makmal yang mengendalikan spesimen dan prosedur.
- d) Anggota keluarga yang mengiringi pesakit yang mungkin terdedah kepada darah, cecair dan sekresi badan pesakit.



Prinsip Penggunaan *PPE*

Prinsip-prinsip tersebut dibawah perlu dipatuhi dalam penggunaan *PPE*

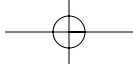
- a) Anggota kesihatan perlu mengetahui risiko terdedah kepada darah, cecair dan sekresi badan pesakit.
- b) *PPE* dipilih mengikut kesesuaian dengan risiko pendedahan.
- c) *PPE* yang telah tercemar tidak boleh dibawa keluar dari kawasan penjagaan pesakit.
- d) *PPE* yang telah tercemar dibuang ke dalam bekas sisa klinikal mengikut katogeri
- e) *PPE* tidak boleh dikongsi dengan orang lain.
- f) Tukar *PPE* dan cuci tangan setiap kali merawat pesakit.



Jenis-Jenis PPE Dan Penggunaan

Bil	PPE	Penggunaan
1.	Pelindung kepala (<i>cap</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Untuk melindungi bahagian rambut dan kepala.
2.	Sarung tangan (<i>gloves</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Untuk melindungi tangan (keperluan pemakaiannya adalah merujuk kepada <i>WHO glove use information leaflet (Lampiran 1)</i>. • <i>Double gloving</i> perlu digunakan bagi kes berisiko tinggi. • Sarung tangan perlu ditukar apabila melakukan prosedur yang berlainan walaupun pada pesakit yang sama.
3.	Alat pelindung pernafasan (<i>mask</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Untuk melindungi mulut dan hidung. • <i>Respirators</i> – melindungi saluran pernafasan dari jangkitan mikroorganisma bawaan udara. • Jenis-jenis alat pelindung pernafasan: <ul style="list-style-type: none"> a. ‘Surgical mask/3 ply mask’ <ul style="list-style-type: none"> o Perlu dipakai oleh anggota atau pesakit yang mengalami demam atau tanda-tanda jangkitan respiratori (<i>droplet precaution</i>) o Melakukan prosedur aseptik b. N95 <ul style="list-style-type: none"> o N95 Respirator dipakai oleh anggota yang menjalankan prosedur yang menghasilkan aerosol (cth: intubasi, <i>suctioning</i>) terhadap pesakit yang diketahui atau disyaki menghidap jangkitan respiratori. (<i>airborne precaution</i>) o ‘<i>Seal check</i>’ mesti dilakukan setiap kali menggunakan N95 Respirator.

Bil	PPE	Penggunaan
4.	Alat pelindung mata/ muka (<i>goggles face sheild</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Alat pelindung mata berfungsi untuk melindungi mata. • Alat pelindung muka berfungsi untuk melindungi muka, mulut, hidung dan mata. • Bagi alat yang boleh diguna semula ia perlu dibersihkan dan dibasmi kuman sebelum disimpan.
5.	Gaun dan apron plastik	<ul style="list-style-type: none"> • Gaun/apron yang bersih dan kalis air perlu dipakai untuk melindungi kulit dan pakaian. • Apron pakai buang lebih sesuai digunakan.
6.	<i>Wellington boots/</i> pelindung kasut	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Wellington boots</i> dan pelindung kasut melindungi bahagian kaki dan kasut. • <i>Wellington boots</i> yang telah digunakan perlu dibersihkan dan dibasmi kuman sebelum disimpan. • Pelindung kasut yang telah digunakan perlu dibuang kedalam bekas yang bersesuaian.



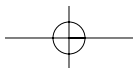
Contoh Alat Pelindungan Diri (PPE)



Alat perlindungan mata (*goggles*)



Face shield



4.13 PENYELENGGARAAN KEBERSIHAN DAN PENGURUSAN "SPILLAGE".

- a) Penyelenggaraan Kebersihan
- Pembersihan dijalankan secara berjadual dan berkala.
 - Semua peralatan dan persekitaran perlu bebas daripada cecair badan, habuk dan kotoran lain.
 - Kawasan klinikal perlu dibersihkan menggunakan kaedah '*wet mopping*' atau vakum.
 - Pembersihan lantai menggunakan mop dijalankan 2 kali sehari atau lebih kerap jika perlu di kawasan klinikal.

Mop ditag warna mengikut risiko lokasi.

	Putih	Untuk dilantai biasa dan ruangan pejabat
	Biru	Kawasan ruangan menunggu pesakit
	Hijau	Kawasan <i>Specialized</i> (bilik rawatan) dan " <i>spillages</i> "
	Merah	Tandas dan bilik utiliti kotor

- Penggunaan mop dilakukan dengan kaedah '*double bucket*'.
- Mop lantai dari kawasan/lokasi risiko rendah ke risiko tinggi.

- Kawasan yang berisiko tinggi (bilik rawatan, makmal) perlu dibersihkan dengan *high level disinfectant* sekurang-kurangnya 1 kali sehari.
- Mop perlu dibersihkan dan dikeringkan:
 - * Setiap kali selepas penggunaan.
 - * Secara rutin selepas pembersihan darah, cecair badan, sekresi dan kumuhan.
 - * Selepas membersihkan kawasan tercemar, bilik rawatan atau bilik pengasingan.

b) Pengurusan 'Spillage'

- 'Spillage kit' perlu sentiasa mudah diperolehi apabila berlaku kontaminasi tumpahan cecair badan pesakit.
- Kawasan yang mengalami tumpahan perlu dikuarantin dan diletakkan penanda.
- Bahan disinfeksi campuran *Sodium hypochlorite* perlu digunakan untuk pembersihan tumpahan cecair bahan pesakit;
 - * **Small spills:**
 - Gunakan bahan meresap seperti kertas tisu, mop dengan *Sodium hypochlorite* 1:10 dan buang sebagai sisa klinikal.
 - * **Large spills:**
 - Serap spillage menggunakan bahan meresap seperti kertas tisu, tuang *Sodium hypochlorite* 1:10, biarkan selama 5-10 min dan mop semula bahagian terlibat serta buang sebagai sisa klinikal.

atau

- Taburkan *chloride granules* dari luar ke dalam, biarkan selama 5-10 min. Sapu menggunakan berus dan penyodok sampah serta buang sebagai sisa klinikal. Mop kawasan terlibat dengan *Sodium hypochlorite* 1:100.
- Peralatan yang digunakan untuk membersihkan tumpahan cecair badan pesakit hendaklah jenis pakai-buang atau boleh didekontaminasikan.

4.14 DISINFEKSI & STERILISASI

DEFINISI

- **Disinfeksi:** Ia adalah satu proses untuk mengurangkan jumlah mikro organisma pada peralatan yang tercemar tetapi tidak termasuk spora.
- **Sterilisasi:** Ia adalah satu proses untuk mengeluarkan dan membunuh semua jenis mikro organisma termasuk spora.

Untuk mengelakkan jangkitan silang, peralatan perubatan yang boleh diguna semula perlu dibersihkan dan disterilkan bagi memastikan ianya bebas dari pencemaran mikro organisma dan spora.

Tahap pembersihan peralatan perubatan perlu berdasarkan kepada klasifikasi risiko, dan proses disinfeksi perlu dijalankan menggunakan bahan kimia yang sesuai.

Proses Disinfeksi Dan Sterilisasi

Jenis Disinfeksi	Kategori Peralatan	Kriteria	Contoh Peralatan
Memerlukan sterilisasi	Peralatan kritikal	<ul style="list-style-type: none"> Peralatan perubatan yang digunakan untuk prosedur <i>invasive</i> (menembusi tisu steril atau sistem vaskular). Peralatan dibeli sepatutnya steril atau disterilkan sebelum penggunaan. 	Alat pembedahan/ <i>vascular catheter</i> .
<i>High level</i>	Separa kritikal	<ul style="list-style-type: none"> Peralatan perubatan yang digunakan bersentuhan dengan membran mukosa atau kulit yang tidak <i>intact</i> sepatutnya bebas dari mikro organisma. Memerlukan <i>high level disinfection</i> dengan disinfeksi kimia. 	<i>Vaginal speculum, nebulizer cups</i> dan <i>flexible/rigid scope</i> .
<i>Intermediate level</i>	Separa kritikal	<ul style="list-style-type: none"> Sesetengah peralatan semi kritikal. 	Termometer kaca dan elektronik.
<i>Low level</i>	Tidak kritikal	<ul style="list-style-type: none"> Peralatan perubatan yang digunakan bersentuhan dengan kulit yang <i>intact</i> tetapi bukan membran mukosa. Memerlukan <i>low level disinfection</i> dengan disinfeksi kimia. 	<i>Bedpan, Blood Pressure Cuff, Ear Funnels, Kerusi Roda, Troli</i> dan Katil.

- a) Kaedah sterilisasi yang digunakan bergantung kepada kemudahan yang terdapat di fasiliti kesihatan berkenaan.
- b) Peralatan yang sensitif haba perlu disterilkan menggunakan kaedah tekanan bersuhu rendah.
- c) Semua peralatan dan perkakas dibungkus dan dilabelkan sebelum disterilkan menggunakan mesin *autoclave*.
- d) Proses sterilisasi perlu direkodkan.
- e) Mesin *autoclave* perlu diselenggara dan direkodkan.
- f) Kakitangan yang mengendalikan sucihama perlu menjalani latihan.
- g) Semua peralatan perubatan yang sudah disucihama perlu disimpan di tempat yang kering, bersih dan bebas dari habuk, haba, kelembapan dan disusun mengikut keperluan (*First In First Out/FIFO*).
- h) Jenis disinfeksi yang digunakan mestilah yang tersenarai dalam formulari ubat KKM.

(Rujukan: *MOH Guidelines For Selection And Use Of disinfectant*, KKM, 2007)

4.15 PENGURUSAN LINEN KOTOR/TERCEMAR

- a) Linen tercemar merupakan linen yang telah dicemari oleh cecair badan dan sekresi yang berisiko mendatangkan jangkitan.
- b) Gunakan *PPE* semasa mengendalikan linen.
- c) Jangan mengibas linen yang telah digunakan untuk mengurangkan penyebaran organisma berbahaya.
- d) Jangan lakukan proses pengasingan linen yang telah digunakan di tempat rawatan pesakit.
- e) Simpan linen yang bersih di tempat yang sesuai, didalam rak bertutup, diletakkan sekurang-kurangnya 4-6 inci jauh dari lantai, 2 inci dari dinding dan siling dan bertutup semasa pengangkutan.
- f) Linen untuk disucihama perlu dibalut sebelum di *autoclave*.

Proses Pengendalian Linen Kotor/Tercemar

Bil.	Kod Warna Bekas	Jenis Linen	Kaedah Pembersihan
1.	Putih	Linen yang telah digunakan tetapi tidak tercemar.	<ul style="list-style-type: none"> Cuci dengan detergen, bilas dengan air paip dan jemur dibawah matahari (Penggunaan <i>'heavy duty washing machine/dryers</i> adalah di sarankan).
2.	Merah	Linen tercemar.	<ul style="list-style-type: none"> Rendamkan linen yang tercemar dengan larutan <i>Sod. Hypochlorite 0.5%</i> selama 30 minit. Cuci dengan detergen, bilas dan jemur di bawah matahari untuk pengeringan.

