

Tarikh: 18 Julai 2023



**POLISI OPERASI
UNIT CSSU
HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II**

UNIT CSSU

HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II

BERKUAT KUASA MULAI: 01 Ogos 2023

No. Rujukan: HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01



POLISI OPERASI
UNIT CSSU
HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II

E-Mel : -
Tel./Ext. : 088-324600 / 2001

DISEDIAKAN OLEH :

(THIEN LEE LIN)
KETUA JURURAWAT U32


DISEMAK OLEH :

(IDA GOSIBIN)
PENYELIA JURURAWAT U36

DISAHKAN OLEH :


(DR FERRO FIRDAUS BIN IBRAHIM)
PENGARAH HOSPITAL

DIKEMASKINI PADA : 31 Julai 2023

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 3 dari 36
	PINDAAN DAN KEMASKINI		


**PINDAAN DAN KEMASKINI
POLISI OPERASI UNIT CSSU, HQE II**

BIL.	TARIKH PINDAAN	PERKARA	TARIKH DISEMAK SEMULA (3 TAHUN / ATAS KEPERLUAN)
1	17 Mac 2016	Polisi CSSU HQE II diwujudkan	16 Mac 2018
2	04 Julai 2018	Pindaan dan kemaskini	03 Julai 2021
3	01 Ogos 2023	Pindaan dan kemaskini	31 Julai 2026


	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 4 dari 36
	ISI KANDUNGAN		

ISI KANDUNGAN

PINDAAN DAN KEMASKINI	3
ISI KANDUNGAN	4
1. LATARBELAKANG	6
1.1 PENGENALAN	6
1.2 VISI	6
1.3 MISI	6
1.4 OBJEKTIF	6
1.5 PIAGAM PELANGGAN	6
2. STRUKTUR ORGANISASI	7
2.1 CARTA ORGANISASI	7
2.2 SKOP PERKHIDMATAN	8
3. PENGURUSAN KLINIKAL	9
3.1 POLISI DASAR AM CSSU	9
3.2 KESIHATAN DAN KEBERSIHAN DIRI	9
3.3 ETIKA PAKAIAN	10
3.4 JADUAL OPERASI CSSU	11
3.5 ZON DEKONTAMINASI	11
3.6 PENERIMAAN DAN PENGENDALIAN PERALATAN TERCEMAR	12
3.7 KAEDAH PEMBERSIHAN	14
3.8 PEMERIKSAAN DAN PENYUSUNAN	15
3.9 PEMBUNGKUSAN	16
A .PEMBUNGKUSAN PERALATAN	16
B. PEMBUNGKUSAN LINEN	18
C. PEMBUNGKUSAN SOFT DRESSING	18
D. JENIS – JENIS SOFT DRESSING	19

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 5 dari 36
	ISI KANDUNGAN		

3.10 PELABELAN PEK SEBELUM PEMBUNGKUSAN.....	20
3.11 PENSTERILAN	20
A .SEBELUM PENSTERILAN.....	20
B. SEMASA PENSTERILAN.....	21
C. SELEPAS PENSTERILAN.....	22
3.12 STOR PENYIMPANAN PRODUK STERIL.....	23
3.13 PENGURUSAN PENERIMAAN LOANER SET DARI PEMBEKAL.....	24
3.14 PENJAGAAN ITEM <i>IMPLANTS</i>.....	25
3.15 PENGURUSAN PANGGILAN BALIK (<i>RECALL SYSTEM</i>).....	26
3.16 PENGURUSAN PERALATAN BERJANGKIT (<i>BIOHAZARD</i>).....	27
3.17 PENGURUSAN PENERIMAAN PERALATAN DARI HOSPITAL LAIN DAN KLINIK KESIHATAN.....	28
3.18 PENGURUSAN PENGHANTARAN PERALATAN KE HOSPITAL LAIN UNTUK PENSTERILAN.....	28
3.19 PENGURUSAN KEHILANGAN ALATAN <i>SURGICAL / INSTRUMENTS</i>.....	29
4.0 POLISI KESELAMATAN CSSU.....	31
5.0 LAMPIRAN.....	32
6.0 RUJUKAN.....	36

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 6 dari 36
	PINDAAN DAN KEMASKINI		

1. LATARBELAKANG

1.1 PENGENALAN

1.1.1 Unit Perkhidmatan Bahan Steril Hospital Queen Elizabeth II mulai berfungsi pada 16 Oktober 2010. Terletak di Aras Basement bersebelahan dengan Jabatan Perubatan Tranfusi .

1.2 VISI

1.2.1 Unit CSSU menjadi pusat kecemerlangan dalam penyediaan perkhidmatan- perkhidmatan pensterilan dan bekalan peralatan.

1.3 MISI

1.3.1 Unit CSSU dapat menyediakan produk-produk steril yang selamat dan bermutu bagi penjagaan pesakit melalui sistem pengawasan yang cekap.

1.4 OBJEKTIF

1.4.1 Untuk menyediakan perkhidmatan bekalan dan pensterilan peralatan perubatan dengan tujuan mencegah dan mengawal infkese di hospital dengan memenuhi keperluan peralatan dan bahan steril di setiap wad dan unit.


1.5 PIAGAM PELANGGAN

1.5.1 Memberi layanan yang mesra, sopan dan dilayan dalam masa 5 – 10 minit.

1.5.2 Membekalkan product steril yang mencukupi kepada semua unit wad dan klinik pada setiap masa mengikut jadual yang ditetapkan.

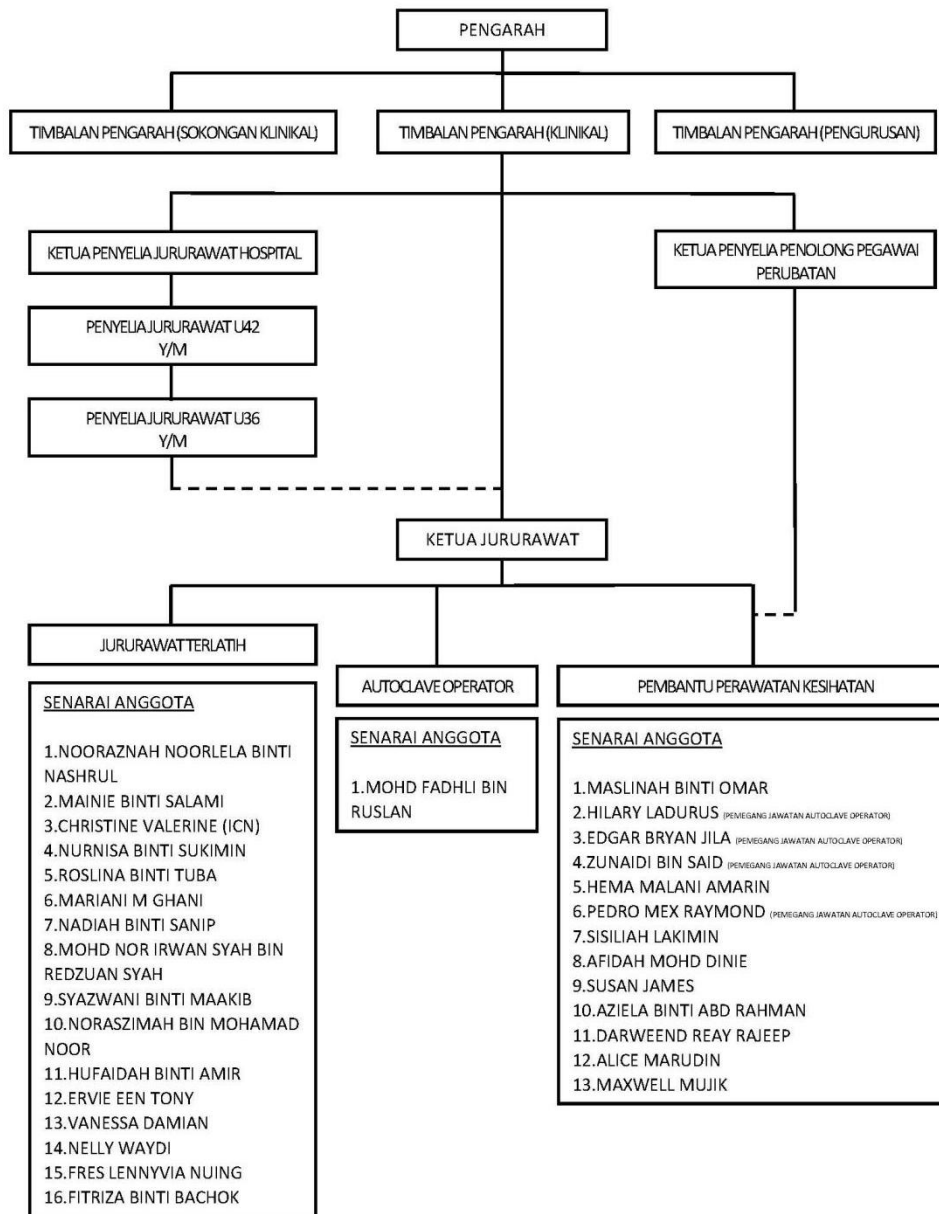
1.5.3 Memastikan produt steril sentiasa dalam keadaan baik,tidak basah atau koyak dan dan bungkusannya adalah sempurna mengikut teknik yang betul.


1.5.4 Memberi perkhidmatan bagi kes kecemasan.

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II	
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01
	No. Siri : 03	
		Muka Surat 7 dari 36
STRUKTUR ORGANISASI		

2. STRUKTUR ORGANISASI

2.1 CARTA ORGANISASI CSSU




	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II	
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01
	PINDAAN DAN KEMASKINI	

No. Siri : 03

Muka Surat 8 dari 36

2.2 SKOP PERKHIDMATAN

- 2.2.1 Menerima, Mengasing, Mencuci, Mengering, Memeriksa, Membungkus dan mensterilkan peralatan-peralatan yang digunakan semula untuk kegunaan hospital.
- 2.2.2 Memberi perkhidmatan dalam pensterilan peralatan-peralatan dan bahan-bahan mentah dari pusat- pusat Kesihatan .
- 2.2.3 Menerima peralatan *loaner* dari pihak pembekal yang peralatan akan digunapakai dalam kes –kes pembedahan.
- 2.2.4 Memberi perkhidmatan pensterilan atas keperluan hospital lain kerana kerosakan Autoclave.
- 2.2.5 Membuat dan menyediakan '*soft dressing*' untuk kegunaan semua unit, wad dan klinik Hospital Queen Elizabeth II.
- 2.2.6 Pembekalan product steril untuk kegunaan semua unit, wad dan klinik Hospital Queen Elizabeth II.
- 2.2.7 Penyimpanan semua product steril selepas pensterilan sebelum pengeluaran.
- 2.2.8 Meminta sebutharga dari syarikat pembekal mengenai item konsumable dan peralatan yang perlu dibeli.
- 2.2.9 Menyediakan anggaran pembelian perkhidmatan dan mengemukakan kepada pegawai farmasi untuk urusan pembelian tersebut.

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 9 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		


3. PENGURUSAN KLINIKAL

3.1 POLISI DASAR AM CSSU

- 3.1.1 Kawalan Trafik hendaklah dikuatkuasa dengan ketat di CSSU.
- 3.1.2 Semua pintu harus sentiasa bertutup pada setiap masa.
- 3.1.3 Pintu di pintu masuk utama adalah satu –satunya pintu yang digunakan untuk memasuki CSSU.

3.2 KESIHATAN DAN KEBERSIHAN DIRI

- 3.2.1 Kebersihan diri hendaklah dipatuhi dan dimaklumkan kepada semua pekerja:
 - i) Kuku jari hendaklah sentiasa pendek dan bersih.
 - ii) Barang kemas dan jam tangan tidak boleh dipakai.
 - iii) Pengilat kuku mahupun kuku tiruan tidak boleh dipakai.
 - iv) Rambut hendaklah ditutup sepenuhnya.
- 3.2.2 Semua anggota yang bekerja di CSSU hendaklah bebas daripada penyakit kulit, penyakit berjangkit, penyakit mental dan kecacatan fizikal.

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II	
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01
	PENGURUSAN KLINIKAL	
		No. Siri : 03
		Muka Surat 10 dari 36

3.3 ETIKA PAKAIAN

3.3.1 Semua anggota yang bekerja di CSSU hendaklah memakai pakaian klinikal CSSU dan tukar apabila keluar.

Rujuk Rajah 1

3.3.2 Anggota CSSU yang mengendalikan mesin autoclave hendaklah menggunakan sarung tangan yang jenis *resistant heat* untuk mengelak dari kelecuman atas wap panas dari autoclave.

Rujuk Rajah 2




Rajah 1



Rajah 2

3.3.3 Kasut/*clogs* yang dipakai di dalam unit hendaklah dibersihkan, tapaknya kukuh dan tidak tergelincir.

3.3.4 Pelawat yang memasuki CSSU hendaklah mematuhi pakaian Klinikal CSSU.

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 11 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		

3.4 JADUAL OPERASI CSSU


3.4.1 Masa Operasi CSSU adalah setiap hari iaitu Isnin hingga Ahad seperti dalam jadual berikut. Anggota CSSU juga menjalankan tugas atas panggilan (*on call*).

HARI	MASA PENGHANTARAN SET KOTOR	MASA PENGAGIHAN PERALATAN STERIL
ISNIN-JUMAAT	7.00 PAGI -9.00 PAGI	9.15 PAGI – 11.00 PAGI
	1.00 PETANG -2.00 PETANG	2.15 PETANG-4.00 PETANG
	4.00 PETANG - 9.00 MALAM	
SABTU,AHAD DAN HARI KELEPASAN AM	7.00 PAGI -9.00 PAGI	9.15 PAGI – 11.00 PAGI
	1.00 PETANG - 2.00 PETANG	

3.4.2 Anggota CSSU menjalankan tugas atas panggilan mengikut jadual tugas yang ditetapkan atas keperluan perkhidmatan terutama Dewan Bedah Am dan Kardiak di Hospital Queen Elizabeth II.

3.5. ZON DEKONTAMINASI

- 3.5.1 Ia hendaklah mempunyai bekalan elektrik, bekalan air pencahayaan dan sistem pengudaraan yang mencukupi.
- 3.5.2 Sistem pengudaraan yang selamat dan mencukupi dengan menggunakan sistem penghawa dingin berpusat.
- 3.5.3 Kawasan pemunggahan hendaklah mencukupi untuk kebolehergerakan anggota dan troli.
- 3.5.4 Lantai perlulah diperbuat daripada bahan yang tahan tekanan, tidak licin dan tiada pengumpulan air pada bila-bila masa.
- 3.5.5 Sinki berkembar dengan paip jenis *stainless steel* dengan bekalan air panas dan air sejuk dibekalkan.

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 12 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		

3.5.6 Kawasan dekontaminasi dilengkapi dengan peralatan seperti berikut :

- i. *Washer disinfectant /Decontaminator with accessories.*
- ii. *Machine Dryer.*
- iii. *Collection trolley.*
- iv. *Magnifying Glasses*

3.5.7 Setiap washer disinfectant mempunyai paip dan soket individu.

3.5.8 Anggota CSSU yang mengendalikan penerimaan peralatan tercemar hendaklah memakai :

- a) *Surgical cap*
- b) *Mask*
- c) *Long sleeved apron/long sleeved water repellent gown*
- d) *Rubber glove*
- e) *Shoes.*

Rujuk Rajah 3

3.5.9 Anggota yang bertugas di zon dekontaminasi mesti memakai *personal protective Equipment (PPE)* yang lengkap seperti:

- a) *Long sleeved gown with thumb hook*
- b) *Elbow length glove*
- c) *Mask*
- d) *Face Shield*
- e) *Boots*

Rujuk Rajah 4


3.6 PENERIMAAN DAN PENGENDALIAN PERALATAN TERCEMAR

3.6.1 Semua anggota yang ditugaskan ke Zon Dekontaminasi hendaklah dihadkan dengan ketat di kawasan yang ditetapkan. Jika perlu, anggota hendaklah mandi dan menukar pakaian klinikal dengan sewajarnya.

3.6.2 Semua peralatan yang dikembalikan kepada CSSU dianggap tercemar dan hendaklah dihantar ke kawasan dekontaminasi.

3.6.3 Peralatan atau set –set prosedur yang tercemar dari semua wad, klinik, unit dan dewan bedah perlu dikontaminasi terlebih dahulu dengan menggunakan *Naso Protect 100S foaming disinfection spray* sebelum dihantar ke CSSU.

3.6.4 Peralatan yang *delicate* hendaklah dikendalikan dengan berhati-hati untuk mengelakkan kerosakan.

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II	
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01
	PENGURUSAN KLINIKAL	
		No. Siri : 03
		Muka Surat 13 dari 36




Rajah 3



Rajah 4

- 3.6.5 Melaksanakan kerja penerimaan mengikut jadual dan masa yang ditetapkan.
- 3.6.6 Penerimaan peralatan kotor yang dihantar ke CSSU perlu diperiksa oleh anggota CSSU dan anggota wad dengan senarai semak yang disediakan untuk mengenalpasti kelengkapan kuantiti dan jenis set tersebut.
- 3.6.7 Mana –mana item sekali guna (*single use items*) hendaklah dikembalikan dan tidak boleh proses mengikut polisi *no reprocessing single use*.
- 3.6.8 Semua peralatan set kotor yang dihantar ke CSSU harus diperiksa dahulu oleh anggota wad untuk mengenalpasti tidak mempunyai objek tajam .
- 3.6.9 Insiden report dibuat jika peralatan tercemar mengandungi objek tajam
- 3.6.10 Maklumkan kepada pengurus CSSU untuk sebarang peralatan yang tidak lengkap semasa peralatan diterima.
- 3.6.11 Surat penolakan set diberi ke wad berkenaan berkaitan peralatan yang tidak lengkap untuk tindakan selanjut .
- 3.6.12 Rekod jumlah peralatan yang telah diterima dalam buku penerimaan.


	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 14 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		

3.7 KAEDAH PEMBERSIHAN

- 3.7.1 Pembersihan hendaklah dilakukan secara manual, secara mekanikal atau gabungan kedua-dua kaedah.
- 3.7.2 Kaedah pembersihan yang dipilih hendaklah berkesan, tidak menjejaskan kefungsiannya peralatan.

A) MANUAL CLEANING

- 3.7.3 Isi sinki dengan air suam dan detergent mengikut kepekatan yang disyorkan oleh pengilang.
- 3.7.4 *Dismantle* semua item untuk pembersihan.
- 3.7.5 Instrument hendaklah dibersihkan dibawah air untuk meminimumkan aerosalisasi. Basuh semua permukaan item termasuk lumen dan injap.
- 3.7.6 Bilaskan item dalam air suam .
- 3.7.7 Keringkan di dalam cabinet pengeringan.
- 3.7.8 Periksa tahap kebersihan peralatan yang dicuci sebelum dihantar untuk kawasan bersih.
- 3.7.9 Gunakan *antirust* untuk membersihkan *stubborn stain* pada item peralatan yang disyorkan oleh pengilang.


	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 15 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		

B) MECHANICAL CLEANING

- 3.7.10 Peralatan pembersihan mekanikal membuang *soil* dan mikroorganisma melalui proses pembersihan dan pembilasan secara automatic.
- 3.7.11 Mesin dimuatkan dengan *instruments* yang kotor yang disusun dalam setiap *perforated basket* dan pintu dikunci sebelum kitaran dimulakan.
- 3.7.12 *Washer Disinfector* mempunyai kitaran seperti:
- i) Pra bilas dengan air
 - ii) Basuh dalam air suam dengan agent pembersih ditambah mengikut dengan cadangan pengeluar.
 - iii) Satu atau lebih bilas dengan air panas pada suhu 80°C dengan agent pengering mengikut saranan pengilang.
 - iv) Biarkan kandungan pada suhu yang mengakibatkan pengeringan.
- 3.7.13 Semua peralatan tercemar dalam washer Disinfector akan diuji untuk tahap kebersihan. Ujian Setiap *Washer Disinfector* dengan menggunakan *Cleaning indicator* dibuat sekali dalam sehari.

3.8 PEMERIKSAAN DAN PENYUSUNAN

- 3.8.1 Terima peralatan yang telah dibersihkan dan dikeringkan.
- 3.8.2 Periksa tahap kebersihan peralatan, jika ada peralatan yang kurang bersih kembalikan ke bahagian dekontaminasi.
- 3.8.3 Kira bilangan peralatan mengikut senarai semak yang ditetapkan. Jika tidak cukup rujuk pada jururawat yang menerima untuk mendapat kepastian. Cari peralatan di kawasan dekontaminasi Inform Ketua Unit.
- 3.8.4 Periksa dan uji fungsi peralatan mengikut kriteria berikut;
- a) Tajam
 - b) *Grip*
 - c) Ketat
 - d) Retak
 - e) *corrison*
 - f) Berlubang-lubang (*pitted*)


	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 16 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		

- 3.8.5 Ganti atau baiki peralatan jika mempunyai ciri ciri tersebut pada nombor
- 3.8.6 Semua *ratches instrument* hendaklah tetap dibuka atau dikunci pada kedudukan *ratches* pertama sebelum pembungkusan untuk membenarkan agen pensterilan bersentuhan dengan semua bahagian *instruments*.
- 3.8.7 Jika *lubricant* diperlukan ia hendaklah jenis larut air dan digunakan mengikut arahan pengilang.
- 3.8.8 Setiap set peralatan adalah diperiksa oleh 2 orang jururawat yang bertugas untuk mengenalpasti kelengkapan set tersebut.
- 3.8.9 Aturkan semua set dengan teliti mengikut senarai semak. Catitkan kod nama jururawat.
- 3.8.10 Pastikan set peralatan yang lengkap disusun untuk dihantar ke meja penyediaan.


3.9 PEMBUNGKUSAN

A. PEMBUNGKUSAN PERALATAN

- 3.9.1 Aktiviti pembungkusan mestilah dilaksanakan di bahagian yang dikhususkan
- 3.9.2 Keperluan di bahagian pembungkusan adalah seperti berikut:
 - i. Pencahayaan yang mencukupi.
 - ii. Sistem pengudaraan yang mencukupi menggunakan sistem penghawa dingin berpusat.
 - iii. Lantai dan dinding perlu diperbuat daripada bahan yang tahan tekanan/kalis air/tidak merangkap habuk.
 - iv. Menggunakan meja jenis *stainlees steels*.
- 3.9.4 Bahan pembungkusan mesti bersesuaian dengan proses pensterilan mengikut standard yang ditetapkan.
 - i. Bahan pembungkusan hendaklah membenarkan penyingkiran udara dari pek, penembusan agen pensterilan ke dalam pek.
 - ii. Membenarkan pengeluaran yang efisien.
 - iii. Ia adalah penghalang tembusan mikroorganisma.
 - iv. Jenis Kalis air/cecair.
 - vi. Bersesuaian dari segi saiz, bentuk dan bahan alat yang perlu disterilkan
 - vii. Ia tahan koyak dan menusuk dalam penggunaan biasa.
 - ix. Ia melindungi kandungan bungkusan daripada kerosakan fizikal.

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 17 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		

- 3.9.4 x. Bahan yang digunakan untuk pembungkusan hendaklah serasi dengan item yang dibungkus dan kaedah pensterilan yang dipilih.
xi. Pembungkusan digunakan mengikut pengeluar pembungkusan dan arahan bertulis pengeluar.
- 3.9.5 JENIS –JENIS BAHAN PEMBUNGKUSAN
- i. *Woven textile* (linen)
 - ii. *Non Woven materials* (Bahan pembungkus pakai buang)
 - iii. *Rigid container system*
- 3.9.6 Kaedah pembungkusan yang dibungkus hendaklah mengikut kepada *Malaysian Standard Of Sterilization Process*.
- 3.9.7 Peralatan yang dibungkus adalah mengikut kaedah:
- *Envelope Fold*
 - *Square Fold*
- (Rujuk lampiran A).
- 3.9.8 Semua bungkusan adalah dibungkus mengikut kaedah yang disyorkan sebanyak 2 lapisan.
- 3.9.9 Setiap pek bungkusan hendaklah mempunyai pita penunjuk proses pensterilan yang direka bentuk untuk pensterilan di bahagian luar pek (*external indicator*).*Internal indicator* hendaklah digunakan dalam semua pek.
- 3.9.10 Penggunaan pita penunjuk adalah untuk menunjukkan bahawa item tersebut telah terdedah kepada kaedah pensterilandan tidak boleh dianggap satu bukti *sterility*.
- 3.9.11 Tiada tulisan pada bahagian kertas yang boleh merosakan materials dan dakwat boleh mengalir dan mencemarkan kandungan bungkusan.
- 3.9.12 *Peel pouches* biasanya digunakan untuk item yang kecil dan ringan.
- 3.9.13 *Double pouches* disediakan dan tidak boleh melipat *inner pouch* kerana ini boleh mengganggu penyingkiran udara dan penembusan *steam*.


	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 18 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		

B. PEMBUNGKUSAN LINEN

- 3.9.14 Memantau dan memastikan bilik linen dibersihkan oleh syarikat konsesi.
- 3.9.15 Menerima linen bersama nota penghantaran dan mengira linen yang dibekalkan oleh syarikat konsesi mengikut jadual yang ditetapkan.
- 3.9.16 Asingkan linen mengikut jenis dan saiz dan susun ke dalam alamri linen.
- 3.9.17 Periksa linen secara rambang dan asingkan linen yang tidak menepati keperluan.
- 3.9.18 Rekod jumlah linen yang diterima dan ditolak (*reject*) dalam buku rekod linen.
- 3.9.19 Isi borang penolakan bagi jenis dan jumlah linen yang tidak menepati keperluan untuk mendapat gantian daripada syarikat konsesi.
- 3.9.20 Membuat stok gantian mengikut jumlah pengeluaran yang dipesan oleh semua Jabatan/ Unit/ Wad/Klinik.
- 3.9.21 Membuat pembungkusan linen mengikut kaedah yang ditetapkan. Hantarkan linen yang telah dipek untuk disteril .
- 3.9.22 Rekodkan semua penggunaan linen .


C. PEMBUNGKUSAN *SOFT DRESSING*

- 3.9.23 Memantau dan memastikan kawasan penyediaan *soft dressing* dibersihkan mengikut jadual.
- 3.9.24 Memeriksa *soft dressing* secara terperinci sebelum dan semasa membuatnya mengikut kriteria berikut:
 - Kebersihan
 - Habuk
 - Kesempurnaan.
- 3.9.25 Sediakan *soft dressing* mengikut keperluan dan tatacara yang telah ditetapkan.
- 3.9.26 Membungkus *soft dressing* dengan saiz *crepe paper* yang sesuai.
- 3.9.27 Membuat stok gantian mengikut jumlah pengeluaran yang dipesan oleh semua Jabatan/Unit/Wad/Klinik.
- 3.9.28 Rekod jumlah *soft dressing* yang telah diproses dan membuat stok gantian harian.

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 19 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		

D. JENIS – JENIS *SOFT DRESSING*

- 3.9.29 Setiap hari anggota CSSU akan menyediakan, membungkus jenis jenis soft dressing mengikut pembahagian yang ditetapkan selepas proses pencucian, pemeriksaan, pembungkusan dan pengagihan selesai.
- 3.9.30 Berikut merupakan jenis jenis soft dressing yang disediakan untuk kegunaan semua unit, klinik dan wad di Hospital Queen Elizabeth II.
- 3.9.31
- a) Plain Gauze size 7.5 x7.5cm x24ply
 - b) Plain Gauze size 10cmx10cm x24ply
 - c) Raytax Gauze size 10cmx10cmx32ply
 - d) Burn Gauze
 - e) Abdominal Gauze with x ray detectable linesize 23x29cmx32ply
 - f) Abdominal Gauze with x ray detectable linesize 23x29cmx32ply
 - g) Cotton pack
 - h) Ribbon Gauze
 - i) Lehay Swab
 - j) Gamgee pack
 - k) CABG pack
 - l) Laporoscopic pack
 - m) Tonsil swab
 - n) crepe bandage pelbagai size
- 3.9.32 Penggantian stok steril dibuat setiap hari mengikut penggunaan .
- 3.9.33 Semua anggota CSSU bertanggungjawab atas stok lebihan disimpan dan disediakan untuk kegunaan kecemasan.
- 3.9.34 Rekodkan semua jenis soft dressing yang dilakukan.

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 20 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		

3.10 PELABELAN PEK SEBELUM PENSTERILAN


- 3.10.1 Bungkus hendaklah sentiasa dilabelkan sebelum pensterilan.
- 3.10.2 Pen Penanda pensterilan yang digunnakan untuk menanda pembungkusan adalah jenis tidak toksik,tidak luntur dan sesuai untuk *steam*.
- 3.10.3 Pelabelan hendaklah menunjukkan:
- a) Nama pek
 - b) Nombor set (jika ada)
 - c) Load number
 - d) Nombor Autoclave
 - e) Tarikh disterilkan.
 - f) Integriti pek (JANGAN GUNAKAN JIKA PEK ROSAK ATAU KOYAK)
- 3.10.4 Gunakan *autoclave tape* bagi tujuan pelabelan semua bungkus pek.

3.11 PENSTERILAN

- 3.11.1 Jenis pensterilan - *Steam Sterilizer*

A. SEBELUM PENSTERILAN


- 3.11.2 Memantau dan memastikan penyelenggaraan setiap mesin telah dilakukan oeh piak konsesi.
- 3.11.3 Periksa aksesori sterilizer seperti *paper roll*
- 3.11.4 Pembersihan mesin Autoclave bahagian luar dan bahagian dalam dibuat oleh anggota Autoclave Operator setiap pagi sebelum memulakan proses pensterilan.
- 3.11.5 Mesin autoclave dikendalikan oleh anggota yang berpengalaman dan bertauliah.
- 3.11.6 Anggota yang mengendalikan mesin autoclave adalah bertanggungjawab mengawasi proses pensterilan mesin sehingga tamat dan melaporkan sebarang kerosakan dengan jururawat incharge pada masa tersebut.
- 3.11.7 Mesin autoclave tidak boleh beroperasi tanpa sijil dari JKPP. Sijil JKPP mesti dipamerkan berdekatan dengan setiap mesin autoclave tersebut.

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 21 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		

- 3.11.8 Jalankan ujian –ujian sterilizer mengikut peraturan yang ditetapkan:
- 3.11.9 i. *Dummy Run* – Kitaran pensterilan dijalankan dengan chamber kosong untuk menyingkirkan udara yang tinggal dalam chamber tersebut. Dilakukan setiap pagi. (untuk sesetengah mesin yang mempunyai progame tersebut.)
- 3.11.10 ii. *Bowie Dick Test* – Pek ujian dijalankan setiap hari, untuk memantau fungsi keberkesanan sistem vakum.
- 3.11.11 iii. *Leak late test (Vaccum test)* – Pensteril wap mesti diuji sekali seminggu untuk ketahui kebocoran udara dalam *chamber* semasa penyingkiran dan pengeringan.
- 3.11.12 iv. *Biological Indicator test (Attest)* dan setiap hari dan untuk semua peralatan yang mempunyai implant.
- 3.11.13 Memantau, menganalisa dan merekod ujian-ujian sterilizer yang telah dijalankan. Jika keputusan ujian gagal dan tidak memuaskan ambil tindakan seperti laporkan kepada pihak konsesi berkenaan dan membuat laporan.
- 3.11.14 Semua keputusan ujian hendaklah direkod, setelah disahkan oleh ketua CSSU atau jururawat incharge dan difailkan.
Untuk peralatan yang ada *implant*, set akan di kuaratin sehingga ada keputusan.
- 3.11.15 Jika peralatan dan implant diambil atau *release* sebelum keputusan *Biological Indicator* atas keperluan kecemasan, maka satu borang '*Exception From Premature Release*' mesti diisi oleh pihak pengguna dan mengembalikan borang tersebut ke CSSU dalam masa 24 jam.
- 3.11.16 Jika keputusan *biological indicator* menunjukkan ada kegagalan, mengikut protocol sistem *recall* akan dilakukan dan membuat laporan kepada pihak konsesi. Proses semula semua peralatan berkenaan yang telah disterilkan.

B. SEMASA PENSTERILAN


- 3.11.17 Rekodkan pek yang diterima dan tentukan kaedah pensterilan samada menggunakan *Fabric cycle* (132°C-134°C) atau *Rubber cycle*. (121°C)
- 3.11.18 Memastikan semua peralatan, linen dan *soft dressing* mempunyai kriteria seperti berikut sebelum memulakan proses pensterilan.
- i. Nama Peralatan Set
 - ii. Nombor Set (jika ada)

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 22 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		

- 3.11.19
 - iii. Tarikh disteril
 - iv. Nombor pusingan (*cycle*) Autoclave
 - v. Nombor mesin Autoclave
 - vi. Integriti pek **(JANGAN GUNAKAN JIKA PEK ROSAK ATAU KOYAK)**
- 3.11.20 Memantau penyusunan yang dijalankan oleh Operator Autoclave mengikut peraturan yang ditetapkan.
- 3.11.21 Tolak muatan ke dalam *chamber* autoclave dan mulakan pusingan pensterilan mengikut kaedah yang ditetapkan. Memastikan setiap pusingan tidak *overload*.
- 3.11.22 Lakukan pemantauan tekanan, suhu dan jangkamasa setiap pusingan sehingga tamat proses dan merekod dalam buku mengikut pusingan dan nombor mesin autoclave.

C. SELEPAS PENSTERILAN

- 3.11.23 Sejukkan pek di tempat yang dikhaskan sehingga sejuk selama 30 minit. Semasa proses penyejukan pek steril tidak boleh disentuh untuk mengelakkan dari kontaminasi.
- 3.11.24 Tujuan proses penyejukan adalah untuk mengelakkan kondensasi berlaku .
- 3.11.25 Periksa integriti pek berdasarkan kriteria berikut:
- 3.11.26
 - i. *Indikator tape* bertukar warna sekata /tidak sekata
 - ii. *Indikator tape* melekat/tertanggal.
- 3.11.27
 - iii. *Crepe paper* pembungkusan mesti bersih, tidak koyak dan kering.
- 3.11.28
 - iv. Label peralatan melekat atau tertanggal.
- 3.11.29 Hantar semua peralatan steril yang telah disejukkan ke Stor Steril.


	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 23 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		

3.12 STOR PENYIMPANAN PRODUK STERIL

- 3.12.1 Anggota mesti berpakaian kemas, bersih dan cap. Tangan dibersihkan sebelum memasuki stor steril.
- 3.12.2 Kawasan simpanan steril biasanya kawasan tertutup yang menghadkan akses trafik anggota.
- 3.12.3 Product steril hendaklah disimpan di kawasan khusus dan dengan cara yang mengurangkan potensi pencemaran.
- 3.12.4 Product steril hendaklah disimpan cukup jauh dari pintu, siling dan dinding luar untuk membolehkan peredaran udara yang mencukupi dan kemudahan pembersihan.
- 3.12.5 Anggota yang bertugas di stor sterile harus memastikan tangan bersih dan kering sebelum mengendalikan product steril.
- 3.12.6 Suhu dan kelembapan dipantau dan direkod 2 kali sehari. Jika suhu dan kelembapan tidak menepati, buat aduan kepada pihak konsesi.

SUHU	KELEMBAPAN
18°C-22°C	50%-60%


- 3.12.7 Periksa dan susun product steril mengikut polisi penjagaan set steril
 - i. Tarikh, nama dan nombor set dengan jelas
 - ii. External Indicator bertukar warna sekata
 - iii. Bungkus set tidak koyak.
 - iv. Jenis dan nama set/item
 - v. Kaedah masuk dahulu keluar dahulu (*FIFO*). Ini untuk memastikan produk lama digunakan terlebih dahulu.
 - vi. Kedudukan product steril mestilah
 - jarak 2inci dari dinding
 - ketinggian 8 inci dari aras lantai
 - ketinggian 18 inci dari aras siling.

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 24 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		

- 3.12.8 Semua product steril tidak mempunyai tarikh luput. Ia adalah *event related*.
- 3.12.9 Stor steril hanya menyimpan produk steril.
- 3.12.10 Sebarang bungkusan yang kelihatan koyak, kotor atau basah hendaklah dikeluarkan untuk diproses semula.
- 3.12.11 Untuk keselamatan, produk steril yang berat dan besar hendaklah disimpan di rak tengah dan rak bawah. Produk yang ringan diletak di rak atas.
- 3.12.12 Pembersihan kawasan dimulakan dari stor steril sebelum ke kawasan lain.
- 3.12.13 Pembersihan rak-rak penyimpanan produk steril dilakukan sekali seminggu dengan menggunakan spirit 70% dan rekod dalam buku pembersihan.
- 3.12.14 Pemeriksaan inventori dilakukan sebelum produk dibekalkan. 2 kali sehari iaitu setiap pagi dan waktu petang sebelum tamat shift.


3.13 PENGAGIHAN PRODUK STERIL

- 3.13.1 Pengagihan produk steril hendaklah dikendalikan oleh seorang jururawat dan seorang Pembantu perawatan Kesihatan yang dilatih.
- 3.13.2 Waktu pengagihan produk steril dilakukan 2 kali mengikut jadual yang ditetapkan.
- 3.13.3 Pengagihan produk steril hendaklah menggunakan troli yang sesuai.
- 3.13.4 Semak dengan teliti nama dan kuantiti produk steril mengikut borang pesanan.
- 3.13.5 Bekalkan dengan teliti dan cermat kepada semua end user mengikut permintaan.
- 3.13.6 Buatkan bancian produk steril yang telah dibekalkan setiap hari.
- 3.13.7 Semua *owing items* direkodkan menggunakan pen merah.
- 3.13.8 Buku permohonan dan borang pesanan produk steril perlu ditandatangani oleh penerima dan pembekal.
- 3.13.9 Pihak pengguna menggunakan *container* yang label BERSIH untuk menyimpan produk steril.

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 25 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		


3.14 PENGURUSAN PENERIMAAN *LOANER* SET DARI PEMBEKAL.

- 3.14.1 Permintaan dari *loaner* harus dimaklumkan kepada CSSU dan OR.
- 3.14.2 Ketua Unit dan jururawat CSSU menerima makluman dari pembekal *loaner* atau jururawat dari Dewan Bedah tentang penghantaran berkenaan.
- 3.14.3 Pengaturan untuk peralatan *loaner* hendaklah tiba di kawasan yang ditetapkan sekurang –kurangnya 24 jam sebelum masa mula pembedahan. Jika tidak, sekurang – kurangnya pada jam 5 petang sebelum kes yang dijadualkan. Ini adalah untuk membenarkan pihak CSSU mempunyai masa yang mencukupi untuk menjalankan proses pemeriksaan, pembersihan, pembungkusan dalaman dan pensterilan *instruments* mengikut dasar dan prosedur.
- 3.14.4 Peralatan *loaner* yang diterima dianggap tercemar, ini termasuk item yang dibungkus dari kemudahan lain. Oleh itu semua peralatan *loaner* hendaklah dihantar terus ke kawasan dekontaminasi CSSU.
- 3.14.5 Jururawat yang bertugas akan memeriksa *instruments* dan *implants* bersama dengan pembekal mengikut helaian inventori yang dibawa. Kenal pasti kuantiti nombor katolog dan keterangan.
- 3.14.6 Jururawat hendaklah menyemak instrument *loaner* untuk ketepatan dan kesempurnaan. CSSU tidak bertanggungjawab untuk sebarang item yang tidak disenaraikan dalam senarai helaian inventori pembekal.
- 3.14.7 Tentukan tanggungjawab untuk memastikan berat set tidak melebihi **25 paun (11KG)**
- 3.14.8 Semua peralatan *loaner* yang diproses akan dilabelkan dengan Nama pembekal
Nama dan Kad Pengenalan pesakit yang mengguna peralatan tersebut.
- 3.14.9 Pembekal menghantar peralatan mengikut jadual yang ditetapkan dan laluan *alternative* atas sebab-sebab tertentu.

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 26 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		


3.15 PENJAGAAN *ITEM IMPLANTS*

- 3.15.1 Mempunyai polisi dan prosedur bertulis untuk proses penjagaan, pengendalian dan pensterilan implant yang dibekalkan tidak steril daripada pengilang.
- 3.15.2 *Implant* yang telah diimplan sebelum ini tidak boleh digunakan semula.
- 3.15.3 *Implant* hendaklah dilindungi daripada sebarang kerosakan
- 3.15.4 Anggota yang mengendalikan *implant* hendaklah memakai sarung tangan yang bersih, bebas daripada gris, serbuk bahan kimia dan bahan badan.
- 3.15.5 Jururawat yang menyediakan item *implant* harus melekatkan label pada item yang menunjukkan item adalah implant.
- 3.15.6 Setiap item *implants* hendaklah dilabelkan dengan
Tarikh pensterilan
Kitaran dan nombor Autoclave
Untuk membantu seikrannya berlaku sistem panggilan balik (*Recall System*).
- 3.15.7 Ujian *Biological Indicator (BI)* hendaklah digunakan untuk memantau setiap instruments yang mengandungi implant. Implant hendaklah ditahan dalam kuarantin sehingga keputusan *BI* dibaca sebagai NEGATIVE.
- 3.15.8 *Implant* hendaklah disterilkan mengikut saranan pengilang.
- 3.15.9 Kitaran pensterilan dan pemantauan hendaklah didokumenkan.
- 3.15.10 Mengenalpastikan kegunaan *implant* samada *urgent* atau *elective*.
- 3.15.11 Jika *urgent*, pakar Dewan Bedah akan mengisi borang *Exception Form Premature Release* (mengikut disiplin) dan dikembalikan kepada CSSU dalam tempoh masa 24 jam.
Maklum semula kepada pakar di Dewan Bedah apabila ada keputusan *BI*.

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 27 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		

3.16 PENGURUSAN PANGGILAN BALIK (RECALL SYSTEM)

- 3.16.1 Mempunyai polisi dan prosedur bertulis untuk menarik balik produk steril yang bertujuan menjaga keselamatan pesakit dan kemudahan penjagaan kesihatan.
- 3.16.2 Polisi dan prosedur ini hendaklah didokumenkan dan rekod disimpan. Penarikan balik produk steril apabila terdapat bukti kegagalan proses pensterilan. Keputusan *Biological Indicator* positif.
- 3.16.3 Jururawat incaj memaklumkan kepada ketua unit CSSU tentang keputusan Biological Indicator disyaki positif.
- 3.16.4 Memaklumkan kepada semua wad, unit, klinik, Dewan Bedah tentang produk steril yang disyaki dan memberi arahan tentang larangan menggunakan produk tersebut.
- 3.16.5 Senaraikan jumlah bilangan produk dan kelompok pensterilan untuk dipanggil semula.
- 3.16.6 Semua produk yang disyaki akan diproses semula dari proses pembersihan sehingga proses pensterilan.
- 3.16.7 Ketua Unit CSSU membuat laporan bertulis.
- 3.16.8 Laporkan kepada pihak konsesi untuk tindakan tentang mesin autoclave yang terlibat.


	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 28 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		

3.17 PENGURUSAN PERALATAN BERJANGKIT (*BIOHAZARD*)

- 3.17.1 Peralatan tercemar yang disahkan dari pesakit berpenyakit berjangkit perlu dikendalikan mengikut protocol kawalan infeksi dalam garis panduan pengurusan item *BIOHAZARD*.
- 3.17.2 Semua peralatan ini perlu dimasukkan ke dalam 2 lapis beg plastic yang terang serta berlabel *BIOHAZARD* sebelum dihantar ke CSSU.
- 3.17.3 Semua peralatan *biohazard* akan dimasukkan ke dalam washer Disinfector untuk diproses.
- 3.17.4 Rekodkan jumlah peralatan biohazard yang diterima setiap hari.


3.18 PENGURUSAN PENERIMAAN PERALATAN DAN HOSPITAL LAIN DAN KLINIK KESIHATAN.

- 3.18.1 Mendapat makluman dari pihak berkenaan melalui panggilan untuk mendapat bantuan proses pensterilan atas masalah autoclave .
- 3.18.2 Mendapatkan surat permohonan dari hospital tersebut berkenaan permohonan pensterilan.
- 3.18.3 Menggunakan Kontainer yang kedap udara mengangkut peralatan bersih .
- 3.18.4 Anggota yang bertanggungjawab perlu menyerahkan peralatan bersih dengan jururawat CSSU dengan melakukan pengiraan dan pemeriksaan bersama –sama mengikut senarai semak yang disediakan.
- 3.18.5 Pihak CSSU tidak menerima bungkusan peralatan bersih yang didapati basah, koyak dan tidak mempunyai *external indicator*.
- 3.18.6 Anggota luar mengambil produk steril selepas siap proses pensterilan.
- 3.18.7 Pemeriksaan produk steril dilakukan oleh 2 pihak untuk memastikan semua produk steril adalah lengkap dan ditanda tangani.
- 3.18.8 Simpan 1 salinan sebagai rekod.

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 29 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		


3.19 PENGURUSAN PENGHANTARAN PERALATAN KE HOSPITAL LAIN UNTUK PENSTERILAN.

- 3.19.1 Didapati kerosakan mesin autoclave melebihi 2 dan mesin yang sedia tidak dapat menampung beban load yang tinggi.
- 3.19.2 Ketua unit CSSU memaklumkan kerosakan kepada pengarah, kejuruteraan dan penyelia jururawat yang menjaga CSSU .
- 3.19.3 Ketua unit CSSU hendaklah mendapatkan bantuan daripada hospital yang terdekat untuk proses pensterilan.
- 3.19.4 Membuat surat permohonan dari pengarah untuk ditujukan kepada hospital yang memberi bantuan.
- 3.19.5 Anggota CSSU hendaklah memaklumkan kepada hospital yang dituju untuk proses pensterilan.
- 3.19.6 Anggota CSSU juga memberitahu kepada pihak Sedafiat untuk menyediakan kenderaan.
- 3.19.7 Masukkan semua bahan mentah dan peralatan yang perlu pensterilan dalam toyogo bersih .
- 3.19.8 Rekodkan jumlah penghantaran dalam 2 salinan .
- 3.19.9 Semua toyogo dibersihkan dengan mengguna spirit 70% yang sedia ada sebelum memasukan bahan mentah.
- 3.19.10 Anggota CSSU akan menyusun semua bahan selepas proses pensterilan dan dikembalikan ke CSSU Hospital Queen Elizabeth II.
- 3.19.11 Anggota CSSU akan memeriksa integrity pack sebelum dimasukkan ke dalam stor steril.

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 30 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		


3.20 PENGURUSAN KEHILANGAN ALATAN *SURGICAL/ INSTRUMENTS*

- 3.20.1 Pegawai yang mengetahui kehilangan *surgical instruments* hendaklah melaporkan dengan segera kepada ketua unit.
- 3.20.2 *Surgical Instruments* hilang di unit pengguna.
- 3.20.3 Jika kehilangan dikesan semasa pek dibuka,pek berkenaan tidak boleh digunakan. Ianya hendaklah dibungkus seperti asal dan semua alat instruments yang terdapat di dalamnya tidak dikeluarkan sama sekali.
- 3.20.4 Jika set digunakan atau alat dikeluarkan pengguna adalah bertanggungjawab ke atas kehilangan tersebut.
- 3.20.5 Sekiranya kehilangan berlaku selepas waktu bertugas CSSU,pengguna hendaklah dapatkan saksi serta tandatangan saksi. Catitkan kehilangan pada borang senarai semak. Hantar pek berkenaan ke CSSU secepat mungkin pagi hari berikutnya.
- 3.20.6 Jika kehilangan berlaku pada waktu bertugas CSSU.pengguna mesti maklumkan terus kepada Ketua CSSU. Catitkan kehilangan pada borang senarai semak dan hantar ke CSSU dengan segera.
- 3.20.7 Jika kehilangan surgical instruments dikesan semasa inventori,anggota yang mengetahui hendaklah melaporkan dengan segera kepada Ketua Unit.

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 31 dari 36
	PENGURUSAN KLINIKAL		

4.0 POLISI KESELAMATAN CSSU

- 4.1 Semua anggota CSSU hendaklah mengetahui tentang Pelan Evakuasi Kebakaran dan Kecemasan Hospital Queen Elizabeth II dan Pelan Lantai Kebakaran CSSU.
- 4.2 Sentiasa memastikan semua peralatan perubatan dan bukan perubatan diselenggara mengikut jadual *Plan Preventive Maintenance* (PPM) yang ditetapkan.
- 4.3 Sentiasa memastikan Sijil Perakuan Kelayakan untuk mesin Autoclave diperbaharui dan dikeluarkan oleh Jawatankuasa Keselamatan Dan KesihatanPekerjaan (JKPP) mengikut tempoh yang ditetapkan.
- 4.4 Semua mesin dan peralatan yang baru diterima hendaklah dibuat pengujian dan pentauliahan (T & C) bersama JururteraHospital, pihak konsesi, unit perolehan dan aset dan pengguna.
- 4.5 Sentiasa memastikan alat pemadam api diselenggara mengikut jadual yang ditetapkan dan mengetahui cara pengendalian jika diperlukan.
- 4.6 Anggota yang bertauliah saja dibenarkan masuk bilik compressor autoclave. Papan tanda 'Dilarang Masuk' dilekat pada bilik compressor autoclave.
- 4.7 Semua anggota CSSU yang mengendalikan di kawasan dekontaminasi hendaklah memakai *Personal Protective Equipment* (PPE) yang lengkap.
- 4.8 Anggota CSSU yang mengendalikan mesin autoclave hendaklah mengguna Sarung tangan jenis *resistant heat*.

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 32 dari 36
	LAMPIRAN		

5. LAMPIRAN A

5.1 SEQUENTIAL ENVELOPE

5.1.1 FIGURE OF SEQUENTIAL ENVELOPE

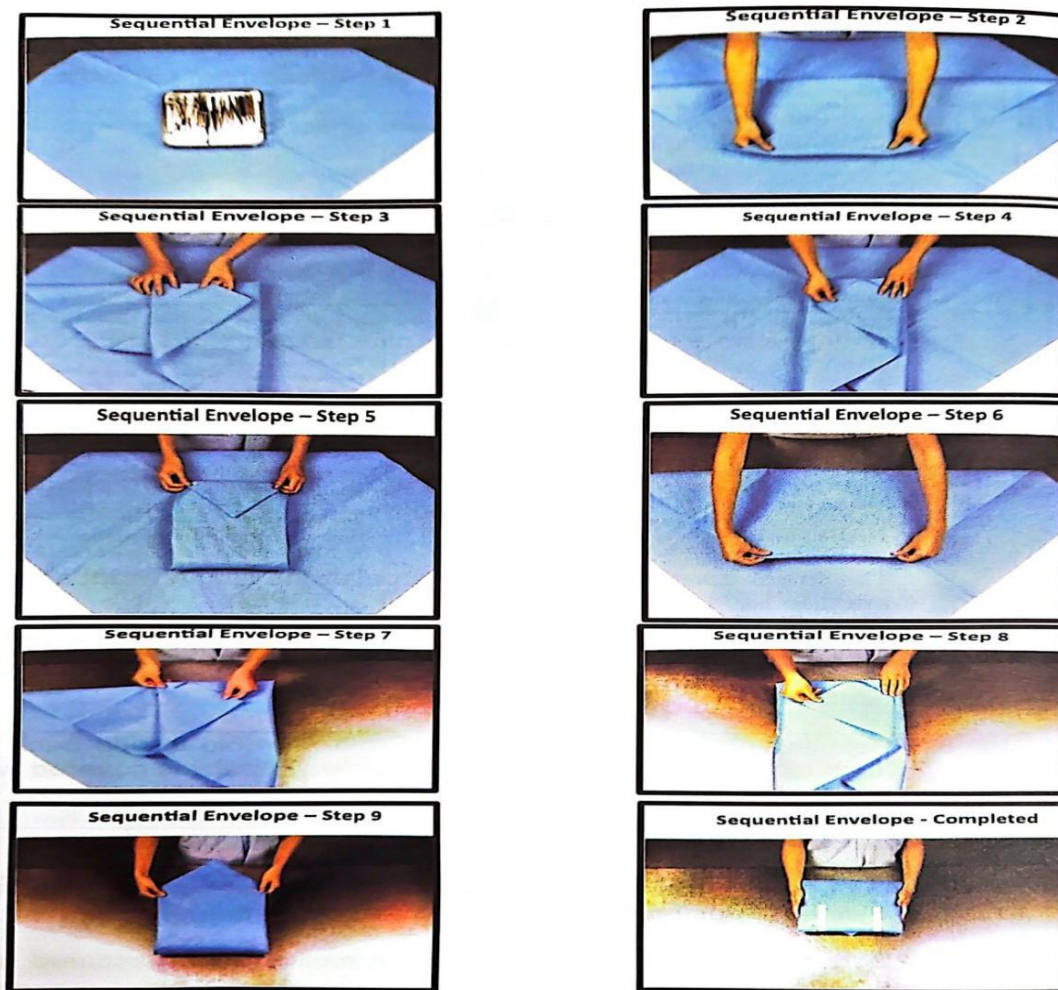




Figure 4.10.2.1 Sequential Envelope

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 33 dari 36
	LAMPIRAN		

**5.1.2 WRITTEN INSTRUCTION OF SEQUENTIAL ENVELOPE
NO STEP**

- Step 1 With sequential envelope technique, the wrap is placed on the table to form a diamond shape. The item to be wrapped is placed in the center of the wrap, parallel with edge of the table.*
- Step 2 The lower corner is brought up to completely cover the contents and the tip is folded back on itself to form a flap. This flap may be used later to assist with opening the pack aseptically.*
- Step 3 Fold the left corner over the contents and fold the tip back to form a flap. Ensure the entire tray/ pack is covered with this fold.*
- Step 4 Fold the right corner over the left fold and fold the tip back on itself to form a flap. Ensure the entire tray / pack is covered with this fold.*
- Step 5 Bring the top corner down over the contents and tuck the corner under. The right and left folds, leaving a small tab visible for easy opening.*
- Step 6 The second wrap is applied by placing the single wrapped item into the center of the remaining wrap and then repeating the wrap sequence to form a package within a package.*
- The lower corner is brought up to cover the single wrapped item and the tip is folded back on itself to form a flap.*
- Step 7 Fold the left corner over the single wrapped item and fold the tip back to form a flap. Ensure the entire tray /pack is covered with this fold.*
- Step 8 Fold the right corner over the left and fold the tip back to form a flap. Ensure the entire tray /pack is covered with this fold.*
- Step 9 Bring the top corner down over the single wrapped item.*
- Step 10 Tuck the corner the right and left folds, leaving a small tab visible for easy opening. Sequential envelope complete: The package then secured with indicator tape to complete the wrap process.*


	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 34 dari 36
	LAMPIRAN		

5.2 SEQUENTIAL SQUARE FOLD


5.2.1 FIGURE OF SEQUENTIAL SQUARE FOLD



Figure 4.10.2.2 Sequential Square Fold

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 35 dari 36
	LAMPIRAN		

- 5.2.2 **WRITTEN INSTRUCTION OF SEQUENTIAL SQUARE FOLD**
NO STEP
- Step 1 The edge of the wrapper is placed parallel with the table. The instruments tray is placed square in the center of the wrapper parallel with the edge of the wrapper.*
- Step 2 The edge of the wrapper is folded over the top of the contents. The edge is then folded over itself to form a cuff. This cuff will facilitate aseptic opening of the pack when used. Ensure the entire tray /pack is covered with this fold.*
- Step 3 The upper edge of the wrap is brought down over the contents and folded back on itself to form another cuff overlapping the original cuff. Ensure the entire tray / pack is covered with this fold.*
- Step 4 The left edge of the wrapper is folded over the pack and back onto itself to a form cuff. Ensure the entire tray / pack is covered with this fold.*
- Step 5 The right side of the wrapper is folded over the pack, overlapping the previous fold and folded back to a forma cuff. Ensure the entire tray / pack is covered with this fold.*
- Step 6 The second wrap is applied by placing the single wrapped item into the center of the wrap and repeating the steps performed for the first wrap to create a package within a package. The edge of second wrapper is folded over the single wrapped item. The edge is then folded back over itself to form a cuff. Ensure the entire tray / pack is covered with this fold.*
- Step 7 The upper edge of the wrap is brought down over the single wrapped item and folded back onto itself to form another cuff overlapping the original cuff. Ensure the entire tray / pack is covered with this fold.*
- Step 8 The left edge of the wrapper is folded over the pack and back onto itself to form a cuff. Ensure the entire tray / pack is covered with this fold.*
- Step 9 The right side of the wrapper is folded over the pack overlapping the previous fold and folded under. Ensure the entire tray / pack is covered with this fold.*
Sequential square complete: The package is secured with indicator tape.

	HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II		
	NAMA DOKUMEN	POLISI OPERASI UNIT CSSU	No. Siri : 03
	NO. DOKUMEN	HQE2/CSSU(DOK.DLMN)/01	Muka Surat 36 dari 36
	RUJUKAN		

6.0 RUJUKAN

- 6.1 *Malaysian Standard Of Sterilization Process Third Edition 2018*
- 6.2 *Central Sterile Supply Services Policy August 2018*
- 6.3 *Guideline On Loaner Instrumentation March 2014*
- 6.4 *Policies And Procedures On Infection Control Second Edition 2010 & Thrid Edition 2019*
- 6.5 *ANSI/AAMI ST 79: 2017 Comprehensive guide to steam sterilization and sterility assurance in health care facilities. (American National Standard)*
- 6.6 Garispanduan Pengurusan Surgical Instruments. Januari 2014
- 6.7 *Berry & Kohn's Operating Room Technique Eleventh Edition*
- 6.8 Garis Panduan Amalan Kejururawatan CSSU