

POLISI OPERASI

PENGURUSAN & OPERASI UNIT BEKALAN BAHAN STERIL HOSPITAL KOTA MARUDU

Disediakan Oleh : *Willie Lee Sunthiam*

Nama : Willie Lee Sunthiam

Jawatan : Jururawat U32

Tarikh : 4 / 4 / 2019

Disahkan,

DR. LYDIARITA M. MARAJIN
PENGARAH HOSPITAL
HOSPITAL KOTA MARUDU
NO. MMC: 51398

4/4/19

POLISI PENGURUSAN DAN OPERASI UNIT BEKALAN BAHAN STERIL HOSPITAL KOTA MARUDU

1.0 PENGENALAN

1.1 Perkhidmatan Unit Bekalan Bahan Steril merupakan salah satu perkhidmatan untuk mengendalikan peralatan surgikal dan pembekalan bahan steril yang disediakan di setiap Hospital dibawah Kementerian Kesihatan Malaysia. Unit ini juga memastikan pengurusan proses dekontaminasi disemua Unit dan wad dijalankan dengan sistematik selamat,berkesan dan efektif untuk mencegah jangkitan berlaku di Hospital.Perkhidmatan merangkumi menghantar peralatan surgikal dan *soft dressing* ke Hospital rujukan pensterilan yang berdekatan semasa ketiadaan mesin autoclave atau tidak berfungsi.

2.0 VISI,MISI,OBJEKTIF

2.1 VISI

Menjadi pusat perkhidmatan pembekalan bahan steril yang berkualiti.

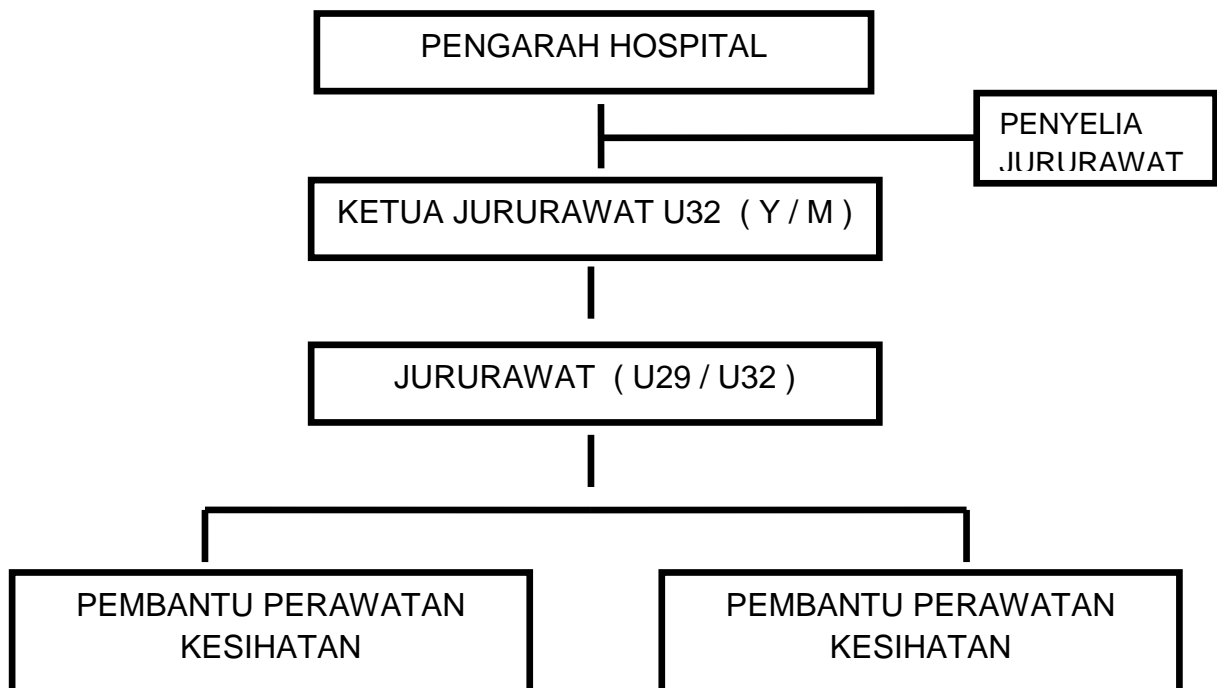
2.2 MISI

Menjadi pusat perkhidmatan pensterilan dan membekal peralatan bahan steril yang berkualiti serta selamat.

2.3 OBJEKTIF

Menyediakan perkhidmatan bekalan peralatan steril kepada unit atau wad dengan selamat,berkualiti,sistematik serta mematuhi standard yang ditetapkan untuk mencegah dan mengawal jangkitan di Hospital.

3.0 CARTA ORGANISASI



4.0 SUMBER MANUSIA DAN LATIHAN

4.0 Unit Bekalan Bahan Steril diketuai oleh seorang Ketua Jururawat Gred U32 yang menjaga dibawah pengawasan Pengarah Hospital dan Ketua Penyelia Jururawat Hospital. Beliau bertanggungjawab untuk semua komponen pengurusan berkaitan dengan perkhidmatan dalam Unit.

4.1 Sumber Manusia di Unit bekalan bahan steril adalah seperti berikut :

4.1.1 - 1 orang Jururawat U32/U29

4.1.2 - 2 orang penolong perawatan kesihatan

4.1.3 - 4 orang Jururawat dan 1 penolong perawatan kesihatan diguna sama dari unit Dewan Bedah.

4.2 Staf yang bertugas di Unit ada menjalani latihan Pos Basik dalam bidang Perioperatif dan juga menjalani latihan sangkutan / bengkel berkaitan CSSU dari masa ke semasa.

5.0 SKOP PERKHIDMATAN

5.0 Menerima, memeriksa, mengasing dan menyusun peralatan yang telah di dekontaminasi serta dicuci dan dikeringkan dari wad-wad / unit.

5.1 Membuat pembungkusan peralatan yang diterima dari wad dan unit mengikut Standard yang ditetapkan.

5.2 Menyediakan dan membungkus *Soft Dressing* untuk kegunaan semua wad /unit dihospital.

5.3 Membekal pek linen dan bahan *soft dressing* yang steril mengikut pesanan harian yang telah ditetapkan.

5.4 Menghantar semua peralatan yang telah dibungkus ke pusat rujukan pensterilan atau hospital lain untuk proses pensterilan.

5.5 Mengambil peralatan steril dari pusat rujukan pensterilan.

5.6 Memesan bahan-bahan konsumabel dari stor perubatan.

5.7 Mengurus pembelian bahan konsumabel dari syarikat-syarikat pembekal.

5.8 Membuat pemantauan penyimpanan peralatan steril dan soft dressing diwad / unit.

6.0 POLISI OPERASI UNIT

6.1 Traffic control :

6.1.1 Staf yang bertugas perlu memastikan kawalan infeksi sentiasa dipatuhi dan menepati prinsip-prinsip dan piawaian yang ditetapkan.

6.1.2 Semua pintu masuk pastikan sentiasa tertutup pada setiap masa dan staf hanya dibenarkan menggunakan pintu utama untuk masuk kedalam unit.

6.1.3 Hanya kakitangan yang bertugas dibenarkan masuk kedalam unit.

6.1.4 Kakitangan yang lain yang perlu berurusan diUBBS contoh : Jurutera dan kakitangan sokongan hendaklah menukar pakaian atau memakai perlindungan khas yang telah disediakan sebelum masuk ke dalam unit.

6.1.5 Menghadkan kakitangan atau pelawat untuk memasuki unit.

6.2 Makanan dan Merokok :

6.2.1 Makanan dan minuman hanya dibenarkan dalam bilik rehat dan pastikan tiada makanan dan minuman dikawasan lain dalam unit.

6.2.2 Memasak tidak dibenarkan dalam unit.

6.2.3 **Merokok** adalah dilarang dalam Unit.

6.3 Kesihatan dan Kebersihan Anggota :

6.3.1 Semua anggota yang bertugas di UBBS hendaklah sihat dari segi mental dan fizikal, bebas dari penyakit berjangkit dan penyakit kulit.

6.3.2 Semua anggota hendaklah menjaga dan mengekalkan kebersihan diri. Pastikan anggota tidak memakai barang kemas, jam tangan semasa bertugas diunit.

6.3.3 Sekiranya pakaian(Hospital attire) telah tercemar atau basah anggota hendaklah menukar pakaian pada yang baru.

6.4 Kod Pakaian

6.4.1 Semua anggota yang bertugas di UBBS dimestikan memakai Hospital attire dan memakai kasut / selipar yang dikhaskan di dalam unit. Pakaian tersebut hendaklah ditukar jika keluar dari unit.

6.4.2 Kakitangan sokongan yang lain dan pelawat dimestikan memakai *Hospital attire* apabila masuk dalam UBBS.

6.4.3 Anggota yang mengendalikan peralatan yang tercemar:

Zon Dekontaminasi dimestikan memakai PPE lengkap :

- Gown pakai buang
- Gloves
- Surgical cap
- Mask
- Kasut (Boots)

Zon Pembungkusan : Anggota hendaklah memakai hospital attire dan yang bertugas dibilik penyediaan linen Soft dressing dimestikan memakai mask.

Zon Steril : Anggota hendaklah memakai Hospital attire yang lengkap semasa mengendalikan peralatan steril.

6.5 RUANG DAN PERSEKITARAN DI UBBS

6.5.1 Pembersihan hendaklah dilakukan mengikut jadual yang ditetapkan dan mematuhi garis panduan pembersihan kawasan khusus.

6.5.2 Bilik persalinan hendaklah ada dalam unit untuk anggota menukar pakaian Hospital attire sebelum menjalankan tugas.

6.5.3 Setiap bahagian / ruang yang ada di UBBS perlu ada pengudaraan yang baik untuk mengeluarkan udara dari kawasan yang tercemar.

6.5.4 Suhu dalam bilik UBBS hendaklah tidak melebihi 23°C dan suhu dalam bilik steril dikekalkan antara 20°C - 22°C dan kelembapan antara 50% - 60 %.

6.5.5 Penggunaan *exhaust fan* diperlukan dibahagian persediaan *linen* dan *soft dressing*, penggunaan kipas tidak dibenarkan.

6.6 KESELAMATAN DAN KESIHATAN PERKERJA

- 6.6.1 Semua peralatan / mesin yang baru diperolehi hendaklah dibuat *testing installation & commissioning* oleh syarikat pembekal sebelum digunakan oleh pengguna diunit.
- 6.6.2 Ketua unit yang menjaga UBBS hendaklah menjalankan *Inhouse training* dari masa kesemasa untuk mengekalkan kemahiran dan keselamatan anggota di unit.
- 6.6.3 Ketua unit adalah bertanggungjawab untuk melaporkan kepada pihak JKKP sekiranya ada berlaku *hazards* diunit.
- 6.6.4 Anggota yang bertugas hendaklah melaporkan kepada ketua unit jika terdapat kerosakan peralatan dan berlaku *hazards* untuk membuat tindakan.
- 6.6.5 Semua peralatan hendaklah disimpan dengan kemas, teratur dan peralatan yang berat disimpan dibahagian rak bawah.
- 6.6.6 Ketua unit hendaklah membuat pemantauan dari masa kesemasa kesemua peralatan atau mesin untuk memastikan penyelenggaraan telah dibuat oleh pihak konsesi mengikut jadual yang ditetapkan.
- 6.6.7 Plug sambungan elektrik adalah tidak dibenarkan dan sekiranya diperlukan hendaklah meminta kebenaran dari pihak Kejuruteraan.
- 6.6.8 Semua peralatan tajam seperti pisau dan gunting hendaklah disimpan ditempat yang selamat apabila tidak digunakan.
- 6.6.9 Sekiranya berlaku kerosakan atau peralatan tidak berfungsi, anggota yang bertugas hendaklah melaporkan pada pihak konsesi untuk tindakan pembaikan.

6.7 POLISI DEKONTAMINASI

6.8 OBJEKTIF

- 6.8.1 Memastikan semua peralatan yang diterima telah melalui proses dekontaminasi mengikut *Standard Operating Procedure* yang ditetapkan.
- 6.8.2 Melindungi anggota yang bertugas diUBBS dan pesakit dari jangkitan penyakit berjangkit.
- 6.8.3 Memastikan SOP dekontaminasi peralatan yang tercemar dipatuhi oleh anggota dan mengekalkan persekitaran yang selamat.

6.9 PENERIMAAN PERALATAN TERPAKAI

- 6.9.1 Semua peralatan (*instruments*) terpakai hendaklah di dekontaminasi, dicuci dan dikeringkan oleh anggota dari wad /unit sebelum dihantar untuk pembungkusan diUBBS.
- 6.9.2 Sebelum peralatan terpakai dihantar ke UBBS ,anggota di wad / unit hendaklah bertanggungjawab memeriksa dan memastikan kuantiti peralatan mencukupi ,tidak rosak dan jumlah yang dihantar direkod dalam borang pesanan.
- 6.9.3 Pengangkutan peralatan terpakai dari wad hendaklah disimpan ke dalam kontena yang bersih dan bertutup.
- 6.9.4 Anggota yang bertugas menerima peralatan diUBBS,hendaklah memeriksa dan memastikan peralatan kering,tidak berbau dan bersih. Jika ada peralat yang tidak bersih,kembalikan ke wad/unit yang berkaitan untuk pencucian semula.

6.9.5 Semua peralatan terpakai yang diterima hendaklah direkod dalam buku rekod penerimaan peralatan yang disediakan.

6.9.6 Kontena dan troli yang digunakan untuk mengangkut peralatan terpakai di disinfeksi dengan diinfektan alcohol 70% selepas digunakan. Kontena dicuci seminggu sekali dengan air dan sabun serta direkod dalam buku pembersihan.

7.0 POLISI PENYEDIAAN DAN PEMBUNGKUSAN

7.1 OBJEKTIF

7.1.1 Memberi garis panduan untuk membuat penilaian dan pemilihan untuk bahan pembungkus peralatan yang di sterilkan.

7.2.2 Memastikan bahan pembungkus hendaklah dapat mengekalkan tahap optimum steriliti sehingga peralatan tersebut digunakan.

7.2 KEPERLUAN DIBAHAGIAN PEMBUNGKUSAN

7.2.1 Pengudaraan yang mencukupi dengan menggunakan sistem penghawa dingin dan pencahayaan yang mencukupi.

7.2.2 Mempunyai kerusi adjustable with backrest dan meja pembungkusan.

7.2.3 Bahan pembungkusan mesti bersesuaian dengan proses pensterilan mengikut standard yang ditetapkan:

- Mudah ditembusi agen pensterilan
- Membenarkan pengeluaran udara yang efisien.
- Tahan suhu yang tinggi.
- Mampu menghalang tembusan oleh microorganism
- Kalis air / cecair
- Tidak mudah terbakar

- Bersesuaian dari segi saiz, bentuk dan bahan alat yang perlu disterilkan
- Tidak mudah koyak / tembus.
- Mampu melindungi pek daripada kerosakan fizikal
- Membolehkan pembungkusan pek mengikut kaedah aseptik

7.2.4 Bahan pembungkusan *non woven-crepe, super soft view pack* dan *paper bag*. Bahan –bahan pembungkusan hendaklah disediakan mengikut kesesuaian peralatan sebelum membuat pembungkusan.

7.2.5 Sebelum melakukan kerja pembungkusan peralatan yang telah diperiksa dan disusun atur satu persatu dari segi :

- Kebersihan
- Fungsi alat
- Jumlah mengikut senarai semak
- Susun alat mengikut prinsip pensterilan yang berat dibahagian bawah atau bahagian hujung.
- Memilih pembungkus yang bersesuaian.

7.2.6 Setiap peralatan atau bahan hendaklah dibungkus 2 lapisan dan tidak terlalu ketat untuk memasukan sterilan dengan menggunakan kaedah *parcel* atau *envelope*(sampul).

7.2.7 Saiz maximum pek hendaklah 30cm x 30cm x 50cm dan berat tidak melebihi 5.5 kilograms.

7.2.8 Setiap pek peralatan dilabelkan dengan jelas iaitu nama pek, tarikh di proses/di-steril dan elakkan menulis label atas pembungkus.

7.2.9 *Chemical indicators* hendaklah di letakkan dalam setiap bungkusan pek.

7.2.10 Hanya peralatan dan bahan bersih sahaja yang dibenarkan berada dikawasan penyediaan dan pembungkusan.

8.0 POLISI PENYEDIAAN *SOFT DRESSING*

8.1 OBJEKTIF

8.1.1 Memberi garis panduan untuk membuat penilaian dan pemilihan untuk bahan *soft dressing* yang berkualiti.

8.1.2 Memastikan *soft dressing* yang dibekalkan mematuhi standard yang ditetapkan.

8.2 PROSEDUR PENYEDIAAN *SOFT DRESSING*

8.2.1 Anggota yang bertugas hendaklah memakai mask semasa membuat *soft dressing* dan memakai *Hospital attire*.

8.2.2 Menyediakan *soft dressing* mengikut standard yang telah ditetapkan.

8.2.3 Periksa bekalan bahan *soft dressing* dari segi kesempurnaan, kebersihan, dan tidak berhabuk. Buat aduan kepada pembekal sekiranya tidak menepati kriteria.

8.2.4 Bungkus *soft dressing* dengan pembalut yang bersesuaian dan hantar untuk pensterilan.

8.2.5 Jumlah *soft dressing* yang telah diproses hendaklah direkod dalam buku setiap hari.

8.2.6 Pembekalan *soft dressing* ke-unit / wad adalah mengikut pesanan harian dengan menggunakan borang pesanan yang disediakan.

9.0 POLISI PENYEDIAAN LINEN

9.1 OBJEKTIF

9.1.1 Memastikan bekal linen menepati spesifikasi yang ditetapkan dan disimpan ditempat yang selamat.

9.2 PROSEDUR PENYEDIAAN LINEN

9.2.1 Linen hendaklah dibungkus mengikut standard yang ditetapkan tidak melebihi Saiz ukuran 30cm x 30cm x 30cm dan berat 5.5 kg.

9.2.2 Pastikan tempat penyimpanan linen dipantau dan dibersihkan setiap hari oleh pihak konsesi.

9.2.3 Linen tidak menepati spesifikasi ada kesan kotoran,koyak,berbau,pudar dan butang tertanggal diasingkan dan isi boring penolakan (reject) untuk dapatkan pengantian yang baru.

9.2.4 Membuat pemeriksaan stok linen setiap hari dan buat pesanan mengikut paras stok linen yang ditetapkan.

10.0 POLISI STOR BAHAN STERIL

10.1 OBJEKTIF

10.1.1 Memastikan penyimpanan dan pengendalian pek steril adalah betul dan di simpan dengan selamat.

10.2 PROSEDUR PENGENDALIAN DAN PENYIMPANAN

10.2.1 Anggota yang bertugas hendaklah mempunyai pengetahuan untuk mengendali pek steril.

- 10.2.2 Anggota yang ditugaskan menjaga stor steril hendaklah bebas dari penyakit berjangkit seperti URTI dan penyakit kulit.
- 10.2.3 Pemantauan stor bahan steril hendaklah dilakukan bagi mengekalkan integriti pek steril dan untuk mengenalpasti jika ada pencemaran.
- 10.2.4 Semua kontena penyimpanan bahan steril hendaklah di bersihkan dengan menggunakan alcohol 70 %.
- 10.2.5 Penyimpanan peralatan pek steril:
- 13.2.5.1 Jarak 5 cm dari dinding.
 - 13.2.5.2 Jarak 25 cm dari aras lantai.
 - 13.2.5.3 Jarak 44 cm dari siling.
- 10.2.6 Pembekalan pek steril hendaklah menggunakan kotena yang bertutup bersih, kering dan pastikan kotena tersebut telah di disinfeksi sebelum pek steril dimasukkan.
- 10.2.7 Peralatan / pek steril yang terima hendaklah disimpan terus dalam kabinet bertutup dan disusun mengikut susunan *First In First Out* (FIFO)
- 10.2.8 Kabinet perlu dibersihkan seminggu sekali dibahagian dalam kabinet dan setiap hari di permukaan luar kabinet.
- 10.2.9 Semua pek steril dan *soft dressing* akan diagihkan terus ke wad dan unit yang membuat pesanan .

11.0 POLISI SHELF LIFE

- 11.1 Mengamalkan konsep “ ***Event Related Practices***” bagi semua produk seperti :Procedure set, supplementaries, soft dressing dan pek linen yang disterilkan. Jangka hayat pek steril bergantung kepada keadaan dan integrity setiap pek.

11.2 Penyimpanan stok pek steril mengikut prinsip ***First In First Out***.

11.3 Kesempurnaan setiap pek steril hendaklah di periksa sebelum digunakan ,indicator tape ada pertukaran warna ke coklat hitam,tidak koyak,berhabuk,lembab dan terbuka.Jika pek steril didapati tidak sempurna,kembalikan pek tersebut ke UBBS untuk pensterilan semula.

11.4 Pengoditan tentang kualiti bahan steril hendaklah dilakukan oleh anggota UBBS mengikut jadual yang ditetapkan.

12.0 POLISI PENGHANTARAN PEK(SETS) KE HOSPITAL RUJUKAN PENSTERILAN

12.1 Peralatan yang telah dibungkus akan dihantar ke Hospital rujukan pensterilan untuk proses pensterilan.Pek peralatan akan dimasukkan dalam kontena (toyogo) yang bersih dan bertutup.

12.2 Penghantaran dilakukan 3 kali seminggu mengikut jadual yang ditetapkan.Sekiranya ada keperluan kecemasan penghantaran bolih dilakukan pada hari lain setelah menghubungi Hospital yang berkenaan.

12.3 Sebelum memasukkan peralatan yang dihantar untuk pensterilan,kotena hendaklah dibersihkan dengan disinfektan alcohol 70%.

12.4 Semua pek peralatan yang dihantar untuk pensterilan hendaklah direkod dalam buku rekod buku penghantaran dan laluan untuk membawa kontena akan dikeluarkan melalui bilik persalinan perempuan.

13.0 POLISI OPERASI TUNTUTAN PERALATAN STERIL DARI HOSPITAL RUJUKAN.

13.1 Semua peralatan yang telah menjalani proses pensterilan dituntut pada hari yang sama kecuali jika ada sebarang masalah yang tidak mengizinkan demikian.

- 13.2 Kontena yang digunakan hendaklah di disinfeksi terlebih dahulu dengan menggunakan alcohol 70 % sebelum memasukkan peralatan steril.
- 13.3 Kakitangan hendaklah mencuci tangan dengan handrub sebelum menyentuh pek steril. Peralatan steril hendaklah dikira kuantiti/jumlah seperti dalam borang/buku rekod penghantaran.
- 13.4 Semua peralatan dan bungkusan steril akan diasingkan mengikut kontena wad/unit masing-masing.
- 13.5 Semua pek peralatan yang steril akan diagihkan terus ke wad dan unit pada hari yang sama mengikut laluan yang telah ditetapkan dan hendaklah diterima oleh anggota wad / unit bersama dengan borang permohonan.
- 13.6 Kenderaan yang digunakan haruslah bersih dan mempunyai penghawa dingin untuk mengelakkan kontaminasi pada pek steril disepanjang perjalanan.
- 13.7 Kenderaan yang membawa pek steril tidak dibenarkan membawa peralatan lain dan membuat urusan lain dalam perjalanan.

14.0 POLISI KAWALAN INFEKSI DI UBBS

- 14.1 Semua anggota yang bertugas dimestikan menukar baju (Hospital attire) dan pakaian tersebut hendaklah ditukar apabila keluar dari unit.
- 14.2 Semua anggota hendaklah melakukan pencucian tangan:
- Sebelum dan selepas menjalankan setiap tugas.
 - sebelum menyentuh peralatan atau bahan steril.
- 14.3 Penerimaan peralatan terpakai dan pengeluaran bahan steril mengikut perjalanan (*traffic pattern*) yang ditetapkan.

14.4 *Pest control* hendaklah dikendalikan oleh syarikat konsesi mengikut jadual yang ditetapkan.

14.5 Pembersihan dilakukan oleh pihak konsesi mengikut jadual yang ditetapkan dan mematuhi garis panduan pembersihan kawasan khusus.

14.6 Pembuangan dan pelupusan sisa-sisa klinikal dan domestic hendaklah dilakukan oleh pihak konsesi berpandukan polisi pembuangan sisa-sisa klinikal mengikut jadual di tetapkan.

15.0 POLISI FASILITI DAN PERALATAN

18.0 PENGURUSAN ASET DAN INVENTORI

18.1 Semua anggota hendaklah bertanggungjawab menjaga dan memastikan semua aset berfungsi serta selamat digunakan.

18.2 Jika peralatan tidak berfungsi atau rosak aduan hendaklah dilakukan untuk tindakan penambahbaikan dan di rekod dalam buku "*service request*".

18.3 Penyelenggaraan hendaklah dilakukan oleh pihak sedafiat mengikut jadual yang ditetapkan dan direkodkan dalam buku penyelenggaraan aset.

18.4 Semua proses "*testing installation & commissioning*" & *user training* hendaklah dilaksanakan keatas semua asset baru yang diwakili oleh pembekal, staf ubbs, Jurutera, Staf sedafiat yang dilantik, pegawai asset yang bertanggungjawab dalam pendaftaran, penjagaan dan penyelenggaraan.

18.5 Aset yang dikenalpasti untuk pelupusan dan telah menerima cadangan pelupusan hendaklah mematuhi prosedur pelupusan aset alih kerajaan.

18.6 Penolong pegawai aset di unit yang dilantik hendaklah bertanggungjawab untuk mengemaskini rekod aset dan inventori.

16.0 AKTIVITI KUALITI

16.1 Analisis tentang peratusan peralatan yang di kembalikan ke wad / unit disebabkan tidak bersih akan dilakukan setiap 6 bulan.

16.2 Pek peralatan yang steril akan diperiksa melalui ujian “swab for culture & sensitivity” secara rawak setiap tahun atau apabila ada berlaku kejadian “*wound breakdown*”.

PERINGATAN

Semua kakitangan Hospital Kota Marudu adalah DILARANG untuk mengeluarkan sebarang

KENYATAAN atau MAKLUMAT RASMI atau pun TIDAK RASMI.