Kod Warna Beg Linen Yang Perlu Ada Di Fasiliti Kesihatan



4.16 PENGURUSAN PERALATAN TAJAM DAN SISA KLINIKAL

Klasifikasi Sisa

Sisa pembuangan dari fasiliti kesihatan dibahagikan kepada lima kategori iaitu:

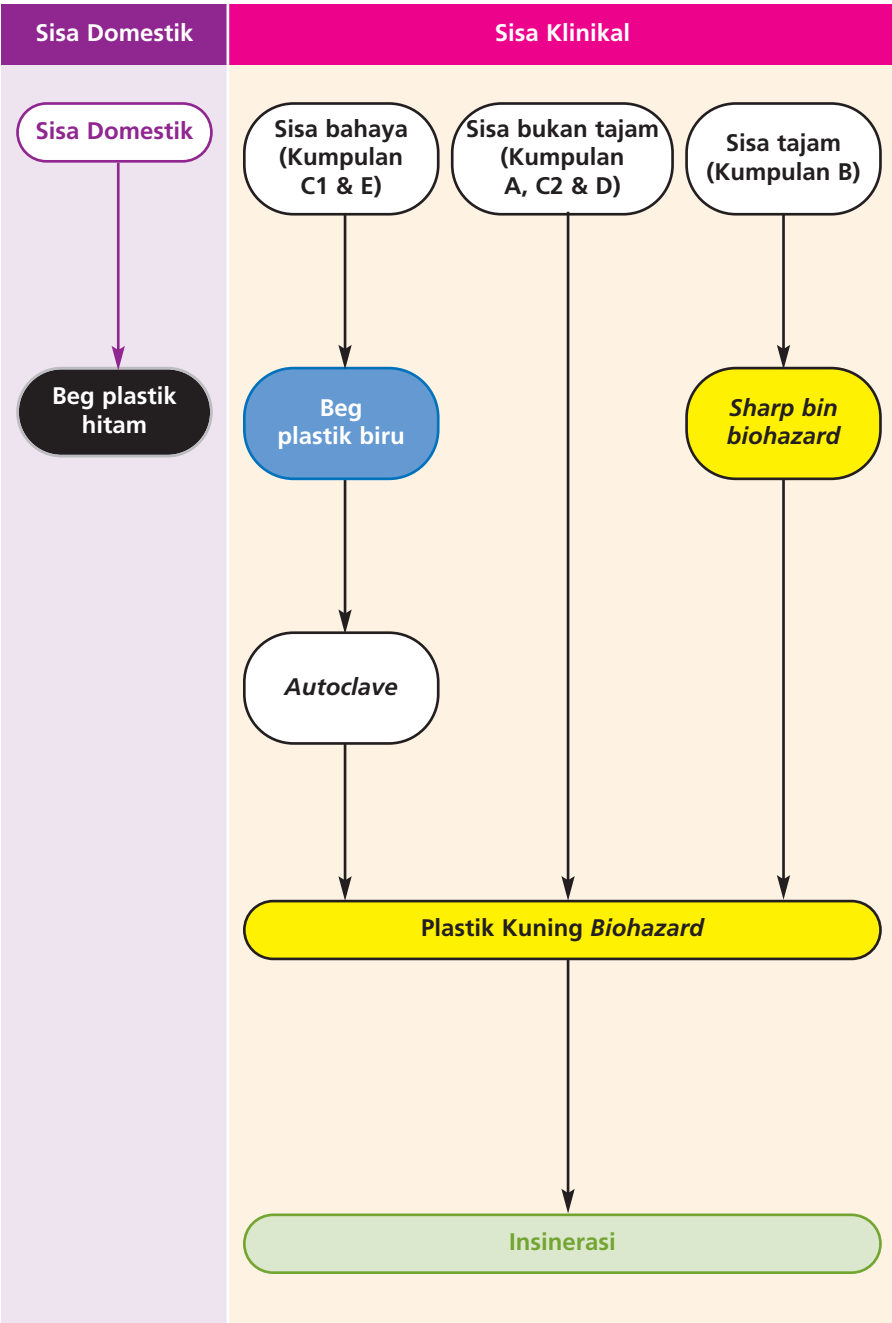
- Sisa Klinikal
- Sisa Radioaktif
- Sisa Kimia
- Sisa Bekas *Pressurized*
- Sisa Domestik (Am)

Sisa klinikal merupakan sisa pembuangan yang berpotensi menyebabkan jangkitan penyakit dan memerlukan sistem pengurusan yang selamat.

Kumpulan Sisa Klinikal

Kumpulan	Jenis Sisa Klinikal
A	Sisa terhasil dari tubuh badan manusia seperti darah, nanah, biopsi, organ-organ manusia, <i>swab</i> , <i>gauze</i> dan plaster yang digunakan.
B	Peralatan tajam yang boleh mencederakan seperti jarum, picagari, <i>scalp/razor blade</i> , <i>cuvette</i> , <i>pipette</i> , <i>ampule</i> , <i>vial</i> dan lain-lain.
C	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kahak, najis, <i>stool specimen</i>, cecair badan, darah, bekas darah dan lain-lain. 2. Sisa hasilan makmal patologi, hematologi, mikrobiologi dan forensik cth: bahan dari spesimen makmal seperti <i>expired blood</i>, <i>blood components</i>, <i>culture plate</i>, tisu surgikal.
D	Sisa dari farmasi - ubat-ubatan, <i>vaccine</i> dan serum
E	Bahan pakai buang seperti <i>bedpan liners</i> , <i>disposable urine container/bag</i> , <i>Incontinent bag</i> dan <i>stoma bag</i> . (Tidak digunakan di peringkat fasiliti kesihatan primer).

Pengasingan Sisa Klinikal



Tatacara Pengurusan Bekas Yang Digunakan

Bekas Yang Digunakan	Tatacara Pengurusan
Plastik kuning <i>biohazard</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Plastik kuning <i>biohazard</i> perlu diletakkan di dalam 'container' kuning bertanda 'biohazard' dan sentiasa bertutup. • Plastik kuning <i>biohazard</i> yang telah penuh diikat ketat. Pastikan pengendalian bag sisa klinikal diminimumkan. • Plastik kuning <i>biohazard</i> perlu dikeluarkan dari kawasan klinikal setiap hari dan simpan di tempat simpanan sementara. • Dua lapisan plastik kuning <i>biohazard</i> perlu digunakan untuk sisa klinikal dari penyakit berjangkit yang berisiko tinggi dan sisa klinikal yang berat seperti plasenta.
<i>Sharp Bin</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sharp Bin</i> digunakan untuk sisa jarum/peralatan tajam sahaja. • <i>Sharp Bin</i> yang digunakan perlu mengikut spesifikasi KKM dan diagihkan berdasarkan saiz dan kapasiti penggunaan. • <i>Sharp Bin</i> perlu sentiasa tersedia di lokasi di mana prosedur dijalankan (cth: suntikan, pengambilan darah). • Tulis tarikh mula digunakan pada penutup <i>Sharp Bin</i>. • <i>Sharp Bin</i> yang telah mencapai paras 3/4 perlu ditutup rapat dan dimasukkan dalam plastik kuning <i>biohazard</i> dan diikat serta dilabelkan tarikh. • <i>Sharp Bin</i> perlu ditukar mengikut mana-mana yang dahulu: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Apabila kandungannya mencapai paras 3/4 penuh <p style="text-align: center;">atau</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Sekurang-kurangnya 1 kali seminggu (jika kandungan tidak mencapai paras 3/4 penuh) <p>(Rujukan: Surat Bahagian Perkhidmatan Kejuruteraan bertarikh 5 April 2005, Bil(7)KKM-153/(90/KWS/1) Bhg.8)</p>

Bekas Yang Digunakan	Tatacara Pengurusan
Plastik biru <i>Biohazard</i>	<ul style="list-style-type: none"> Sisa klinikal yang perlu didisinfeksi dimasukkan ke dalam beg plastik biru <i>biohazard</i>. Beg plastik biru <i>biohazard</i> perlu diletakkan di dalam 'container' kuning bertanda '<i>biohazard</i>' dan sentiasa bertutup. Setelah didisinfeksi, masukkan ke dalam beg plastik kuning <i>biohazard</i> untuk dilupuskan.
<i>Biohazard Bin</i>	<ul style="list-style-type: none"> Semua <i>Biohazard Bin</i> perlu di cuci sekurang-kurangnya setiap minggu atau lebih kerap bila perlu.

Tatacara Penyimpanan Dan Penghantaran Sisa Klinikal

Proses	Tatacara
Simpanan Sementara	<ol style="list-style-type: none"> Bagi mengelakkan pengumpulan dan dekomposisi sisa, sisa klinikal perlu dikumpulkan secara harian. Sisa klinikal dikumpul di tempat simpanan sementara yang selamat. Kawasan simpanan sementara merupakan kawasan di mana bekas yang lebih besar diletakkan sebelum dialihkan ke tempat simpanan berpusat.
Pengangkutan Dalam	<ol style="list-style-type: none"> Pengangkutan dari tempat simpanan sementara ke tempat simpanan berpusat perlu menggunakan <i>wheelie bin</i> atau troli khas. Peralatan yang digunakan untuk mengangkut sisa klinikal didisinfeksi dan dibersihkan secara menyeluruh selepas digunakan.
Simpanan Sisa Berpusat	<ol style="list-style-type: none"> Saiz tempat simpanan sisa berpusat perlu berdasarkan kepada kapasiti sisa yang disimpan serta kekerapan pengumpulan sisa tersebut. Tempat tersebut juga perlu mudah dibersihkan serta mempunyai pencahayaan dan pengudaraan yang baik serta selamat dari gangguan makhluk perosak.

Proses	Tatacara
	<ul style="list-style-type: none"> c. Tempoh simpanan sisa klinikal di tempat simpanan berpusat seharusnya tidak melebihi 24-48 jam. d. Bilik sejuk (4-6^oC) disarankan sebagai tempat simpanan sisa berpusat, jika sisa klinikal perlu disimpan dalam kuantiti yang banyak melebihi 48 jam.
Pengangkutan dan penghantaran untuk pelupusan	<ul style="list-style-type: none"> a. Pengangkutan sisa klinikal dari tempat simpanan berpusat untuk tujuan pelupusan perlu menggunakan kenderaan yang khusus. b. Penghantaran sisa klinikal perlu direkodkan dan dipastikan mudah dikesan. c. Kenderaan yang digunakan untuk pengangkutan sisa klinikal perlu didisinfeksi selepas penghantaran.
Rawatan dan Pelupusan akhir sisa	<ul style="list-style-type: none"> a. Sisa klinikal merupakan sisa berjadual di mana pelupusannya adalah tertakluk kepada <i>Environmental Quality (Scheduled Wastes) Regulations, 2005</i>.

4.17 ETIKA BATUK/ETIKA RESPIRATORI

Batuk yang dikeluarkan oleh pesakit yang mempunyai masalah jangkitan saluran respiratori juga boleh menjadi penyumbang kepada penyebaran organisma.

Etika batuk perlulah diamalkan bagi mencegah penyebaran organisma yang boleh menyebabkan transmisi penyakit.



Gunakan kertas tisu untuk menutup mulut semasa anda batuk atau bersin



Buang tisu yang digunakan ke dalam tong sampah



Sentiasalah membasuh tangan dengan menggunakan air dan sabun atau '*alcohol based hand rub*' untuk membersihkan tangan anda



Pakailah '*surgical mask*' apabila anda menghidap batuk atau selsema

4.2 Additional Precautions

Additional Precautions dilaksanakan bila mana langkah-langkah *standard precautions* yang diamalkan tidak dapat membendung transmisi jangkitan di fasiliti kesihatan;

4.2.1 Transmisi Jangkitan Melalui Udara (*H1N1, PTB, Measles*)

Jenis Langkah Kawalan	Tindakan
Penempatan Pesakit	<ul style="list-style-type: none"> i. Sistem <i>triage</i> & ruang menunggu berasingan ii. Bilik pemeriksaan dilengkapi dengan kemudahan pengudaraan mekanikal '<i>negative pressure</i>' iii. Menggunakan pengudaraan semulajadi jika tiada kemudahan pengudaraan '<i>negative pressure</i>'
Perlindungan Respiratori	<ul style="list-style-type: none"> i. Anggota kesihatan; Respirator <i>N95</i> ii. Pesakit/pelanggan disyaki <i>PTB</i>; <i>3 ply Mask</i>
Pengkangkutan Pesakit	<ul style="list-style-type: none"> i. Pesakit/pelanggan perlu memakai <i>surgical mask</i> ii. Hadkan pergerakan pesakit

422 Transmisi Jangkitan Melalui Titisan (Nipah, Mumps, Rubella, Influenza, SARS)

Jenis Langkah Kawalan	Tindakan
Penempatan Pesakit	<ul style="list-style-type: none"> i. Implementasi '<i>standard precautions</i>' ii. Bilik pemeriksaan dilengkapi dengan kemudahan pengudaraan mekanikal '<i>negative pressure</i>' iii. Menggunakan pengudaraan semulajadi jika tiada kemudahan pengudaraan '<i>negative pressure</i>'
Perlindungan Respiratori	<ul style="list-style-type: none"> i. Anggota kesihatan; Guna <i>surgical mask</i> ii. Semasa membuat pemeriksaan/prosedur: pastikan jarak 1-2 meter daripada pesakit
Pengangkutan Pesakit	<ul style="list-style-type: none"> i. Pesakit/pelanggan perlu memakai <i>surgical mask</i> ii. Hadkan pergerakan pesakit

423 Transmisi Jangkitan Melalui Sentuhan (*Herpes Simplex, MRO, MRSA*)

Jenis Langkah Kawalan	Tindakan
Penempatan Pesakit	- Nil -
Perlindungan Respiratori	<ul style="list-style-type: none"> i. Anggota Kesihatan; Basuh tangan dengan antiseptik selepas melakukan pemeriksaan/prosedur ii. Guna sarung tangan pakai-buang
Pengangkutan Pesakit	<ul style="list-style-type: none"> i. Hadkan pergerakan pesakit

5. Pencegahan Penyakit Berjangkit Di Kalangan Anggota Kesihatan

Pencegahan penyakit berjangkit di kalangan anggota kesihatan merupakan kerjasama di antara pihak majikan dan pihak pekerja. Mengikut Akta Keselamatan dan Kesihatan Pekerjaan 2004, pihak majikan perlu memastikan tempat kerja yang selamat dan sihat manakala pihak pekerja perlu mengikut arahan majikan dalam usaha mengekalkan kesihatan dan keselamatan di tempat kerja.

Beberapa aktiviti kesihatan dan keselamatan dijalankan untuk anggota-anggota KKM di bawah Unit Kesihatan Pekerjaan, Bahagian Kawalan Penyakit, KKM. Aktiviti-aktiviti yang dijalankan adalah seperti berikut:

5.1 Saringan

Saringan Pra Pengambilan

Anggota kesihatan akan menjalani saringan penyakit semasa saringan pra pengambilan

Saringan Pra Penempatan

Anggota yang terlibat didalam penjagaan pesakit (*patient care*) termasuk Juruteknologi Makmal Perubatan perlu menjalani saringan kesihatan sebelum memulakan tugas di klinik kesihatan. **(Rujukan "Guidelines On Prevention and Management of Tuberculosis for Health Carre Workers In Ministry of Health Malaysia")**.

Saringan Dalam Perkhidmatan

Anggota kesihatan termasuk Juruteknologi Makmal Perubatan yang terlibat didalam pengendalian pesakit TB juga perlu menjalani saringan kesihatan secara berkala. Anggota yang menunjukkan tanda-tanda peyakit TB perlu menjalani saringan dan dirawat sekiranya didapati mengidap TB.

5.2 Perlindungan Jangkitan PTB

Semua anggota di fasiliti kesihatan yang ada mengendalikan kes PTB perlu menjalani pemeriksaan pra penempatan menggunakan kaedah borang OHU TB-1 termasuk ujian saringan untuk Penyakit TB. Saringan ini bertujuan untuk mengenalpasti anggota KKM yang memiliki tanda dan gejala penyakit PTB supaya langkah-langkah pencegahan dan kawalan dapat dilaksanakan. Saringan ini akan dilaksanakan pada peringkat berikut;

- Saringan Pra Pekerjaan
- Saringan Berkala **atau**
- Jika ada simptomatik

(**Lampiran 2**): Carta Aliran Saringan Penyakit PTB)

Mana-mana fasiliti kesihatan yang mengendalikan kes PTB mesti mempunyai Program Alat Lindung Diri dimana semua pekerja yang bertugas di fasiliti ini akan diwajibkan memakai alat lindung diri yang dibekalkan semasa berada di fasiliti ini. Adalah menjadi tanggungjawab Ketua Jabatan dalam memastikan alat lindung diri yang dibekalkan bersesuaian dan sentiasa mencukupi. Pemakaian alat diri yang dibekalkan dikalangan para pekerja mesti sentiasa dipantau.

(**Rujukan**: "Guidelines On Prevention and Management of Tuberculosis for Health Care Workers In Ministry of Health Malaysia").

5.3 Penyakit Berjangkit Melalui Darah

a) Program Imunisasi Hepatitis B Untuk Anggota KKM

Imunisasi Hepatitis B

Program Imunisasi Hepatitis B Bagi Anggota Kementerian Kesihatan Malaysia, dijalankan bagi anggota yang mengendalikan atau terdedah kepada cecair badan pesakit. Anggota kesihatan perlu mendapatkan imunisasi Hepatitis B yang lengkap (Tiga dos) dan membuat ujian saringan pos-imunisasi (Anti-HBs) dalam tempoh satu hingga dua bulan daripada tarikh dos ke tiga diperolehi (**Rujuk** Carta 3 & 4). Sekiranya anggota kesihatan tersebut telah melalui proses imunisasi Hepatitis B (Samada Kump.1 atau Kump.2) dan masih tidak reaktif, anggota kesihatan terbabit perlu dirujuk kepada Pakar Perubatan untuk kaunseling pekerjaan.

(**Rujukan**: Garis Panduan Pelaksanaan Program Imunisasi Hepatitis B Bagi Anggota Kementerian Kesihatan Malaysia, Terbitan Unit Kesihatan Pekerjaan, Bahagian Kawalan Penyakit KMM] Edisi Kedua 2011)

(**Lampiran 3**: Carta Alir Proses Imunisasi Heb B Bagi Kumpulan 1)

(**Lampiran 4**: Carta Alir Proses Imunisasi Heb B Bagi Kumpulan 2)

b) Program *Sharps Injury Surveillance*

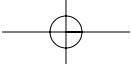
Kecederaan akibat alatan tajam adalah kecederaan yang boleh membawa kemudaratan kepada kesihatan anggota jika terdapat pendedahan kepada penyakit berjangkit seperti Hepatitis B, Hepatitis C dan HIV disebabkan pencemaran alatan tajam dengan darah pesakit. Program *Sharps Injury Surveillance* telah dimulakan dalam tahun 2007.

Langkah-langkah yang perlu di ambil selepas terdedah kepada kecederaan akibat benda tajam:

- Tindakan perlu diambil untuk membersihkan luka dan mendapat rawatan dengan serta merta.
- Insiden kecederaan akibat benda tajam perlu dilaporkan oleh anggota kesihatan terbabit kepada penyelia lokasi dengan segera.
- Penyelia Lokasi perlu merujuk anggota kesihatan terbabit kepada Pakar Perubatan Keluarga dengan segera, dalam masa 24 jam untuk penilaian dan rawatan pasca pendedahan (*post exposure prophylaxis*). Penilaian risiko kes perlu dilakukan oleh Pakar Perubatan menggunakan (Borang SIS 2a.) (**Lampiran 5**)

(Rujukan: *Guidelines on Occupational Exposures to HIV, Hepatitis B and Hepatitis C and recommendations for Post Exposure Prophylaxis*).

- Notifikasi kes perlu dibuat oleh Penyelia Lokasi kepada Setiausaha Jawatankuasa Keselamatan dan Kesihatan Pekerjaan yang akan menyasiat kes tersebut.
- Borang SIS 1 dan Registri *Sharps Injury* perlu diisi oleh Setiausaha Jawatankuasa Keselamatan dan Kesihatan Pekerjaan dan dihantar ke Unit Kesihatan Pekerjaan dan Alam Sekitar di Jabatan Kesihatan Negeri. (**Lampiran 6**)
- Jika kecederaan berlaku di luar waktu pejabat laporan boleh dibuat kepada Ketua Jururawat Yang Menjaga atau Jururawat Kesihatan Awam Yang Menjaga atau Penolong Pegawai Perubatan Yang Menjaga yang bertugas atas panggilan (*on-call*).



Langkah-Langkah Membersih Luka Akibat Benda Tajam:



Galakkan pendarahan dari luka akibat benda tajam dengan memicit secara lembut.

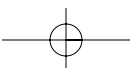


Basuh luka dengan sabun dan air bersih



Balut luka dengan pembalut luka kalis air

Rujukan: Carta Alir Pengurusan Kecederaan Akibat Benda Tajam **(Lampiran 7).**



6. Latihan

Latihan dalam kawalan infeksi dan protokol melakukan kerja dengan cara selamat merupakan langkah yang pertama dan paling penting dalam usaha pencegahan penyakit berjangkit.

Latihan diberi semasa orientasi anggota baru dan juga secara berkala untuk mengukuhkan konsep pencegahan dan amalan kawalan infeksi.

6.1 Skop Latihan

Skop latihan yang dijalankan perlu merangkumi:-

- a. Organisasi dalam kawalan infeksi
- b. Epidemiologi penyakit berjangkit
- c. Kesihatan dan keselamatan di tempat kerja
- d. *Standard Precautions*
- e. *Standard Precautions for Laboratory Services*
- f. *Additional Precautions*
- g. Program pencegahan penyakit berjangkit di kalangan anggota kesihatan
- h. Prosedur pengurusan anggota terdedah kepada jangkitan penyakit
- i. Pendidikan pesakit berkenaan kawalan infeksi
- j. Pemantauan dalam aktiviti kawalan infeksi

6.2 Anggota Yang Perlu Diberi Latihan

- a) Anggota kesihatan yang memberikan penjagaan langsung kepada pesakit dan berisiko terdedah kepada darah, cecair dan sekresi badan pesakit.
- b) Anggota sokongan yang berisiko terdedah kepada darah, cecair dan sekresi badan pesakit.
- c) Anggota makmal yang mengendalikan spesimen dan prosedur.

7. Pendidikan Pesakit

- a) Pesakit dan pelanggan yang mengunjungi fasiliti kesihatan juga perlu diberi pendedahan berkenaan amalan kawalan jangkitan bagi mengelakkan penularan jangkitan.
- b) Antara amalan kawalan jangkitan yang perlu diberi perhatian;
 - Etika batuk
 - Kebersihan tangan
 - Penggunaan *PPE*
- c) Pendidikan pesakit boleh dilaksanakan melalui ceramah, khidmat nasihat dan penyebaran maklumat melalui media cetak dan elektronik.

8. Penyeliaan

Penyeliaan dalaman diperingkat klinik kesihatan perlu dilaksanakan oleh *Link Nurse* yang dilantik.

Kekerapan penyeliaan dalaman dilaksanakan mengikut kesesuaian dan kemampuan setempat.

Rujukan: Garis Panduan Lantikan *Link Nurse* Di Klinik Kesihatan (**Lampiran 8**).

Rujukan: Senarai Semak Audit (**Lampiran 9**).

9. Pemantauan

9.1 Pemantauan Dalaman

Pemantauan dalaman dilaksanakan oleh *Link Nurse* yang dilantik dengan menggunakan format Senarai Semak Audit Kawalan Infeksi Di Fasiliti Kesihatan Primer (**Lampiran 9**) yang disediakan.

Tindaksusul dan langkah penambahbaikan perlu diambil terhadap hasil pemantauan yang dijalankan. Laporan hasil pemantauan perlu disediakan berdasarkan format Laporan Audit Kawalan Infeksi Di Fasiliti Kesihatan Primer (Ringkasan Fasiliti) (**Lampiran 9A**) dan disimpan diperingkat fasiliti kesihatan untuk tujuan semakan oleh pasukan audit dan penyediaan laporan.

Secara keseluruhannya, Pakar Perubatan Keluarga/Pegawai Perubatan Yang Menjaga fasiliti kesihatan primer bertanggungjawab dalam memantau pelaksanaan tugas *Link Nurse*. Secara tidak langsung Pakar Perubatan Keluarga/Pegawai Perubatan Yang Menjaga juga bertanggungjawab dalam memastikan aktiviti kawalan infeksi dilaksanakan diperingkat fasiliti masing-masing.

9.2 Pemantauan Luaran

Pemantauan luaran pelaksanaan aktiviti kawalan infeksi diperingkat fasiliti kesihatan primer dilaksanakan oleh Jabatan Kesihatan Negeri bersama-sama anggota dari Pejabat Kesihatan Daerah melalui lawatan audit yang dibuat dua kali setahun (setiap enam bulan) dengan menggunakan format Senarai Semak Audit Kawalan Infeksi Di Fasiliti Kesihatan Primer (**Lampiran 9**) yang disediakan. Ahli pasukan audit perlulah dilantik dari kalangan anggota yang telah dilatih dalam kawalan infeksi.

Pihak Jabatan Kesihatan Negeri hendaklah membuat pemilihan sekurang-kurangnya tujuh (7) buah fasiliti kesihatan primer merangkumi KK, KD, K1M dan KB1M dalam setiap pusingan pengauditan. Pemilihan fasiliti dilakukan secara *random sampling* dari senarai fasiliti yang ada.

- **Penghantaran Laporan**

Data hasil penemuan audit yang dijalankan perlu dikompilasi dan dihantar ke Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga dengan menggunakan format Laporan Audit Kawalan Infeksi Di Fasiliti Kesihatan Primer (Ringkasan Negeri) (**Lampiran 9B**) yang disediakan.

Pasukan audit juga perlu memaklumkan hasil audit dan mencadangkan langkah penambahbaikan yang perlu diambil kepada fasiliti kesihatan primer yang diaudit. Ini adalah bagi memastikan pembelajaran dan penambahbaikan yang berterusan.

Laporan JKN (Ringkasan Negeri) perlu dihantar ke Ibu Pejabat (BPKK) **sebelum atau pada 30 Julai (Pusingan 1)** dan **30 Januari (Pusingan 2)** dalam bentuk *softcopy* (melalui email) dan *hardcopy* (melalui surat) selepas disemak dan diakui oleh Pengarah/TPKN (KA).

- **Pengiraan Pencapaian Audit**

$$\text{Cara Pengiraan Peratus Pematuhan} = \frac{\text{Bilangan Mematuhi (a)}}{\text{Jumlah Bilangan Elemen - Bilangan Tidak Berkaitan (c)}} \times 100$$

Ruang bagi Peratus Pematuhan dan Indeks mematuhi (Berdasarkan *weightage*) yang ditetapkan **tidak perlu diisi**. Hasil akan dikira apabila juruaudit memasukkan hasil penemuan audit (a, b, c) ke dalam format senarai semak yang disediakan. Pasukan Audit bersama Pegawai Kesihatan Primer Negeri perlu mengadakan perbincangan bagi mengenalpasti kelemahan dalam pelaksanaan kawalan infeksi dan langkah penambahbaikan yang perlu diambil.

10. Dokumentasi

Maklumat yang perlu didokumentasi di peringkat fasiliti kesihatan primer adalah:-

Bil	Dokumentasi	Tempoh Masa
10.1	Inventori peralatan dan keperluan didalam kawalan infeksi (Rujukan: Lampiran 10)	Bulanan
10.2	Aktiviti latihan dalam kawalan infeksi yang dijalankan	Enam Bulan
10.3	Bilangan anggota yang telah dilatih	Enam Bulan
10.4	Hasil penemuan audit yang dijalankan	Enam Bulan
10.5	Tusukan jarum dan alatan tajam (<i>Sharp injury</i>) dikalangan anggota	Mengikut metodologi <i>Sharp Injury Surveillance</i> sedia ada

11. Program Survelans Kesihatan Pekerja

Setiap fasiliti dikehendaki membuat notifikasi kes-kes kemalangan, penyakit pekerjaan dan kecederan disebabkan oleh alatan tajam kepada Unit KPAS Jabatan Kesihatan Negeri dalam tempoh masa 4 hari.

(Rujukan: Garis panduan Notifikasi dan Garis Panduan *Sharp Injury Surveillance*, Bahagian Kawalan Penyakit).

Notifikasi kes kemalangan dan penyakit pekerjaan adalah wajib dibawah Akta Keselamatan dan Kesihatan Pekerjaan 1994 di mana notifikasi perlu dilakukan oleh Unit KPAS, JKN kepada Jabatan Keselamatan dan Kesihatan Pekerjaan Negeri dalam masa 7 hari daripada kejadian.

- a) Notifikasi Kemalangan dan kecederaan di kalangan anggota-anggota KKM. Notifikasi kemalangan dan kecederaan adalah menggunakan borang WEHU A1 dan A2. Ini adalah untuk setiap kemalangan dan kecederaan tidak termasuk kecederaan oleh alatan tajam. Manakala kes "splash" dilapor menggunakan borang A1/A2 juga.
- b) Notifikasi Penyakit Pekerjaan di kalangan anggota-anggota KKM.
- c) Notifikasi kecederaan di sebabkan alatan tajam di kalangan anggota-anggota KKM. Notifikasi ini adalah dilakukan menggunakan borang SIS-1 dan borang ini perlu dihantar kepada Unit KPAS, Jabatan Kesihatan Negeri dalam tempoh masa 1 bulan.

Borang-Borang Notifikasi

Borang	Perkara
Borang Notifikasi Kemalangan Dan Kecederaan	
WEHU A1 & A2	Kemalangan, Kecederaan dan Kes "Splash"
Borang Notifikasi Kecederaan Di Sebabkan Alatan Tajam	
SIS-1	Kecederaan di sebabkan alatan tajam di kalangan anggota-anggota KKM
Borang Notifikasi Penyakit Pekerjaan	
WEHU D1& D2	Penyakit Pekerjaan selain daripada masalah pendengaran, penyakit paru-paru dan kulit.
WEHU E1& E2	Masalah hilang pendengaran akibat pekerjaan
WEHU L1& L2	Penyakit paru-paru pekerjaan
WEHU S1& S2	Penyakit kulit pekerjaan

Lampiran

STERILE GLOVES INDICATED

Any surgical procedure;
vaginal delivery; invasive
radiological procedures;
performing vascular access
and procedures (central lines);
preparing total parental nutrition
and chemotherapeutic agents.

EXAMINATION GLOVES INDICATED IN CLINICAL SITUATIONS

Potential for touching blood, body fluids, secretions,
excretions and items visibly soiled by body fluids.

DIRECT PATIENT EXPOSURE: Contact with blood; contact with
mucous membrane and with non-intact skin; potential presence of
highly infectious and dangerous organism; epidemic or emergency
situations; IV insertion and removal; drawing blood; discontinuation
of venous line; pelvic and vaginal examination; suctioning non-closed
systems of endotracheal tubes.

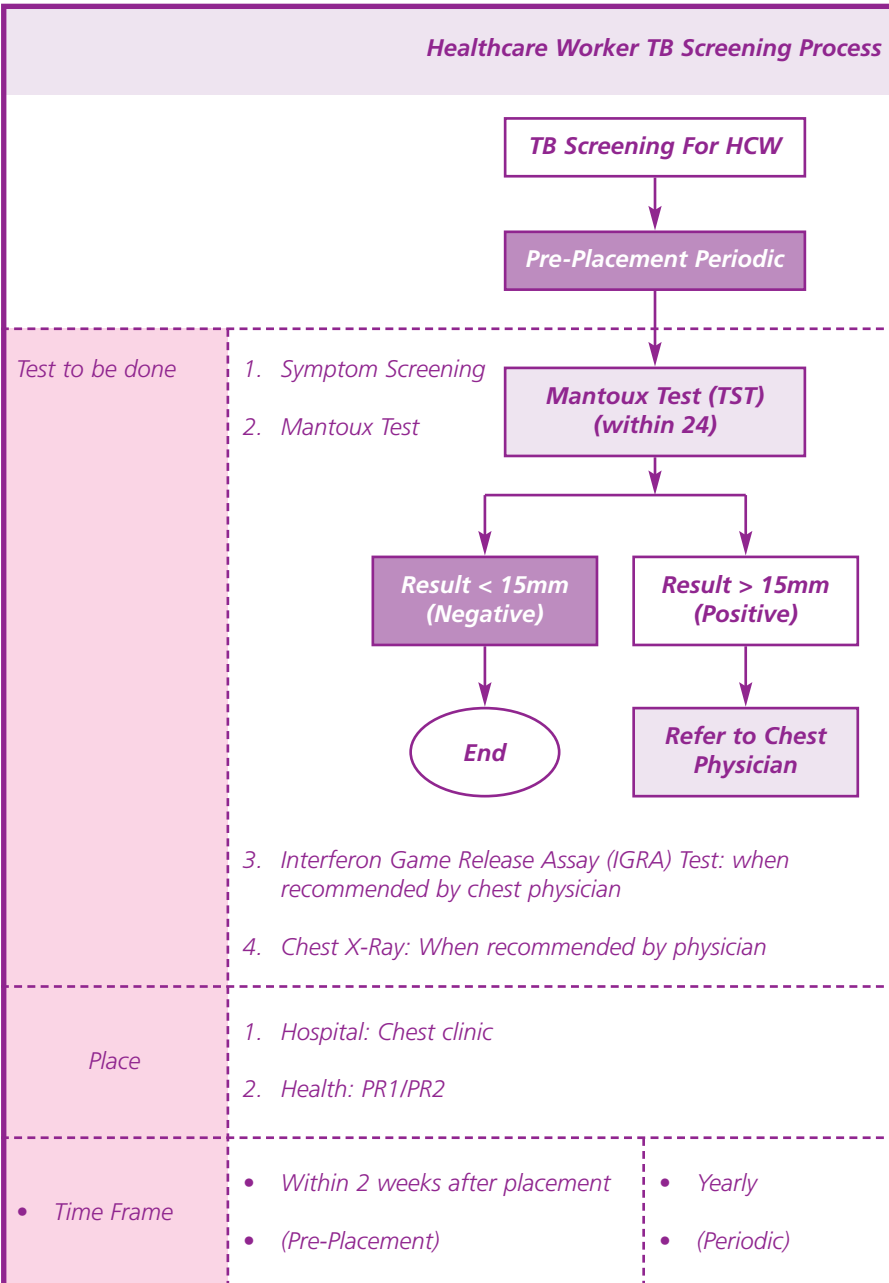
INDIRECT PATIENT EXPOSURE: Emptying emesis basins; handling/ cleaning
instruments; handling waste; cleaning up spills of body fluids.

GLOVES NOT INDICATED (excepts for CONTACT precautions)

No potentials for exposure to blood or body fluids or contaminated environment

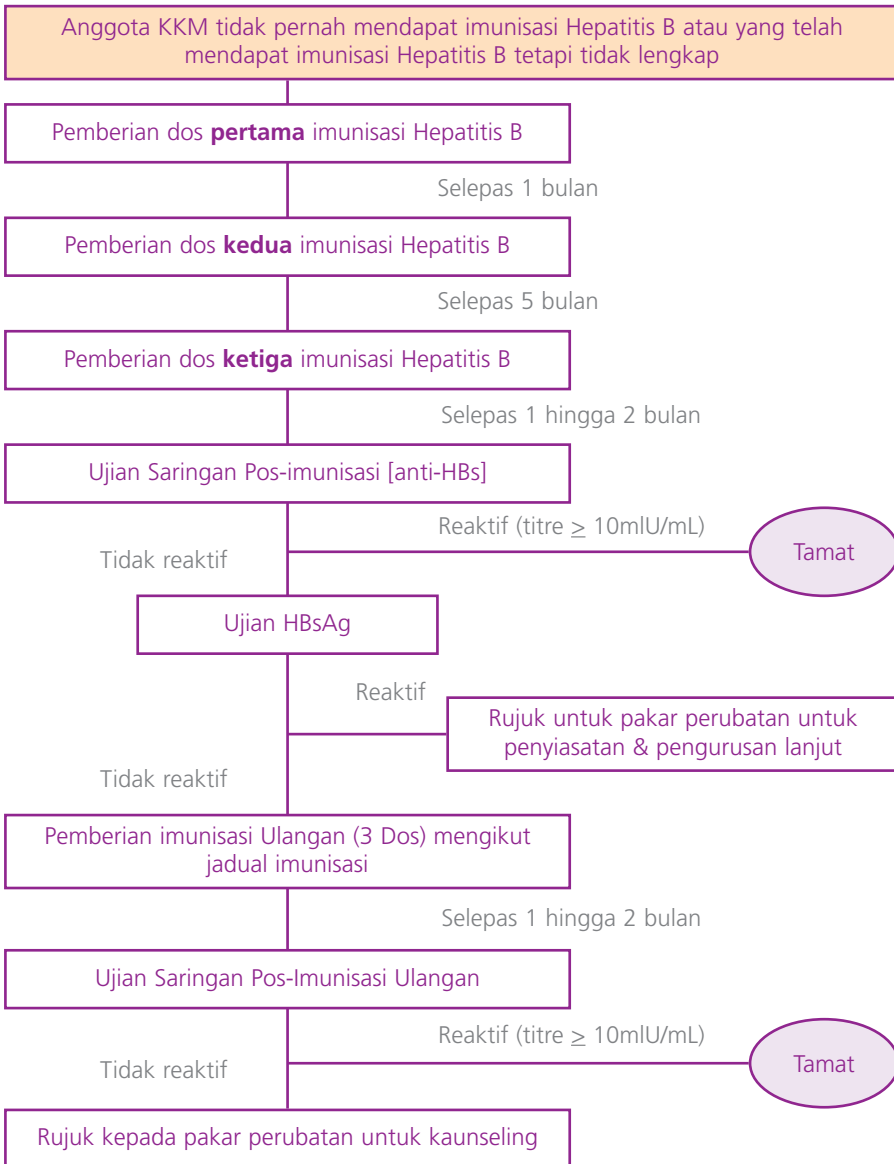
DIRECT PATIENT EXPOSURE: Taking blood pressure, temperature and pulse; performing SC
and IM injections; bathing and dressing the patients; transporting patient; caring for eyes and ears
(without secretions); any vascular line manipulation in absence of blood leakage.

INDIRECT PATIENT EXPOSURE: Using the telephone; writing in the patient chart; giving oral medications;
distributing or collecting patient dietary trays; removing and replacing linen for patient bed; placing non-invasive
ventilation equipment and oxygen cannula; moving patient furniture.



Carta Alir Proses Imunisasi Hepatitis B Bagi Kumpulan 1

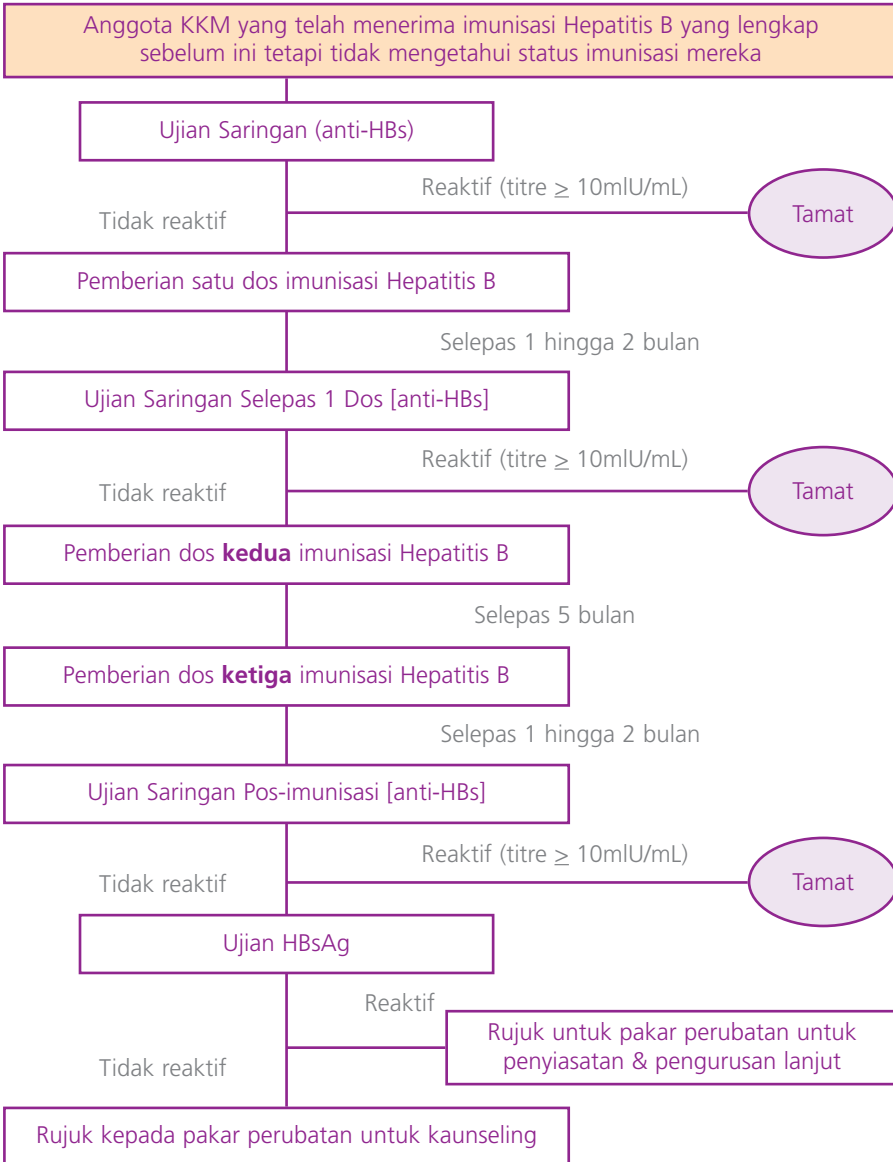
Lampiran 3



Jika terdapat sebarang masalah atau keraguan berhubung dengan proses imunisasi Hepatitis B di atas, Sila hubungi Pegawai KPAS negeri.

Carta Alir Proses Imunisasi Hepatitis B Bagi Kumpulan 2

Lampiran 4




Jika terdapat sebarang masalah atau keraguan berhubung dengan proses imunisasi Hepatitis B di atas, Sila hubungi Pegawai KPAS negeri.


Borang Management Of The Exposed Health Care Worker Section (OHU/SIS-2a)

Lampiran 5

CONFIDENTIAL



**SHARPS INJURY SURVEILLANCE
OCCUPATIONAL HEALTH UNIT
MINISTRY OF HEALTH**
"Rakan Anda Dalam Meningkatkan Kesihatan Pekerja"
"Your Partner In Enhancing Workers Health"



MANAGEMENT OF THE EXPOSED HEALTH CARE WORKER SECTION (OHU/SIS-2a)

OHU/SIS-2a : Risk assessment of disease transmission following sharps injury
This section is to be completed by the attending physician.

PARTICULARS OF EXPOSED HEALTH CARE WORKERS
(Please tick (✓) where applicable)


1. Name : _____
2. Gender : Male : Female :
3. NRIC : New : Old :
4. Nationality : _____
5. Age on the 1st of January : Years
6. Department presently attached to : _____
7. Contact number : _____
8. Date of injury : month day year
Time : _____ *am / pm
9. Date of first reporting to Medical / ID Team : month day year
Time : _____ *am / pm
10. Duration of employment in Ministry of Health : *month (s) / Year (s)
11. Duration of work in handling sharps : *month (s) / Year (s)

(* delete where is not applicable)

1/3


Borang *Epidemiology Section (OHU/SIS-1)*

Lampiran 6



**SHARPS INJURY SURVEILLANCE
OCCUPATIONAL HEALTH UNIT
MINISTRY OF HEALTH**

"Rakan Anda Dalam Meningkatkan Kesihatan Pekerja"
"Your Partner In Enhancing Workers Health"



OHU/SIS-1

COPY FOR MINISTRY

EPIDEMIOLOGY SECTION (OHU/SIS-1)

EPIDEMIOLOGY SECTION
(to be filled by staff from Infection Control Team / Occupational Health Unit / Occupational Safety and Health Committee Secretary)

PARTICULARS OF AFFECTED PERSON

(Please tick (✓) where applicable)

1. State : _____
2. District : _____
3. Name of hospital / health clinic : _____

»1. Name : _____

»2. Gender : Male Female

»3. NRIC : New :
 Old :

4. Nationality : _____

5. Age on the 1st of January : Years

6. Department Presently attached to : _____

7. Contact number : _____

»8. Date of injury : month day year

 Time : _____*am / pm

9. Date of first reporting to Medical / ID Team : month day year

 Time : _____*am / pm

10. Duration of employment in Ministry of Health : *month (s) / Year (s)

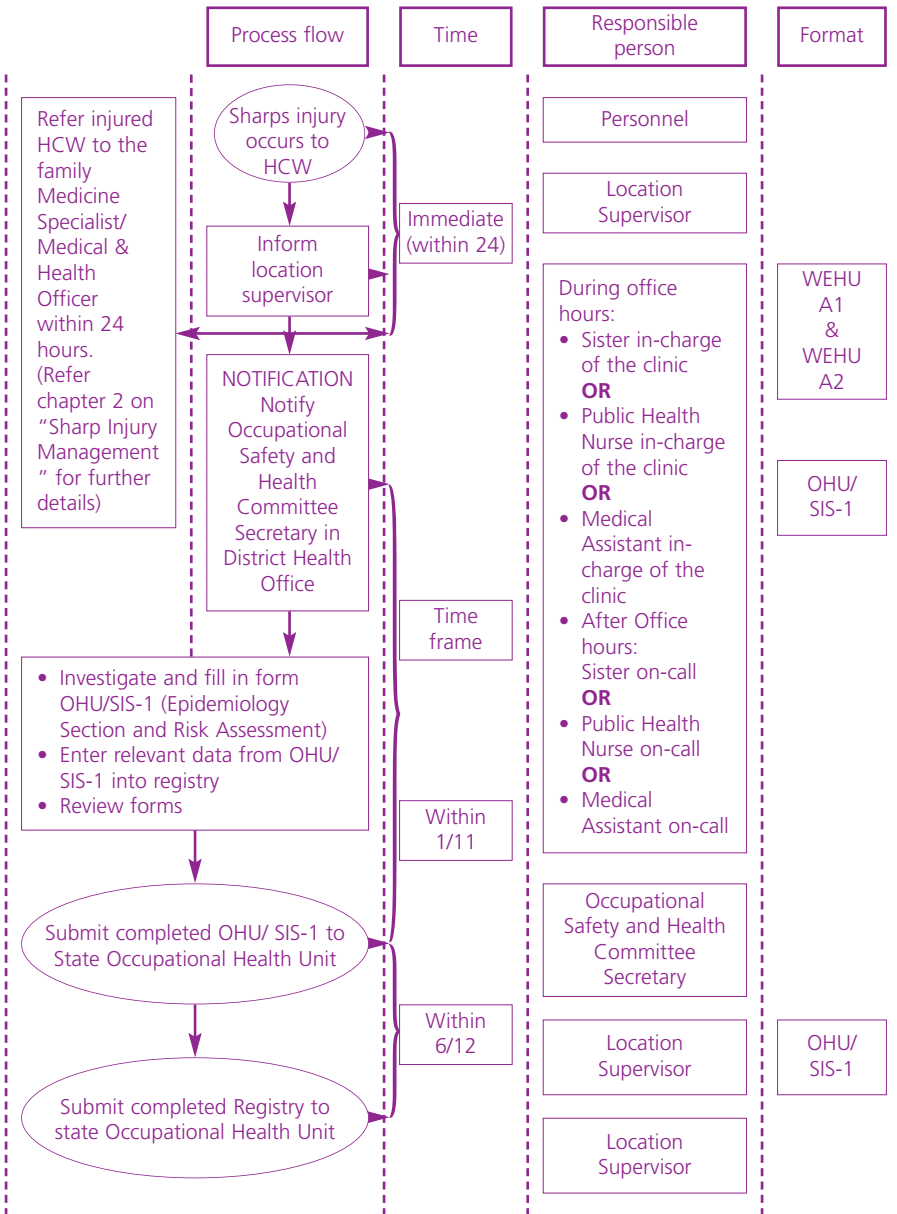
11. Duration of work in handling sharps : *month (s) / Year (s)

(*) Delete where is not applicable
 (») to be filled in the registry.

1/6

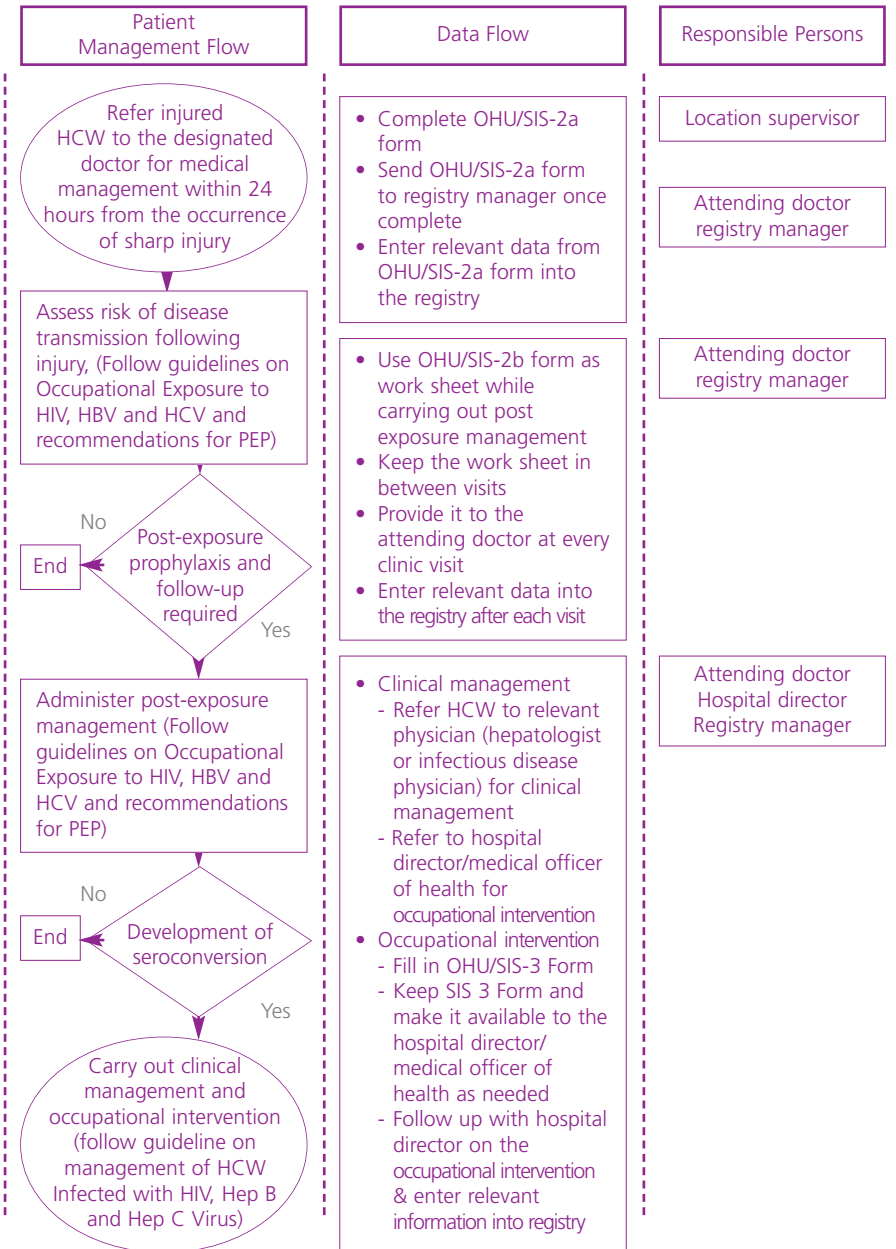
Process Flow On Notification Of Sharps Injury In Health Clinic/Dental Clinic In Health Side

Lampiran 7



Process Flow On Notification Of Sharps Injury In Health Clinic/Dental Clinic In Health Side (cont.)

Lampiran 7



Lampiran 8**Garis Panduan *Link Nurse* Kawalan Infeksi Peringkat Kesihatan Primer**

Link Nurse di kesihatan primer berfungsi sebagai penghubung diantara klinik kesihatan dan Jawatankuasa Kawalan Infeksi Peringkat Daerah/Negeri. Mereka berperanan didalam meningkatkan kesedaran dan amalan didalam kawalan infeksi dikalangan anggota di kesihatan primer terutamanya anggota yang terlibat didalam pengurusan pesakit.

A. Tugas Dan Tanggungjawab

1. Memberi khidmat nasihat dan tunjuk ajar berterusan didalam kawalan infeksi kepada anggota yang terlibat didalam pengurusan pesakit.
2. Menyampaikan maklumat berkaitan informasi terkini kawalan infeksi.
3. Memantau aktiviti kebersihan klinik serta peralatan yang digunakan dalam rawatan pesakit.
4. Memantau kepatuhan anggota yang terlibat didalam pengurusan pesakit kepada polisi dan prosedur yang telah disediakan.
5. Menyelia, memantau dan membuat laporan didalam pelaksanaan kawalan infeksi (termasuk *sharp injury surveillance* yang dipantau oleh KPAS).

Link Nurse klinik kesihatan juga bertanggungjawab kepada Klinik Desa, Klinik 1Malaysia dan Klinik Bergerak 1Malaysia yang berada dibawah pentadbiran klinik kesihatannya.

B. Perlantikan Sebagai *Link Nurse*

Jururawat yang dilantik sebagai *Link Nurse* mestilah telah berkhidmat di fasiliti kesihatan primer sekurang-kurangnya selama dua tahun dan mempunyai latihan samada:-

1. Pos basik Kawalan Infeksi
atau
2. *APSIC/LDP/in-house training*

C. Pemantauan Ke Atas *Link Nurse*

Link Nurse bertanggungjawab terus kepada Pakar Perubatan Keluarga/Pegawai Perubatan dan Kesihatan Yang Menjaga.

D. Keperluan Latihan

Bagi memastikan kejayaan dan kesinambungan didalam pelaksanaan kawalan infeksi, anggota yang dilantik sebagai *Link Nurse* perlu mempunyai latihan didalam aktiviti kawalan infeksi. Jawatankuasa Kawalan Infeksi Peringkat Daerah/Negeri perlu memastikan aktiviti latihan dilaksanakan secara berkala dan diberi penekanan semasa perancangan aktiviti tahunan.

Senarai contoh latihan yang boleh diikuti adalah seperti berikut dibawah:-

1. Pos Basik Kawalan Infeksi **atau**
2. *Asia Pacific Society of Infection Control (APSIC) atau*
3. Latihan Dalam Perkhidmatan di Peringkat Daerah/Negeri/Kebangsaan

E. Dokumentasi Yang Perlu Disediakan

Link Nurse perlu memastikan penyediaan maklumat yang ditetapkan mengikut format dan tempoh masa yang ditetapkan.

Bil	Nama Laporan	Tempoh Masa	Peringkat Penghantaran Laporan
1	Inventori peralatan dan keperluan didalam kawalan infeksi	Bulanan	1. Klinik Kesihatan 2. Daerah
2	Aktiviti latihan dalam kawalan infeksi yang dijalankan (Rujuk Lampiran 13)	Enam Bulan	1. Klinik Kesihatan 2. Daerah 3. Negeri 4. Kebangsaan (BPKK)
3	Bilangan anggota yang telah dilatih	Enam Bulan	1. Klinik Kesihatan 2. Daerah 3. Negeri 4. Kebangsaan (BPKK)
4	Hasil penemuan audit yang dijalankan	Enam Bulan	1. Klinik Kesihatan
5	Tusukan jarum dan alatan <i>Sharp</i> tajam (<i>Sharp injury</i>) dikalangan anggota	Mengikut metodologi pelaksanaan <i>Injury Surveillance</i> sedia ada.	

Format Senarai Semak Audit Kawalan Infeksi Di Fasiliti Kesihatan Primer

Lampiran 9

Negeri : _____

Nama Fasiliti : _____

Pusingan Audit Setengah Tahun : 1 / 2 (Pilih yang berkenaan)

Tahun : _____

A. Kebersihan Tangan

Bil	Perkara	Penemuan
1.	Poster teknik pencucian tangan yang betul perlu dipamerkan di setiap sinki mencuci tangan.	
2.	Mengamalkan Teknik Pencucian Tangan Yang Betul.	
	2.1. Tanggalkan semua barangan kemas, jam tangan dan lain-lain.	
	2.2. Mengambil sabun atau cecair antiseptik/ <i>hand rub</i> secukupnya.	
	2.3. Gosokkan secara putaran ke depan dan ke belakang dengan gengaman jari kiri di atas tangan kanan dan sebaliknya.	
	2.4. Melekapkan kedua telapak tangan dan gosokkan kedua belah tapak tangan.	
	2.5. Lekap telapak tangan kanan di atas belakang tangan kiri dengan jari bersilang dan gosok. Ulangi langkah ini di tangan kiri.	
	2.6. Lekapkan kedua telapak tangan dengan jari bersilang dan gosok.	
	2.7. Genggam tangan kiri, lekap tangan kanan di belakang tangan kiri dan gosok ke arah bawah dengan meliputi semua bahagian. Ulangi langkah ini di tangan kanan.	
	2.8. Gosokkan sekeliling ibu jari kiri dalam gengaman telapak tangan kanan dan sebaliknya.	

Bil	Perkara	Penemuan
	2.9 Kuncupkan jari tangan kanan di atas telapak tangan kiri dan gosok secara berputar ke hadapan dan ke belakang. Ulangi langkah ditangan kanan.	
	2.10 Gosokkan secara putaran di pergelangan tangan kanan dan begitu juga sebaliknya untuk tangan kiri.	
	2.11 Bilas dengan air dan keringkan dengan tuala kertas pakai buang yang bersih.	
3.	Mengamalkan cucian tangan selepas terdedah kepada 5 keadaan yang memerlukan (<i>5 moment hand hygiene</i>).	
4.	Kemudahan sinki dilengkapi dengan <i>elbow tab</i>	
5.	Cecair sabun/Cecair antiseptik yang mencukupi	
6.	Kertas tisu mencukupi	
	Bilangan Mematuhi (a)	
	Bilangan Tidak Mematuhi (b)	
	Bilangan Tidak Berkaitan (c)	
	Peratus Mematuhi	
	Indeks mematuhi (Berdasarkan <i>weightage</i>) yang ditetapkan	

Nama Juruaudit: _____ Tarikh: _____

B. Alat Perlindungan Diri (PPE)

Bil	Perkara	Penemuan
1.	Poster <i>PPE</i> dan cara pemakaian dipamerkan di tempat yang sesuai untuk rujukan anggota.	
2.	Mempunyai alat perlindungan diri (<i>PPE</i>) dan mudah diperolehi.	
3.	Memakai <i>Surgical mask</i> semasa mengendalikan pesakit/kakitangan dengan simptom jangkitan respiratori atau demam.	
4.	Memakai <i>N95 Respirator</i> semasa anggota menjalankan prosedur yang menghasilkan aerosol (cth: intubasi, suctioning) terhadap pesakit yang diketahui atau disyaki menghidap jangkitan respiratori.	
5.	<i>Seal check</i> dilakukan setiap kali menggunakan <i>N95 Respirator</i> .	
6.	<i>Goggles/face shield</i> dipakai semasa mengendalikan prosedur berisiko tinggi atau terdapat risiko percikan.	
7.	<i>Apron/gown</i> dipakai semasa mengendalikan prosedur berisiko tinggi atau terdapat risiko percikan.	
8.	Sarung tangan dipakai jika bersentuh dengan darah, cecair badan, membran mukosa, luka terbuka atau lain-lain bahan yang berisiko menyebarkan jangkitan.	
9.	Sarung tangan ditukar selepas bersentuhan dengan bahan yang tercemar semasa menjalankan prosedur walaupun pada pesakit yang sama.	

Bil	Perkara	Penemuan
10.	Sarung tangan ditukar selepas melakukan prosedur bagi setiap pesakit.	
11.	<i>PPE</i> diasingkan sebagai sisa klinikal setelah dipakai.	
Bilangan Mematuhi (a)		
Bilangan Tidak Mematuhi (b)		
Tidak Perlu Diisi. Bilangan Tidak Berkaitan (c)		
Peratus Mematuhi		
Indeks mematuhi (Berdasarkan <i>weightage</i>) yang ditetapkan		

Nama Juruaudit: _____ Tarikh: _____

C. Disinfeksi Dan Sterilisasi

Bil	Perkara	Penemuan
1.	Semua peralatan dan perkakas bukan pakai buang dibersihkan dengan segera setiap kali selepas digunakan atau dicemari dengan cecair badan pesakit untuk membuang sisa organik, kimia dan sebagainya.	
2.	Semua peralatan dan perkakas yang telah dibersihkan, didisinfeksi atau disterilkan mengikut cara yang ditetapkan dan menggunakan bahan kimia yang sesuai.	
3.	Semua peralatan dan perkakas dibungkus dan dilabelkan sebelum disterilkan menggunakan mesin <i>autoclave</i> .	
4.	Proses sterilisasi direkodkan.	
5.	Mesin <i>autoclave</i> diselenggara dan di rekod.	
6.	Kakitangan yang mengendalikan mesin <i>autoclave</i> telah menjalani latihan.	
Bilangan Mematuhi (a)		
Bilangan Tidak Mematuhi (b)		
Bilangan Tidak Berkaitan (c)		
Peratus Mematuhi		
Indeks mematuhi (Berdasarkan <i>weightage</i>) yang ditetapkan		

Nama Juruaudit: _____ Tarikh: _____

D. Pengurusan Linen

Bil	Perkara	Penemuan
1.	Menggunakan <i>PPE</i> semasa mengendalikan linen jika perlu.	
2.	Mengendalikan linen kotor dengan meminimakan agitasi bagi mengurangkan penyebaran organisma merbahaya. Cth: menutup kipas dan tidak menggongcang atau mengibas kuat linen semasa proses penukaran linen kotor.	
3.	Linen kotor dipegang jauh dari badan bagi mengelakkan kontaminasi pakaian seragam.	
4.	Linen kotor dikumpulkan dalam beg linen yang mengikut kod warna yang betul.	
5.	Linen dicemari tidak disaring atau dibilas di tempat penjagaan pesakit.	
6.	Linen bersih disimpan dalam almari yang bersih dan kering.	
Bilangan Mematuhi (a)		
Bilangan Tidak Mematuhi (b)		
Bilangan Tidak Berkaitan (c)		
Peratus Mematuhi		
Indeks mematuhi (Berdasarkan <i>weightage</i>) yang ditetapkan		

Nama Juruaudit: _____ Tarikh: _____

E. Pengurusan Sisa Klinikal

Bil	Perkara	Penemuan
1.	Poster atau bahan promosi mengenai pengendalian sisa klinikal dan jarum/benda tajam dipamer di fasiliti.	
2.	Pengasingan sisa dijalankan mengikut kategori (contoh: klinikal, domestik) dan dimasukkan ke dalam bekas yang sepatutnya.	
3.	Tulis tarikh mula digunakan pada penutup <i>Sharp bin</i>	
4.	<i>Sharp Bin</i> digunakan untuk sisa jarum/peralatan tajam sahaja.	
5.	<i>Sharp Bin</i> yang digunakan mengikut spesifikasi KKM dan diagihkan berdasarkan saiz dan kapasiti penggunaan.	
6.	' <i>Sharp Bin</i> ' sentiasa tersedia di lokasi di mana prosedur dijalankan (cth:suntikan, pengambilan darah)	
7.	<p><i>Sharp Bin</i> ditukar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apabila kandungannya mencapai paras 3/4 penuh atau • Sekurang-kurangnya 1 kali seminggu (jika kandungan tidak mencapai paras 3/4 penuh) <p>(Rujukan: Bahagian Perkhidmatan Kejuruteraan 5 April 2005, Bil (7)KKM-153/(90/KWS/1) Bhg.8)</p>	
8.	<i>Sharp Bin</i> yang telah mencapai paras 3/4 ditutup rapat dan dimasukkan dalam plastik kuning dan diikat serta dilabelkan tarikh.	
9.	<i>Biohazard Bin</i> sentiasa bertutup.	
10.	Beg sisa klinikal yang telah penuh diikat ketat.	
11.	Beg sisa klinikal perlu dikeluarkan dari kawasan klinikal setiap hari dan simpan di tempat simpanan sementara.	
12.	Semua <i>Biohazard Bin</i> perlu di cuci sekurang-kurangnya setiap minggu atau lebih kerap bila perlu.	
13.	Sisa klinikal dikumpul di tempat simpanan sementara yang selamat.	

Bil	Perkara	Penemuan
14.	Peralatan yang digunakan untuk mengangkut sisa klinikal didisinfeksi selepas digunakan.	
15.	Rekod penghantaran sisa klinikal.	
16.	Pengangkutan sisa klinikal dari tempat simpanan sementara untuk tujuan pelupusan menggunakan kenderaan yang khusus.	
17.	Kenderaan yang digunakan untuk pengangkutan sisa klinikal perlu didisinfeksi selepas penghantaran.	
Bilangan Mematuhi (a)		
Bilangan Tidak Mematuhi (b)		
Bilangan Tidak Berkaitan (c)		
Peratus Mematuhi		
Indeks mematuhi (Berdasarkan <i>weightage</i>) yang ditetapkan		

Nama Juruaudit: _____ Tarikh: _____

F. Pembersihan Persekitaran Dan Pengurusan Tumpahan (*Spillage*).

Bil	Perkara	Penemuan
1.	Pembersihan dijalankan secara berjadual dan berkala.	
2.	Semua peralatan dan persekitaran bebas daripada cecair badan, habuk dan kotoran lain.	
3.	Kawasan klinikal perlu dibersihkan menggunakan kaedah ' <i>wet mopping</i> ' atau vakum.	
4.	Pembersihan lantai menggunakan mop dijalankan 2 kali sehari atau lebih kerap jika perlu di kawasan klinikal.	
5.	Mop ditag warna mengikut risiko lokasi.	
6.	Pembersihan lantai menggunakan mop dijalankan dengan kaedah ' <i>double bucket</i> '.	
7.	Pembersihan lantai menggunakan mop dijalankan dari kawasan/lokasi risiko rendah ke risiko tinggi.	
8.	Kawasan yang menempatkan pesakit dengan penyakit berjangkit perlu dibersihkan dengan disinfektan sekurang-kurangnya 1 kali sehari.	
9.	Semua permukaan lantai, meja, kabinet dan tandas perlu dibersihkan secara harian manakala permukaan siling dan dinding secara berkala.	
10.	Pembersihan tumpahan cecair pesakit dengan menggunakan ' <i>Spillage kits</i> ' dan larutan <i>Sodium hypochlorite</i> (1:10).	
Bilangan Mematuhi (a)		
Bilangan Tidak Mematuhi (b)		
Bilangan Tidak Berkaitan (c)		
Peratus Mematuhi		
Indeks mematuhi (Berdasarkan <i>weightage</i>) yang ditetapkan		

Nama Juruaudit: _____ Tarikh: _____

G. Pengurusan Kecederaan Tercucuk Jarum/Benda Tajam

Bil	Perkara	Penemuan
1.	Carta alir pengendalian kes tercucuk jarum/benda tajam dipamerkan.	
2.	Pastikan semua anggota kesihatan telah diberi imunisasi Hepatitis B yang lengkap dan rekod disimpan.	
3.	Pengendalian kes kecederaan tercucuk jarum/benda tajam dipatuhi mengikut garis panduan (<i>Management Of Sharps Injury In Health Setting</i>) oleh setiap kakitangan.	
4.	Anggota kesihatan dapat pengurusan 'first aid' bagi kes kecederaan tercucuk jarum/benda tajam.	
Bilangan Mematuhi (a)		
Bilangan Tidak Mematuhi (b)		
Bilangan Tidak Berkaitan (c)		
Peratus Mematuhi		
Indeks mematuhi (Berdasarkan <i>weightage</i>) yang ditetapkan		

Nama Juruaudit: _____ Tarikh: _____

H. Etika Batuk

Bil	Perkara	Penemuan
1	Poster etika batuk dipamerkan.	
2.	<i>Mask</i> dan pendidikan kesihatan berkenaan kawalan infeksi diberikan kepada pesakit dengan simptom jangkitan respiratori.	
	Bilangan Mematuhi (a)	
	Bilangan Tidak Mematuhi (b)	
	Bilangan Tidak Berkaitan (c)	
	Peratus Mematuhi	
	Indeks mematuhi (Berdasarkan <i>weightage</i>) yang ditetapkan	

Nama Juruaudit: _____ Tarikh: _____

I. Pengendalian Spesimen

Bil	Perkara	Penemuan
1.	Semua anggota yang mengendalikan spesimen termasuk anggota bahagian penerimaan diberi latihan.	
2.	Spesimen yang dihantar ke makmal disimpan dalam bekas yang sesuai (<i>'appropriate containers'</i>).	
3.	Pesakit dibekalkan dengan bekas spesimen yang sesuai jika spesimen perlu diambil di rumah. (cth. kahak, najis)	
4.	Spesimen dilak didalam beg plastik dan tidak diklip atau <i>'staples'</i> .	
5.	Borang permintaan analisis spesimen tidak dimasukkan bersama ke dalam beg spesimen.	
6.	Tempat penyimpanan sementara spesimen sebelum dihantar ke makmal hendaklah jauh dari orang awam atau ruang rehat anggota kesihatan.	
7.	Peti sejuk penyimpanan spesimen sentiasa berfungsi dengan suhu (2-8 °C) yang ditetapkan.	
8.	Spesimen disimpan berasingan dan tidak bercampur aduk dengan bahan lain seperti makanan.	
9.	Bekas pengangkut spesimen sentiasa bersih.	
10.	Tidak terdapat kebocoran pada bekas semasa spesimen dihantar ke makmal.	
	Bilangan Mematuhi (a)	
	Bilangan Tidak Mematuhi (b)	
	Bilangan Tidak Berkaitan (c)	
	Peratus Mematuhi	
	Indeks mematuhi (Berdasarkan <i>weightage</i>) yang ditetapkan	

Nama Juruaudit: _____ Tarikh: _____

J. Latihan

Bil	Perkara	Penemuan
1.	Latihan kawalan infeksi diadakan bagi anggota klinik.	
2.	Rekod latihan disimpan untuk rujukan.	
	Bilangan Mematuhi (a)	
	Bilangan Tidak Mematuhi (b)	
	Bilangan Tidak Berkaitan (c)	
	Peratus Mematuhi	
	Indeks mematuhi (Berdasarkan <i>weightage</i>) yang ditetapkan	

Nama Juruaudit: _____ Tarikh: _____

Nama Ketua Juruaudit: _____

Nama, Cop Jawatan & Tarikh

Nama Juruaudit: _____

Tatacara Pengisian Senarai Semak Audit

Senarai Semak Audit ini boleh digunakan untuk audit dalaman/internal dan juga audit luaran/external. Audit dijalankan secara pemerhatian, demostrasi dan temubual.

- Rekodkan penemuan dengan menandakan:
(/) sekiranya mematuhi
(X) sekiranya tidak mematuhi
(TB) tidak berkaitan
- Sila gunakan *option* tidak berkaitan dengan bijak dan berpatutan bagi memastikan keputusan audit yang telus dan adil kepada semua pihak.
- Jumlah bilangan keseluruhan bagi setiap elemen yang diaudit (dari A - J) adalah berbeza. Contoh:, Jumlah bilangan keseluruhan untuk elemen kebersihan tangan adalah 16 dari Bil. 1, 2 (11 sub-elemen) sehingga Bil. 6.
- Cara pengiraan peratus pematuhan** =
$$\frac{\text{Bilangan Mematuhi (a)}}{\text{Jumlah Bilangan Elemen - Bilangan Tidak Berkaitan (c)}} \times 100$$
- Ruang bagi **Peratus Pematuhan** dan **Indeks mematuhi (Berdasarkan *weightage*) yang ditetapkan tidak perlu diisi**. Hasil akan dikira apabila juruaudit memasukkan hasil penemuan audit (a, b, c) ke dalam format senarai semak yang disediakan.
- Hasil penemuan audit dalaman perlu disimpan dalam format Laporan Audit Kawalan Infeksi di Fasiliti Kesihatan Primer (Ringkasan Fasiliti) (**Lampiran 9A**) sementara hasil penemuan audit oleh pihak JKN perlu dikompilasi menggunakan format Laporan Audit Kawalan Infeksi di Fasiliti Kesihatan Primer (Ringkasan Negeri) (**Lampiran 9B**).
- Laporan JKN (Ringkasan Negeri) perlu dihantar ke ibu Pejabat (BPKK) **sebelum atau pada 30 Julai (Pusingan 1) dan 30 Januari (Pusingan 2)** dalam bentuk *softcopy* (melalui email) dan *hardcopy* (melalui surat) selepas disemak dan diakui oleh Pengarah/TPKN(KA).
- Pasukan Audit Luaran bersama Pegawai Kesihatan Primer Negeri perlu mengadakan perbincangan bagi mengenalpasti kelemahan dalam pelaksanaan kawalan infeksi dan langkah penambahbaikan yang perlu diambil.

Alamat email dan pejabat untuk penghantaran Laporan Negeri

- zanita@moh.gov.my | drnorainimy@moh.gov.my
- Pengarah**
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga
Kementerian Kesihatan Malaysia
Aras 8, Blok E10, Parcel E
Kompleks Pentadbiran Kerajaan Persekutuan, Putrajaya
(up: KJK Zanita Ahmad)

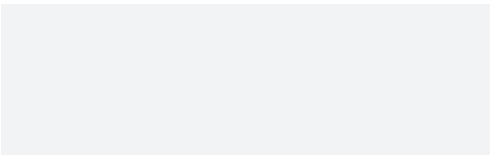
Laporan Audit Kawalan Infeksi Di Fasiliti Kesihatan Primer (Ringkasan Fasiliti)

Lampiran 9A

Negeri : _____
 Fasiliti : _____
 Pusingan Audit : _____
 Tahun : _____

Elemen	Skop Audit/Lokasi	Weightage	Indeks Mematuhi
A	Kebersihan Tangan	25	0.00
B	Alat Pelindung Diri (PPE)	20	0.00
C	Disinfeksi dan Sterilisasi	10	0.00
D	Pengurusan Linen	5	0.00
E	Pengurusan Sisa Klinikal	10	0.00
F	Pembersihan Persekitaran Dan Pengurusan Tumpahan (<i>Spillage</i>)	5	0.00
G	Pengurusan Kecederaan Tercucuk Jarum/ Benda Tajam	10	0.00
H	Etika Batuk	5	0.00
I	Pengendalian Spesimen	5	0.00
J	Latihan	5	0.00
	Pencapaian Keseluruhan (%)	100	0.00

Nama Juruaudit: _____



Nama, Cop Jawatan & Tarikh

Tarikh: _____

Laporan Audit Kawalan Infeksi Di Fasilitas Kesehatan Primer (Ringkasan Negeri)

Lampiran 9B

Negeri : _____ Pusingan Audit : 1 / 2 (Pilih yang berkenaan)

Tahun : _____

Jenis Fasilitas: Klinik Kesehatan									
Elemen	Skop Audit/Lokasi	Weightage	Indeks Mematuhi						
			Fasilitas A (Nama Fasilitas)	Fasilitas B (Nama Fasilitas)	Fasilitas C (Nama Fasilitas)	Fasilitas D (Nama Fasilitas)	Fasilitas E (Nama Fasilitas)	Fasilitas F (Nama Fasilitas)	Fasilitas G (Nama Fasilitas)
A	Kebersihan Tangan	25							
B	Alat Pelindung Diri (PPE)	20							
C	Disinfektan dan Sterilisasi	10							
D	Pengurusan Linen	5							
E	Pengurusan Sisa Klinikal	10							
F	Pengurusan Persekitaran Dan Pengurusan Tumpahan (Spillage)	5							
G	Pengurusan Kecederaan terucuk Jarum/Benda Tajam	10							
H	Etika Batuk	5							
I	Pengendalian Spesimen	5							
J	Latihan	5							
	Pencapaian Keseluruhan (%)	100							
Jenis Fasilitas: Klinik Desa									
Elemen	Skop Audit/Lokasi	Weightage	Indeks Mematuhi						
			Fasilitas A (Nama Fasilitas)	Fasilitas B (Nama Fasilitas)	Fasilitas C (Nama Fasilitas)	Fasilitas D (Nama Fasilitas)	Fasilitas E (Nama Fasilitas)	Fasilitas F (Nama Fasilitas)	Fasilitas G (Nama Fasilitas)
A	Kebersihan Tangan	25							
B	Alat Pelindung Diri (PPE)	20							
C	Disinfektan dan Sterilisasi	10							
D	Pengurusan Linen	5							
E	Pengurusan Sisa Klinikal	10							
F	Pengurusan Persekitaran Dan Pengurusan Tumpahan (Spillage)	5							
G	Pengurusan Kecederaan terucuk Jarum/Benda Tajam	10							
H	Etika Batuk	5							
I	Pengendalian Spesimen	5							
J	Latihan	5							
	Pencapaian Keseluruhan (%)	100							

Jenis Fasilitas: Klinik 1Malaysia

Elemen	Skop Audit/Lokasi	Weightage	Indeks Mematuhi						
			Fasiliti A (Nama Fasilitas)	Fasiliti B (Nama Fasilitas)	Fasiliti C (Nama Fasilitas)	Fasiliti D (Nama Fasilitas)	Fasiliti E (Nama Fasilitas)	Fasiliti F (Nama Fasilitas)	Fasiliti G (Nama Fasilitas)
A	Kebersihan Tangan	25							
B	Alat Pelindung Diri (PPE)	20							
C	Disinfeksi dan Sterilisasi	10							
D	Pengurusan Lini	5							
E	Pengurusan Sisa Klinik	10							
F	Pengurusan Persekitaran Dan Pengurusan Tumpahan (Spillage)	5							
G	Pengurusan Kecederaan Terucuk Jarum/Benda Tajam	10							
H	Etika Batuk	5							
I	Pengendalian Spesimen	5							
J	Latihan	5							
	Pencapaian Keseluruhan (%)	100							

Jenis Fasilitas: Klinik Bergerak 1Malaysia

Elemen	Skop Audit/Lokasi	Weightage	Indeks Mematuhi						
			Fasiliti A (Nama Fasilitas)	Fasiliti B (Nama Fasilitas)	Fasiliti C (Nama Fasilitas)	Fasiliti D (Nama Fasilitas)	Fasiliti E (Nama Fasilitas)	Fasiliti F (Nama Fasilitas)	Fasiliti G (Nama Fasilitas)
A	Kebersihan Tangan	25							
B	Alat Pelindung Diri (PPE)	20							
C	Disinfeksi dan Sterilisasi	10							
D	Pengurusan Lini	5							
E	Pengurusan Sisa Klinik	10							
F	Pengurusan Persekitaran Dan Pengurusan Tumpahan (Spillage)	5							
G	Pengurusan Kecederaan Terucuk Jarum/Benda Tajam	10							
H	Etika Batuk	5							
I	Pengendalian Spesimen	5							
J	Latihan	5							
	Pencapaian Keseluruhan (%)	100							

Senarai Semak Peralatan Dan Bahan-Bahan

Lampiran 10

Kawalan Infeksi Di Fasiliti Kesihatan Primer

Bil	Perkara	Ada	Tiada	Catatan
A. Hand Hygiene				
1.	Sink with good water supply			
2.	Liquid soap with dispenser			
3.	Antiseptic soap with dispenser			
4.	Antiseptic hand rub with dispenser			
5.	Paper towel			
B. Personnel Protective Equipment				
1.	3 Ply Mask/Surgical mask			
2.	N95 Respirator			
3.	Sterile Glove			
4.	Disposable Glove			
5.	Face Shield			
6.	Goggles			
7.	Apron/gown			
8.	Boots			
C. Disinfectant and Sterilisation				
1.	Disinfecting chemicals (according to MOH guidelines)			
2.	Mesin Autoclave			
3.	Distilled water			
4.	Green paper			
5.	Autoclave tape			

Bil	Perkara	Ada	Tiada	Catatan
D. Linen Management				
1.	White Linen bag			
2.	Red Linen bag			
3.	Detergent			
E. Clinical Waste				
1.	Sharp Bin			
2.	Yellow Bags			
3.	Biohazard Bin			
4.	Specimen Bag			
5.	General waste bag			
F. Environmental Cleaning				
1.	Wet mop/vacuum cleaner			
2.	Mop with colour tagging			
3.	Water bucket			
G. Management of needle stick/sharp injury				
1.	Management of needle stick/sharp injury flow chart			
2.	Notification form			
3.	First aid kit			
H. Specimen Handling				
1.	Specimen container			
2.	Specimen bag			
3.	Designated refrigerator for specimen keeping			
4.	Specimen carier/transporter			

Tool Kit For Infection Control Training

Lampiran 11

No.	Infection Control Element	Material And Equipment Required
1	<p><i>Hand Hygiene</i></p> <p><i>1.1. Hand Washing</i></p> <p><i>1.2. Hand Rub</i></p>	<p><i>Power point presentation</i></p> <p><i>a. Hand washing poster</i></p> <p><i>b. Flip Chart showing steps in hand washing</i></p> <p><i>c. Water</i></p> <p><i>d. Soap (preferably liquid soap with dispenser)</i></p> <p><i>e. Tap (preferably elbow tap)</i></p> <p><i>f. Paper Towel</i></p> <p><i>g. Glow Germ</i></p> <p><i>h. Torch</i></p> <p><i>i. Hand Washing Practical Form</i> (Rujuk Lampiran 12)</p> <p><i>a. Hand rub poster</i></p> <p><i>b. Flip chart showing steps in hand rubbing</i></p> <p><i>c. Alcohol based hand rub</i></p> <p><i>d. Hand Rub Practical Form (can be the same as hand washing practical form)</i></p>
2	<p><i>Personal Protective Equipment (PPE)</i></p>	<p><i>a. A set of PPE is required: sterile & non sterile</i></p> <p><i>b. Cap</i></p> <p><i>c. Face shield/goggles</i></p> <p><i>d. Masks: 3 ply/N 95</i></p> <p><i>e. Gowns: water repellant</i></p> <p><i>f. Gloves: sterile & non sterile</i></p> <p><i>g. Shoe cover</i></p>
3	<p><i>Management Of Waste Materials</i></p>	<p><i>a. Sharp clinical waste bins</i></p> <p><i>b. Non sharp clinical waste bin and the clinical waste bags (yellow color)</i></p> <p><i>c. Domestic waste bags (black color)</i></p>
4	<p><i>Housekeeping</i></p>	<p><i>a. A4 size paper or a flip chart on housekeeping</i></p> <p><i>b. Color coding for mops according to risk areas. (bathroom/toilet/treatment room/ waiting area/consultation room etc)</i></p> <p><i>c. Water buckets to be used.</i></p>

No.	Infection Control Element	Material And Equipment Required
5	<i>Sharps Management</i>	<i>a. A4 Size paperflip chart on sharps management b. Flow on sharps management: Low Risk & High Risk c. Hepatitis B vaccination d. Notification forms</i>
6	<i>Spillage</i>	<i>a. PPE to be used b. Solution or disinfection to be used. c. Model of spillage kit if available (can be shown in flip chart if spillage kit is not available)</i>

Format Penilaian Praktikal *Hand Hygiene*

Lampiran 12

1. Nama:
2. Umur:
3. Jantina: P
- L
4. Etnik:
 - Melayu
 - Cina
 - India
 - Lain-lain

5. Kategori Jawatan:
6. Tempat Bertugas:
7. Tempoh Perkhidmatan:
8. Pendedahan kepada cara *hand hygiene*:

Ya Tidak

Jika Ya, adakah latihan yang diperolehi semasa:

.....

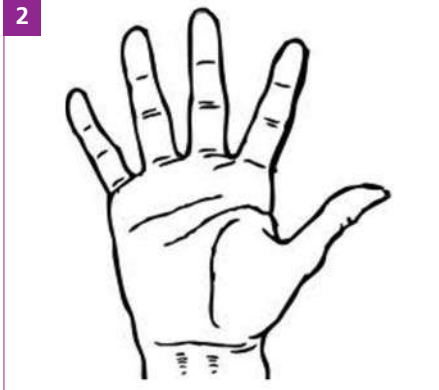
a. Menuntut di Universiti/Kolej Kejururawatan dll b. Latihan kawalan Infeksi yang diperolehi dalam perkhidmatan

c. Lain-lain (nyatakan):

9. Bilangan kawasan tidak bersih ditangan kiri:
10. Bilangan kawasan tidak bersih ditangan kanan:

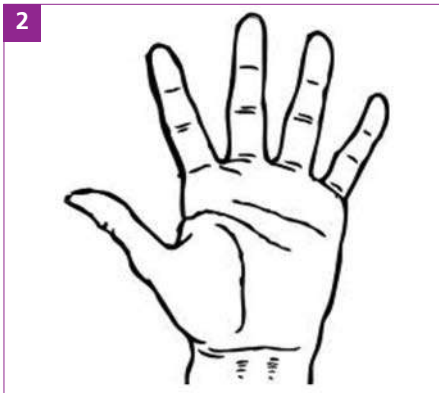
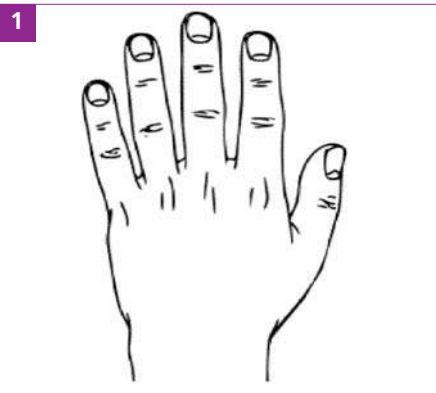
Praktikal Hand Hygiene: Nama:

Keputusan Tangan Kanan



1. Bilangan Kawasan yang dikesan tidak bersih pada bahagian *Dorsum*
2. Bilangan Kawasan yang dikesan tidak bersih pada bahagian *Palm*
3. Jumlah Kawasan yang dikesan tidak bersih pada tangan kanan

Keputusan Tangan Kiri



1. Bilangan Kawasan yang dikesan tidak bersih pada bahagian *Dorsum*
2. Bilangan Kawasan yang dikesan tidak bersih pada bahagian *Palm*
3. Jumlah Kawasan yang dikesan tidak bersih pada tangan kiri

**Format Laporan Latihan Kawalan Infeksi
Di Fasiliti Kesihatan Primer**

Lampiran 13

Fasiliti Kesihatan : _____

Daerah : _____

Negeri : _____

Laporan : _____ / _____
Tempoh Tahun

Bil	Perkara	Jan - Jun		Jul - Dis	
		Bil	%	Bil	%
1	Bilangan anggota				
2	Bilangan anggota dilatih				
3	Bilangan latihan dijalankan				

Nota: Laporan ke Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga Kementerian Kesihatan Malaysia perlu dihantar **sebelum atau pada 30hb Julai (Pusingan 1) dan 30hb Januari (Pusingan 2).**

Laporan *Needle stick injury* / alatan tajam dan saringan / suntikan vaksin Hepatitis B dikalangan anggota dilaksanakan mengikut garis panduan sedia ada.

Terminologi

Bil	Terminologi	Definisi
1	<i>Standard Precaution</i>	<p><i>Standard Precaution are considered the most important strategy for successful infection control in the health care setting. They are used for the care of all patient regardless of their diagnosis and perceived infection status.</i></p> <p><i>Apply to all patient who are assume to be infectious to:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Blood</i> • <i>All body fluids, secretions and excretion except sweat regardless of whether contains blood.</i> • <i>Non-Intact skin</i> • <i>Mucous mambranes</i>
2	<i>Universal Precaution</i>	<p><i>A method of infection control—recommended by the CDC—in which all human blood, certain body fluids, as well as fresh tissues and cells of human origin are handled as if they are known to be infected with HIV, HBV, and/or other blood-borne pathogens.</i></p>
3	<i>Additional Precaution</i>	<p><i>Additional Precautions refer to infection prevention and control interventions to be used in addition to Routine Practices to protect staff and patients. Additional Precautions are based on the mode of transmission (e.g., direct or indirect contact, airborne or droplet) of the infection. There are three categories of Additional Precautions: Contact Precautions, Droplet Precautions and Airborne Precautions.</i></p>
4	<i>Seal Check</i>	<p><i>An N95 respirator is a piece of personal protective equipment commonly used by healthcare workers</i></p>

Bil	Terminologi	Definisi
5	<i>Biohazard</i>	<p><i>and those who may be exposed to airborne diseases. The mask must be properly fitted to the individual to create a good seal. Because an N95 respirator is for one-time use and the mask must be molded to your face at the time of use, learning the proper technique to fitting the mask is imperative for safety reasons.</i></p> <p><i>Biohazards are infectious agents or hazardous biological materials that present a risk or potential risk to the health of humans, animals ro the environment. The risk can be direct through infection or indirect through damage to the environment.</i></p> <p><i>Biohazardous materials include certain types of recombinant DNA; organisms and viruses infectious to humans, animals or plants (e.g. parasites, viruses, bacteria, fungi, prions, rickettsia); and biologically active agents (i.e. toxins, allergens, venoms) that may cause disease in other living organisms or cause significant impact to the environment or community.</i></p> <p><i>Biological materials you may not consider to be biohazardous maybe regulated by regulations and guidelines as biohazardous materials.</i></p>
6	<i>Post exposure prophylaxis</i>	<p><i>Post-exposure prophylaxis (PEP) is any prophylactic treatment started immediately after exposure to a pathogen (such as a disease-causing virus), in order to prevent infection by the pathogen and the development of disease.</i></p>
7	<i>Link Nurse</i>	<p><i>A link nurse is "a nurse that is, or is moving towards being, an expert and resource person for an identified topic of specialty practice, in which they have an interest and passion".</i></p>

Singkatan

Bil	Singkatan	Definisi
1.	SARS	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
2.	H1N1	<i>Influenza A</i>
3.	PTB	<i>Pulmonary Tuberculosis</i>
4.	HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
5.	CSF	<i>Cerebrospinal Fluid</i>
6.	MOH	<i>Ministry Of Health</i>
7.	FIFO	<i>First in first out</i>
8.	OHU TB-1	<i>Occupational Health Unit Tuberculosis 1</i>
9.	SIS 2a	<i>Sharp Injury Surveillance 2a</i>
10.	SIS 1	<i>Sharp Injury Surveillance 1</i>
11.	KPAS	Unit Kesihatan Pekerjaan & Alam Sekitar
12.	JKN	Jabatan Kesihatan Negeri
13.	WEHU A1	<i>Notification of occupational accident and dangerous occurrence A1</i>
14.	WEHU A2	<i>Notification of occupational accident and dangerous occurrence A2</i>
15.	WHO	<i>World Health Organisation (Pertubuhan Kesihatan Sedunia)</i>
16.	PPE	<i>Personal Protective Equipment</i>

Rujukan

A Guide To Notification Of Occupational Accident, Poisoning And Occupational Disease For Ministry Of Health Facilities 2nd Edition, 2006

A guide to Notification of Occupational Accident, Poising and Occupaional Disease for Ministry of Health Facilities, Occupational Health Unit Ministry Of Health Malaysia 2nd Edition, 2006.

Buku Panduan Keselamatan Makmal Perubatan, Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga, Jabatan Kesihatan Awam, KKM, 2009.

Consensus statement on infection control measures in ICU by intensive care section, Malaysian Society of Anaesthesiologists in collaboration with anaesthetic & intensive care services MOH, 2009.

Guideline on Infection Control Practice in the Clinical Setting, Hong Kong December 2006.

Guidelines on The Handling and Management of Clinical Wastes In Malaysia, Department of Enviromental Ministry of Natural Resources & Enviroment 3rd Edition 2009.

Hand Hygine When and How, Hospital University Geneva (HUG).

Hand Hygiene Handbook, Unit Kualiti Bahagian Perkembangan Perubatan, MOH 2006.

MOH Guidelines For Selection And Use Of Disinfectant, KKM, 2007.

Policies And Procedures On Infection Control, Ministry of Health Malaysia 2nd Edition 2010

Practise Guidline for the Control and management of Tuberculosis, Ministry of Health, Academy of Medicine of Malaysia 2nd Edition 2002.

Pocket Guideline For Standard Precautions, Occupational Health Unit Ministry of Health Malaysia 2nd Edition, 2005

Practical Guidline for Infection Control in Health Care Facilities, Wold Health organization December 2003.

Rujukkan Garis Panduan Pelaksanaan program Imunisasi Hepatitis B bagi Anggota Kementerian Kesihatan Malaysia. Edisi Pertama 2006

Surat Makluman Bahagian Perkhidmatan Kejuruteraan 5 April 2005, Bil (7)KKM-153/(90/KWS/1) Bhg.8).

WHO glove use information leaflet.

