

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. *Infection Control Risk Assessment (ICRA)***

*Infection Control Risk Assessment (ICRA)* adalah suatu sistem yang terukur dengan melihat keberlanjutan dan kemungkinan aplikasi pengendalian infeksi di lapangan berbasiskan hasil yang dapat dipertanggungjawabkan. ICRA adalah suatu proses berkesinambungan yang memiliki fungsi preventif dalam peningkatan mutu pelayanan (Lardo *et al.*, 2016). Menurut definisi APIC (*Association for Professionals In Infection Control and Epidemiology*), ICRA merupakan suatu perencanaan proses dan bernilai penting dalam menetapkan program dan pengembangan kontrol infeksi. Proses ini berdasarkan kontinuitas surveilans pelaksanaan regulasi jika terdapat perubahan dan tantangan di lapangan.

ICRA didefinisikan sebagai suatu proses yang terdokumentasi dalam pelaksanaan identifikasi dan pencegahan serta menanggulangi kejadian infeksi di rumah sakit sebagai upaya untuk mengurangi risiko penularan atau transmisi infeksi di antara pasien, staf, profesional kesehatan maupun pengunjung. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit merupakan suatu upaya tindak lanjut kegiatan untuk meminimalkan atau mencegah terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar Rumah Sakit. Sedangkan penilaian risiko infeksi didefinisikan sebagai suatu proses terdokumentasi untuk

identifikasi dan *scoring* dampak dari kejadian infeksi maupun yang potensial menimbulkan infeksi di rumah sakit (Lardo *et al.*, 2016).

a. Analisis identifikasi ICRA

ICRA merupakan bagian proses perencanaan pencegahan dan kontrol infeksi, sarana untuk mengembangkan perencanaan, pola bersama menyusun perencanaan, menjaga fokus surveilans dan aktivitas program lainnya, serta melaksanakan program pertemuan reguler dan upaya pendanaan (Lardo *et al.*, 2016). Pendekatan ICRA berbasis perencanaan menentukan risiko infeksi, bertumpu pada surveilans yang optimal dan berkesinambungan, sehingga konsep ICRA dan pengembangannya akan membentuk suatu proses berkelanjutan perbaikan pengendalian infeksi (Lardo *et al.*, 2016). Untuk mencapai hal tersebut, dibutuhkan komitmen struktural dan kultural organisasi rumah sakit. Pendekatan organisasi selain dukungan personil juga pada pelaksanaan tahap-tahap kegiatan.

Tahap pertama meliputi: (1) Menggambarkan faktor dan karakteristik yang meningkatkan risiko infeksi; (2) Karakteristik yang menurunkan risiko infeksi; (3) Menentukan adanya risiko infeksi; (4) Melaksanakan pertemuan untuk menentukan langkah dan tindakan lebih lanjut. Tahap kedua adalah proses penilaian perencanaan penilaian risiko, standar, laporan surveilans dan pengetahuan saat ini yang terkait dengan isu pengendalian infeksi. Tahap ketiga adalah melaksanakan pertemuan untuk mengukuhkan komitmen dan partisipasi, saat pelaksanaan diskusi, prioritas risiko, dan merencanakan kontrol infeksi, sedangkan komitmen kultural merupakan suatu proses stimulasi setiap petugas kontrol infeksi untuk konsisten meningkatkan kinerjanya. Pendekatan kultural ini

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

Pola pencegahan dan kontrol infeksi berpedoman pada: (1) Pemahaman bahwa HAIs adalah suatu kondisi yang potensial dapat dicegah, namun dapat menjadi komplikasi yang tidak dapat diprediksi pada setiap orang yang bekerja di fasilitas kesehatan dan berisiko terkena transmisi penyakit; (2) Kontrol infeksi merupakan tanggung jawab setiap individu dengan memahami model transmisi penyakit dan mengetahui prinsip dasar pencegahan dan keberhasilan pengendalian infeksi.

Kelompok target adalah tenaga administrasi, staf, mahasiswa, pasien, keluarga pasien, dan pengawas internal; (3) Transmisi infeksi pada fasilitas kesehatan. Agen infeksi/agen biologik penyebab penyakit, terjadinya infeksi dalam *setting* fasilitas kesehatan. Pasien atau petugas kesehatan dapat menjadi sumber infeksi atau pejamu yang rentan terinfeksi. Setiap orang atau pekerja di fasilitas pelayanan kesehatan memiliki risiko terinfeksi dan transmisi.

Melalui identifikasi faktor risiko infeksi yang dapat dihindari, teknik manajemen ditujukan untuk memperbaiki, meningkatkan keamanan dan kualitas pengendalian infeksi. Pola yang dikembangkan untuk mendukung pelayanan kesehatan yang baik, yaitu kegiatan rutin berupa surveilans dan manajemen risiko pasien yang rentan terinfeksi (komorbid dan penurunan daya tahan tubuh) didukung oleh staf profesional dengan kualifikasi dan kontinu mengikuti

pelatihan. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan diharapkan mampu menentukan risiko berdasarkan konteks dan memilih tindakan nyata yang dapat dilakukan. Mengkaji hal tersebut, setiap fasilitas kesehatan hendaknya secara reguler melaksanakan penilaian risikopencegahan infeksi dan meyakini seluruh stafnya memahami ruang lingkup tanggung jawab dalam mengelola risiko infeksi. Fasilitas kesehatan harus mengembangkan protokol dan proses pencegahan kontrol infeksi spesifik dalam *setting* lokal.

#### b. Prosedur Penerapan ICRA

Menurut Komite PPI prosedur penerapan ICRA dilakukan secara komprehensif dengan melibatkan seluruh satuan kerja (satker) yang ada di rumah sakit serta Direksi sebagai legalisator dokumen dan rencana kerja. Dengan tujuan:

- 1) Tercapainya perlindungan terhadap pasien, petugas dan pengunjung rumah sakit dari risiko infeksi.
- 2) Tersusunnya data identifikasi dan grading risiko infeksi di Rumah Sakit.
- 3) Tersedianya acuan penerapan langkah-langkah penilaian risiko infeksi di rumah sakit.
- 4) Tersedianya rencana program pencegahan dan pengendalian risiko infeksi di seluruh area rumah sakit.

Adapun Komponen metode ICRA meliputi:

Aspek standar prosedur operasional (SPO) *bundle* IADP: indikasi pemasangan kateter, prosedur pemasangan, *hand hygiene*, *aseptic technique*, pemilihan lokasi pemasangan CVCs yang optimal, penggunaan chlorhexidine pada kulit pasien fase *preparation*.

Monitoring kelayakan fasilitas seperti: alat medik, non medik, kelayakan bangunan, kebersihan lingkungan, pengelolaan limbah rumah sakit, edukasi dan kepedulian staf, penilaian infeksi terhadap dampak renovasi di rumah sakit.

CDC mengeluarkan 4 instrumen penilaian ICRA di rumah sakit, yaitu *Infection Control Risk Assessment for Acute Care, Longterm Care, Outpatient* dan *Haemodialysis*. