

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. *Healthcare Associated Infections (HAIs)*

Healthcare Associated Infections (HAIs) pertama kali dikenal pada tahun 1847 oleh Semmelweis. Pada awalnya HAIs dikenal dengan nama infeksi nosokomial, berasal dari bahasa Yunani yaitu dari kata *nosos* yang berarti penyakit dan *komeo* yang berarti merawat. Sehingga infeksi nosokomial berarti infeksi yang didapat atau terjadi di rumah sakit (Darmadi, 2008).

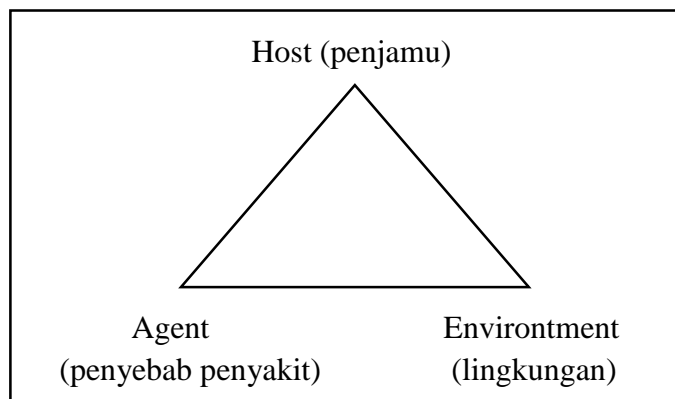
Timbulnya infeksi ditinjau dari asalnya dapat berasal dari komunitas (*community acquired infection*) atau dari lingkungan rumah sakit (*hospital acquired infection*) yang sebelumnya dikenal dengan infeksi nosokomial. Asal infeksi seringkali tidak bisa ditentukan secara pasti sehingga istilah infeksi

nosokomial (*Hospital Acquired Infection*) dirubah dengan istilah baru yaitu *Healthcare Associated Infections* (HAIs) dengan pengertiannya yang tidak hanya di rumah sakit tetapi juga infeksi yang didapat atau terjadi di pelayanan kesehatan lainnya. Infeksi ini tidak hanya terjadi pada pasien saja tetapi juga terjadi pada petugas kesehatan yang didapat saat mereka melakukan tindakan keperawatan terhadap pasien (Depkes, 2011).

Kriteria suatu infeksi dapat dikatakan HAIs adalah tidak terdapat tanda klinis pada saat pasien mendapatkan perawatan di pelayanan kesehatan, pada saat pasien mulai perawatan tidak sedang dalam masa inkubasi, sekurang-kurangnya 72 jam dari masa perawatan baru akan timbul tanda klinis infeksi, dan infeksi tersebut bukan infeksi kelanjutan atau sisa (residual) dari infeksi sebelumnya (Depkes, 2011). Jenis-jenis infeksi yang sering dilaporkan meliputi infeksi aliran darah, infeksi post operasi/infeksi daerah

operasi (IDO), infeksi saluran kemih (ISK), infeksi saluran cerna dan infeksi saluran nafas (Depkes, 2011; Nouetchognou *et al*, 2016; Scherbaum *et al*, 2014).

Proses terjadinya HAIs melibatkan 3 faktor yang saling berinteraksi (Gambar 2). Faktor tersebut terdiri dari: faktor penyebab penyakit (*agent*), faktor manusia (*host*), dan faktor lingkungan. Tiga faktor tersebut akan saling mempengaruhi satu sama lain dalam terjadinya HAIs (Darmadi, 2008).



Gambar 1. Segitiga Epidemiologi

Sumber: Darmadi, 2008

Secara garis besar cara transmisi mikroba patogen melalui 2 cara, yaitu:

a. Transmisi langsung (*direct transmission*)

Melibatkan kontak tubuh dengan tubuh antara penjamu yang terinfeksi dengan penjamu yang rentan terhadap infeksi, contoh: sentuhan, ciuman atau saat transfusi darah dengan darah yang terkontaminasi mikroba patogen.

b. Transmisi tidak langsung (*indirect transmission*)

Melibatkan kontak pada penjamu yang rentan dengan benda yang terkontaminasi. Transmisi memerlukan media perantara penularan.

1) *Vehicle-borne*

Bahan/barang yang terkontaminasi berperan sebagai media perantara, seperti peralatan makan/ minum, peralatan kebidanan, peralatan infus/ transfusi, peralatan laboratorium, dll.

2) *Vektor-borne*

Vektor/ serangga bertindak sebagai media perantara penularan. Vektor memindahkan mikroba patogen ke penjamu dengan cara mekanis (mikroba patogen melekat pada kaki vektor lalu hinggap ke makanan/ minuman selanjutnya akan masuk melalui saluran cerna penjamu) dan biologis (mikroba patogen dipindahkan ke penjamu melalui gigitan, contoh nyamuk)

3) *Food-borne*

Pintu masuk (*port d'entree*) melalui saluran cerna. Makanan/ minuman merupakan media yang efektif untuk penyebaran.

4) *Water-borne*

Jika kualitas air di pelayanan kesehatan tidak baik dan mengandung mikroba patogen maka penyebaran mikroba patogen ke penjamu melalui saluran cerna sangatlah mudah.

5) *Air-borne*

Mendeteksi udara yang terkontaminasi dengan mikroba patogen sangatlah sulit. Dalam bentuk droplet nuclei dan *dust* mikroba patogen di udara akan masuk melalui saluran nafas penjamu yang rentan. Droplet nuclei di keluarkan penjamu yang terinfeksi melalui batuk, bersin, bicara atau bernafas melalui mulut/ hidung (Darmadi, 2008; Hoffmann *et al*, 1991).

Mikroba patogen yang masuk melalui cara-cara tersebut setelah masa inkubasi akan menimbulkan reaksi sistemik bagi pasien/ penjamu berupa timbulnya manifestasi klinis ataupun laboratorik. Respon penjamu terhadap adanya infeksi berupa bakterinemia sehingga proses inflamasi akan diaktifkan oleh tubuh. Bila kondisi ini dibiarkan akan semakin parah dan menimbulkan sepsis. Proses terjadinya HAIs dipengaruhi adanya sejumlah faktor, faktor ini

memberi kerentanan pada pasien sehingga mempermudah timbulnya HAIs (Darmadi, 2008).

Menurut *Ontario Agency for Health Protection and Promotion* (OAHPP) dan *Provincial Infectious Diseases Advisory Committee* (PIDAC) dan beberapa penelitian faktor-faktor tersebut terdiri dari:

- a. Faktor luar (*extrinsic factors*): petugas pelayanan kesehatan, peralatan dan meterial medis, lingkungan, makanan/ minuman, penderita lain, pengunjung/ keluarga.
- b. Faktor dari diri pasien (*intrinsic factors*): umur, jenis kelamin, kondisi umum pasien, resiko terapi, atau adanya penyakit lain yang menyertai penyakit dasar beserta komplikasinya. Contoh pasien dengan batuk darah (*haemoptoe*) cenderung akan takut untuk batuk sehingga sisa darah yang ada di saluran nafasnya tidak keluar dan akan mengundang infeksi dengan tidak langsung pasien akan menginfeksi dirinya sendiri.

- c. Faktor keperawatan: lamanya hari perawatan pasien, turunnya standar pelayanan perawatan, serta kepadatan pasien dalam satu ruangan.
- d. Faktor mikroba patogen: tingkat kemampuan mikroba patogen merusak jaringan, lamanya pemaparan antara sumber penularan dengan pasien (Nouetchognou *et al*, 2016; OAHPP/PIDAC, 2012).

Menemukan sumber infeksi sering merupakan masalah kritis. Secara umum, infeksi endogen yang terbaik dicegah dengan memperhatikan faktor-faktor kerentanan individu. Dengan mengenal faktor-faktor tersebut dapat digunakan sebagai upaya pencegahan dan pengendalian HAIs (Custovic *et al*, 2014)

Upaya pencegahan terjadinya HAIs harus dapat melindungi pasien, pengunjung dan petugas, karena merekalah yang beresiko untuk tertular dengan penyakit infeksi. Pencegahan dan pengendalian HAIs

dilakukan dengan memotong rantai penularannya, yaitu dengan memotong:

a. Sumber penularan: fokus pada sumber mikroba patogen dan cara mengeliminasi sumber tersebut.

1) Lingkungan sebagai sumber penularan: pencehannya dengan kebersihan dan sanitasi lingkungan.

2) Petugas sebagai sumber penularan: kondisi kesehatan petugas, cuci tangan.

3) Makanan/ minuman sebagai sumber penularan: pengolahan dan penyajian harus higienis.

4) Peralatan medis sebagai sumber penularan: melakukan proses disinfeksi dan sterilisasi yang baik.

5) Penderita lain sebagai sumber infeksi: melakukan isolasi terhadap sumber penularan

b. Obyek penularan

Pasien yang berada di dalam ruangan/bangsal harus dapat terlindungi dengan

melakukan isolasi protektif, menggunakan alat pelindung diri (APD) bagi petugas, membatasi keluar masuknya petugas dalam ruangan/bangsas perawatan, dan bagi pengunjung harus ada izin.

c. Cara perpindahan mikroba patogen

Pencegahan perpindahan mikroba patogen dari sumber penularan ke penderita, yaitu dengan: penggunaan APD bagi petugas, tiap prosedur dan tindakan medis harus dengan indikasi yang tepat. serta dikerjakan dalam keadaan yang benar-benar aman, membatasi tindakan medis invasif yang berlebihan (Darmadi, 2008).

2. *Infection Control Risk Assessment (ICRA)*

Infection Control Risk Assessment (ICRA) merupakan suatu sistem yang digunakan untuk pengontrolan pengendalian infeksi, diaplikasikan di lapangan dan berbasiskan hasil. ICRA dilihat secara berkelanjutan, prosesnya berkesinambungan dan harus dapat dipertanggung jawabkan (Lardo *et al*, 2016).

ICRA melibatkan beberapa penilaian dan aspek penting dari pengendalian infeksi, seperti: kebersihan tangan, pencegahan penyebaran infeksi, manajemen kewaspadaan kontak, dan manajemen pengelolaan resistensi antibiotik (Huskins *et al*, 2011; Lardo *et al*, 2016).

ICRA berfungsi dalam meningkatkan mutu pelayanan fasilitas kesehatan, memberikan panduan agar dapat membatasi bahaya terjadinya infeksi bagi pasien dan pengunjung serta untuk mengurangi bahaya kerja bagi petugas kesehatan di fasilitas kesehatan (Bartley *et al*, 2001; Huskins *et al*, 2011). ICRA merupakan proses perancangan yang sangat penting dalam penetapan dan pengembangan program pengendalian infeksi. ICRA merupakan bagian dari proses perencanaan pencegahan dan pengendalian infeksi, sarana untuk mengembangkan perencanaan, pola bersama menyusun perencanaan, menjaga fokus surveilan dan aktivitas program lainnya, serta

melaksanakan program reguler dan upaya pendanaan (Lardo *et al*, 2016).

Tim yang dibentuk terdiri dari berbagai bidang yaitu mencakup personil pengendalian infeksi, staf medis, perawat, dan pimpinan yang memiliki prioritas dalam kebijakan mendokumentasikan risiko dan pelaksanaannya. Konsep ICRA dan pengembangannya akan membentuk suatu proses yang berkelanjutan guna perbaikan dan pengendalian infeksi, karena itu pendekatan ICRA harus berdasarkan pada perencanaan penentuan infeksi serta bertumpu pada surveilans yang optimal dan berkesinambungan (Lardo *et al*, 2016).

Kegiatan organisasi ICRA terdiri dari tiga tahap:

a. Tahap pertama:

- 1) Menggambarkan faktor-faktor apa saja yang dapat menyebabkan infeksi beserta karakteristiknya yang dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi.

- 2) Menggambarkan karakteristik apa saja yang dapat menurunkan risiko infeksi.
 - 3) Menentukan adanya risiko infeksi.
 - 4) Melaksanakan pertemuan dengan pihak-pihak terkait untuk menentukan langkah dan tindakan lebih lanjut.
- b. Tahap kedua adalah melakukan proses penilaian terhadap perencanaan penilaian risiko, standar, laporan surveilan dan pengetahuan saat ini yang terkait dengan isu pengendalian infeksi.
- c. Tahap ketiga melakukan pertemuan untuk memantapkan komitmen dan peranan, waktu pelaksanaan diskusi, risiko utama dan merencanakan pengendalian infeksi.

Analisis dan identifikasi ICRA merupakan proses manajemen risiko yang bertahap dan berlanjut untuk mendukung pembuatan keputusan dan berkontribusi lebih baik terhadap risiko dan dampak yang akan muncul (Lardo *et al*, 2016).

Salah satu macam ICRA *tools* adalah *Infection Control Self Assessment Tool* (ICAT) dari *United States Agency International development* (USAID). Alat ini dirancang untuk meningkatkan praktek pencegahan dan pengendalian infeksi dengan menggunakan instrumen yang mudah diterapkan yang menyoroti kekurangan dalam praktek saat ini dan menyarankan tindakan perbaikan.

Panduan ini merupakan salah satu komponen standar untuk mengurangi HAIs. Modul ini dapat diterapkan oleh fasilitas kesehatan apapun, besar atau kecil, terlepas dari jumlah tempat tidur atau anggarannya, untuk menilai situasi pengendalian infeksi mereka sendiri dan mengembangkan tindakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

Langkah-langkah untuk melakukan penilaian menurut *Systems of Improved Access to Pharmaceuticals and Services* (SIAPS) yaitu:

- a. Identifikasi kebutuhan untuk melakukan penilaian; tim atau individu yang merencanakan suatu penilaian harus memiliki tujuan yang jelas dan memiliki sasaran yang baik, dan telah dikonsultasikan dengan pemimpin fasilitas dan jelas dipahami bagi fasilitas.
- b. Menunjuk fasilitator yang mengetahui fasilitas, memiliki hubungan yang baik dengan manajemen dan staf, dan memahami tentang HAIs.
- c. Mengatur tim penilai yang melibatkan staf dari berbagai disiplin ilmu di fasilitas tersebut (misalnya, dokter atau asisten medis; perawat, perawat tambahan, atau asisten perawat, dan staf farmasi) untuk mengembangkan intervensi yang efektif dan terintegrasi.

- d. Mengelola penilaian; membuat salinan dari kuesioner dan *checklist*, mengetahui modul mana yang akan diterapkan dan siapa informannya, dan menyiapkan jadwal dengan tanggal dan waktu yang tepat.
- e. Melakukan penilaian skor.
- f. Berbagi hasil dengan staf dan melibatkan mereka dalam pengembangan intervensi sebagai bagian dari rencana peningkatan kualitas.
- g. Disarankan untuk melakukan pengukuran awal atau dasar dengan modul yang menarik dan kemudian merancang rencana intervensi untuk meningkatkan praktek (SIAPS, 2013).

USAID telah mengeluarkan modul penilaian untuk risiko pengendalian infeksi di fasilitas layanan kesehatan primer, yang terdiri dari 9 modul. Adapun modul tersebut terdiri dari :

- a. Modul 1 Fasilitas Informasi Kesehatan (*Health Facility Information*)

Pelayanan publik dan swasta harus memenuhi standar kualitas dalam pencegahan HAIs sesuai dengan peraturan Departemen Kesehatan.

b. Modul 2 Kesehatan Karyawan (*Employee Health*)

Petugas kesehatan berisiko tertular infeksi melalui paparan kerja. Petugas kesehatan juga dapat menularkan infeksi kepada pasien dan karyawan lainnya. Dengan demikian, program harus mengatur pencegahan dan pengelolaan infeksi di antara staf fasilitas kesehatan.

c. Modul 3 Kebersihan Fasilitas Kesehatan
(*Cleaning the Health Facility*)

Pembersihan daerah pasien adalah salah satu prosedur yang paling umum di fasilitas kesehatan dan merupakan salah satu langkah paling sederhana untuk mengurangi jumlah kuman di tempat tidur dan perabotan lainnya/ peralatan.

d. Modul 4 Kebersihan Tangan (*Hand Hygiene*)

Mikroba patogen sering mencemari tangan personil kesehatan. Prosedur kebersihan tangan yang efektif dan sering tertentu dapat mencegah akuisisi dan penyebaran mikroorganisme menular dari petugas kesehatan kepada pasien dan pekerja fasilitas kesehatan lainnya bila dilakukan dengan benar. Praktik kebersihan tangan yang baik adalah penting, dan salah satu yang paling sederhana, metode murah untuk mencegah penyebaran HAIs.

e. Modul 5 Pengelolaan Limbah (*Waste Management*)

Identifikasi, penanganan, dan pembuangan limbah yang berpotensi menular sangat penting untuk mencegah infeksi dan cedera pasien, staf klinis, dan orang-orang di masyarakat.

f. Modul 6 Isolasi dan Kewaspadaan Standar
(Isolation and Standard Precautions)

Ada dua tingkatan kewaspadaan isolasi. Tingkat pertama "Kewaspadaan Standar" dirancang untuk mengurus semua pasien, terlepas dari diagnosis atau status infeksi. Kedua "Kewaspadaan berbasis transmisi" dirancang untuk perawatan pasien yang diketahui atau diduga terinfeksi oleh patogen yang disebarkan melalui transmisi udara atau droplet. Mereka dapat dikombinasikan untuk penyakit yang memiliki beberapa rute penularan.

g. Modul 7 Penanganan Persalinan dan Nifas *(Labor and Delivery)*

Infeksi postpartum di negara berkembang menempati urutan kedua setelah perdarahan postpartum sebagai penyebab kematian ibu dan merupakan penyebab utama komplikasi maternal yang serius melahirkan. Ini masih terjadi, meskipun fakta bahwa lebih dari 150 tahun telah

berlalu sejak ditetapkan bahwa mencuci tangan dan mensterilkan peralatan setelah digunakan dapat mencegah sepsis.

h. Modul 8 Sterilisasi dan Disinfeksi Peralatan
(Sterilization and Disinfection of Equipment)

Modul ini menyangkut tentang pembersihan instrumen. Instrumen bersih dan kotor harus dipisahkan, idealnya dalam kamar yang berbeda. Hal ini akan mengurangi risiko kontaminasi atau kesulitan membedakan instrumen bersih dengan yang kotor.

i. Modul 9 Persiapan dan Pemberian Obat Parenteral
(Preparation and Administration of Parenteral Medications)

WHO memperkirakan bahwa setiap tahunnya diseluruh dunia terdapat penyuntikan yang tidak aman yang mengakibatkan 80.000-160.000 infeksi baru HIV-1, 8-160 juta infeksi virus hepatitis B (HBV), dan 2,3-4,7 juta infeksi virus

hepatitis C (HCV). Bersama dengan penyakit ini jumlah kematiannya mencapai 1,3 juta. Diperkirakan bahwa sekitar 50% dari semua pasien yang dirawat di fasilitas kesehatan akan menerima terapi intravena (IV), ini menciptakan risiko untuk infeksi aliran darah lokal dan sistemik (SIAPS, 2013).

3. Klinik Pratama

Klinik merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialisik, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis (Depkes, 2014). Dengan demikian, klinik harus menentukan pelayanan medis mana yang akan disediakan (pelayanan medis dasar, spesialisik atau keduanya). Penentuan ini akan menentukan strata dari klinik tersebut (Yustiawan, 2013).

Klinik dapat dibagi menjadi dua menurut jenis pelayanannya, yaitu klinik pratama dan klinik utama. Klinik pratama menyelenggarakan pelayanan medis dasar, sedang klinik utama menyelenggarakan pelayanan spesialisik atau disertai pelayanan medis dasar. Pendirian klinik harus memenuhi beberapa persyaratan meliputi persyaratan lokasi, bangunan dan ruangan prasarana, peralatan, dan ketenagaan (Depkes, 2014).

Klinik dibangun secara permanen dan tidak bergabung dengan tempat tinggal atau unit kerja lainnya. Bangunan klinik harus memenuhi persyaratan lingkungan sehat sesuai ketentuan peraturan yang berlaku. Fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan, perlindungan dan keselamatan bagi semua orang harus diperhatikan dalam pembangunan klinik. Pendirian bangunan klinik disesuaikan dengan jenis pelayanan yang dibutuhkan dan disediakan, tetapi paling sedikit klinik harus

memiliki ruang pendaftaran/ruang tunggu, ruang konsultasi dokter, ruang administrasi, ruang tindakan, ruang farmasi, dan kamar mandi/ wc. Klinik juga harus dilengkapi dengan peralatan medis dan nonmedis yang memadai sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan. Peralatan medis yang digunakan di klinik harus diuji dan dikalibrasi secara berkala oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan dan/atau institusi penguji dan pengkalibrasi yang berwenang (Depkes, 2014).

Ketenagaan klinik terdiri atas tenaga medis, tenaga kesehatan lain dan tenaga non kesehatan. Tenaga medis pada klinik pratama minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter dan/atau dokter gigi. Jenis, kualifikasi, dan jumlah tenaga kesehatan lain serta tenaga non kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan dan jenis pelayanan yang disediakan oleh klinik (Depkes, 2014).

Klinik dalam penyelenggaraannya tidak terlepas dari kewajiban yang harus dipenuhi. Kewajiban tersebut berupa:

- a. Memberikan pelayanan yang aman, bermutu dengan mengutamakan kepentingan terbaik pasien sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional
- b. Menyelenggarakan rekam medis
- c. Melaksanakan sistem rujukan
- d. Memiliki peraturan internal dan standar prosedur operasional.

Kewajiban tersebut harus dijalankan oleh setiap petugas kesehatan dalam klinik agar tidak menjadi masalah hukum dilain waktu (Yustiawan, 2013).

B. Penelitian Terdahulu

1. Custovic, *et al* tahun 2014, dengan judul penelitiannya “*Epidemiological Surveillance of Bacterial Nosocomial Infections in the Surgical Intensive Care Unit*”.

Semua pasien dirawat di ICU bedah diikuti secara prospektif, untuk pengembangan HAIs (Januari-Desember 2010). Penentuan HAIs dilakukan menggunakan standar *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Penelitian tersebut menentukan penyebab organisme HAIs di ICU Bedah di Klinik Pusat Universitas Tuzla. Hasil dari penelitian tersebut adalah kejadian HAIs tertinggi adalah infeksi pernafasan dan saluran kemih. Organisme yang paling sering menyebabkan HAIs adalah *K. pneumoniae*. Perbedaan dengan penelitian ini adalah peneliti tidak menilai angka kejadian dan bakteri penyebab terbesarnya namun peneliti ingin menilai risiko infeksi berdasarkan penilaian kontrol infeksi menggunakan instrumen ICAT dari USAID.

2. Zhang, *et al* tahun 2014, dengan judul penelitiannya “*Infection Prevention and Control Measures of Risk Assessment in Hemodialysis Patient in Hospital*”

Penelitian tersebut bertujuan untuk mengurangi risiko keperawatan dalam proses hemodialisis dengan mengamankan pelayanan keperawatan yang unggul. Metode didasarkan pada pengetahuan tentang pedoman manajemen risiko, dengan mengidentifikasi proses dialisis yang ada dan risiko keperawatan potensial, untuk memandu proses perawatan dan mengurangi risiko dan memastikan keselamatan dalam proses asuhan keperawatan. Hasil makalah ini adalah pengurangan kecacatan keperawatan dan meningkatkan kepuasan pasien. Perbedaan dengan penelitian ini adalah peneliti menilai risiko infeksi dan tidak melakukan tindakan pencegahan infeksi.

3. Fauzia, *et al* tahun 2014, dengan judul penelitiannya “*Kepatuhan Standar Prosedur Operasional Hand Hygiene pada Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit*”

Penelitian tersebut menggunakan metode kuantitatif deskriptif untuk menilai kepatuhan perilaku

cuci tangan perawat di ruang rawat inap rumah sakit X Malang. Hasilnya kepatuhan perawat untuk mencuci tangan di rumah sakit tersebut hanya 36%. Perbedaan dengan penelitian ini adalah peneliti ingin menilai apakah instrumen ICAT, yang salah satu modulnya berisi tentang kebersihan tangan (*hand hygiene*), dapat digunakan di Klinik Pratama.

4. Stone, *et al* tahun 2012, dengan judul penelitiannya “*Evaluation of the national Cleanyourhands campaign to reduce Staphylococcus aureus bacteraemia and Clostridium difficile infection in hospitals in England and Wales by improved hand hygiene: four year, prospective, ecological, interrupted time series study*”.

Penelitian tersebut menggunakan desain prospektif ekologi dengan mengevaluasi dampak dari kampanye “*Cleanyourhands*” di rumah sakit dengan cara menggosok tangan dengan alkohol dan sabun dan melaporkan kejadian kecenderungan mikroba tertentu

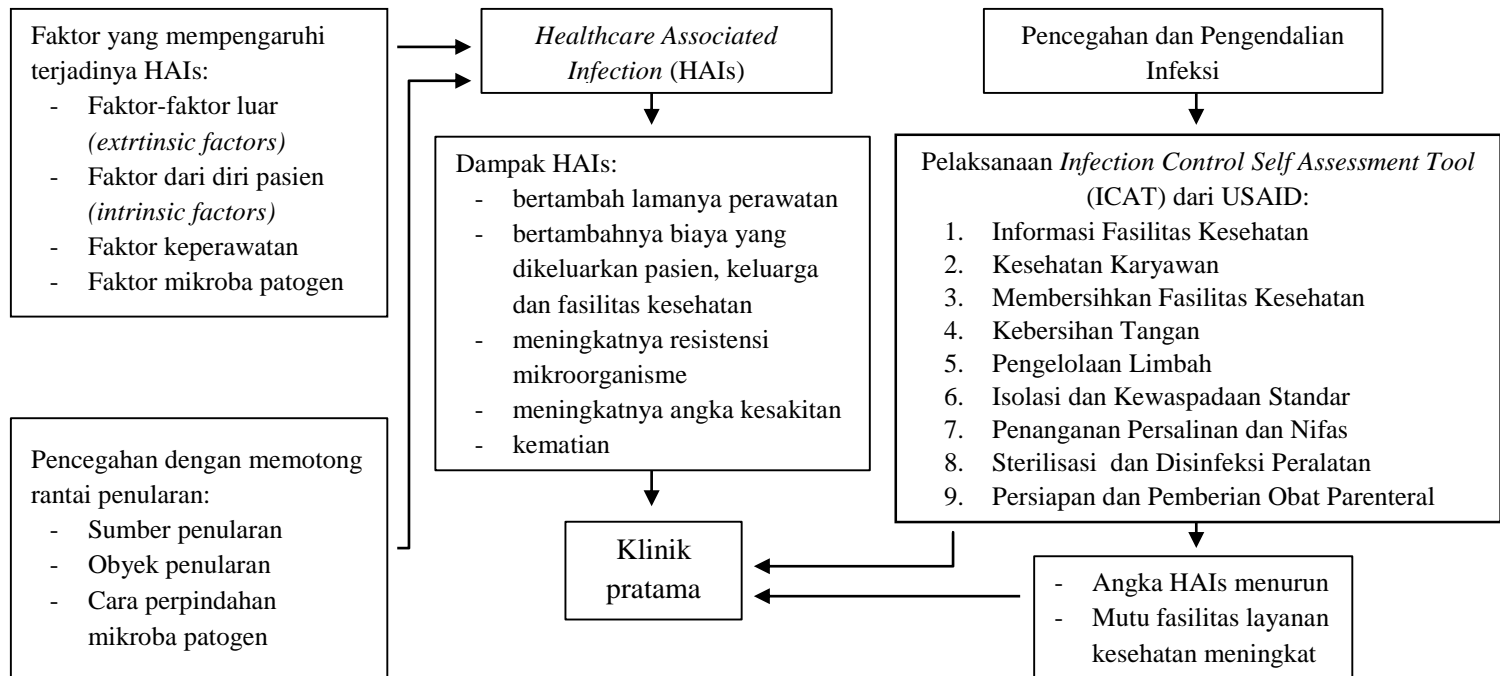
penyebab HAIs. Hasilnya adalah kampanye “*Cleanyourhands*” memiliki peran penting dalam mengurangi tingkat infeksi. Perbedaan dengan penelitian ini adalah peneliti tidak melakukan intervensi apapun, hanya menilai kondisi yang ada di klinik pratama sesuai dengan *checklist* ICAT.

5. Masloman, *et al* tahun 2015, dengan judul penelitiannya “*Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Kamar Operasi RSUD Dr Sam Ratulangi Tondano*”

Penelitian tersebut bersifat deskriptif dengan menggunakan metode kualitatif yang bertujuan untuk mendapatkan informasi yang lebih mendalam tentang pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di kamar operasi RSUD DR. Sam Ratulangi Tondano. Lokasi penelitian dilaksanakan di kamar operasi RSUD DR. Sam Ratulangi Tondano, khususnya di area semi ketat dan ketat/ terbatas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan kebersihan tangan,

pemakaian alat pelindung diri, pemrosesan peralatan pasien, pengelolaan limbah, pengelolaan lingkungan, program kesehatan petugas kesehatan, penempatan pasien, praktik kebersihan pernafasan, penyuntikan yang aman dan praktek untuk lumbal pungsi belum berjalan sesuai dengan pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi Kementerian Kesehatan. Perbedaan dengan penelitian ini adalah peneliti ingin menilai pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di Klinik Pratama.

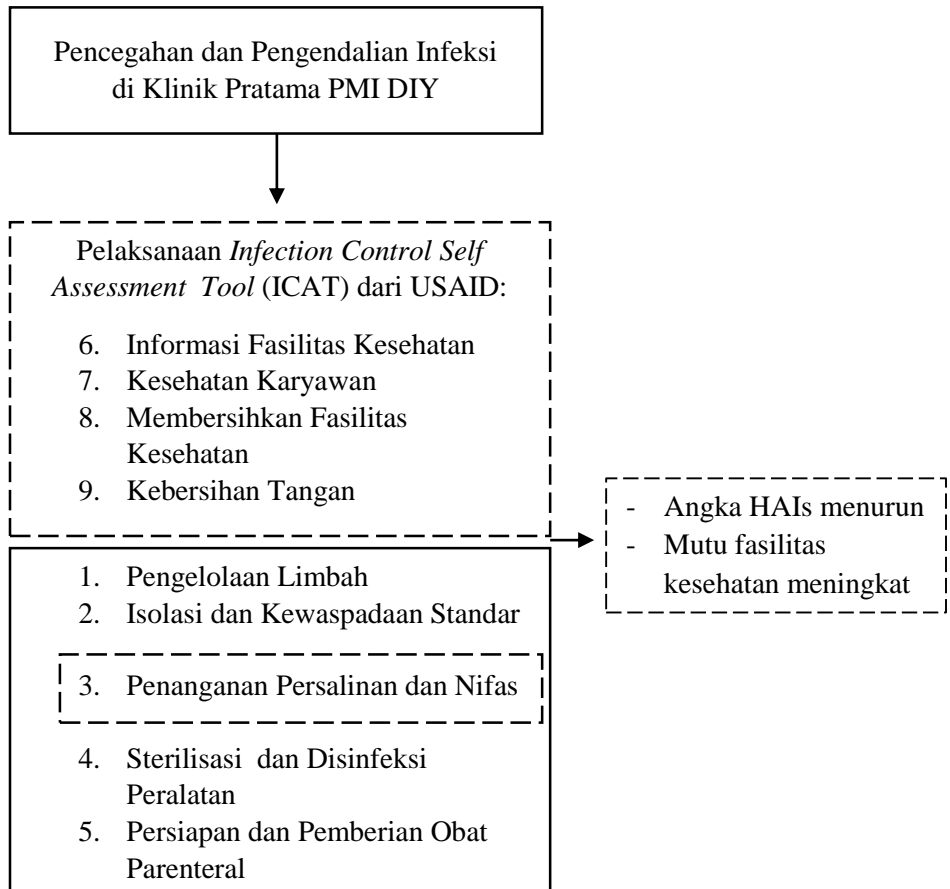
C. Kerangka Teori



Gambar 2. Kerangka Teori

Dimodifikasi dari: Cookson *et al* (2011); Darmadi (2008); Lardo *et al* (2016); OAHPP/PIDAC (2012); Salawati (2012)

D. Kerangka Konsep



Keterangan:

- : Diteliti
- : Tidak diteliti
- > : Alur

Gambar 3. Kerangka Konsep

E. Pertanyaan Penelitian

1. Apakah instrumen yang terstandarisasi pada metode ICAT modul 5 Pengelolaan Limbah yang dikeluarkan oleh USAID dapat digunakan di Klinik Pratama PMI DIY?
2. Apakah instrumen yang terstandarisasi pada metode ICAT modul 6 Isolasi dan Kewaspadaan Standar yang dikeluarkan oleh USAID dapat digunakan di Klinik Pratama PMI DIY?
3. Apakah instrumen yang terstandarisasi pada metode ICAT modul 8 Sterilisasi dan Disinfeksi Peralatan yang dikeluarkan oleh USAID dapat digunakan di Klinik Pratama PMI DIY?
4. Apakah instrumen yang terstandarisasi pada metode ICAT modul 9 Persiapan dan Pemberian Obat Parenteral yang dikeluarkan oleh USAID dapat digunakan di Klinik Pratama PMI DIY?
5. Apakah instrumen ICAT yang dikeluarkan oleh USAID tahun 2013 yang sudah diadaptasi dapat

digunakan untuk menilai resiko infeksi di Klinik
Pratama PMI DIY?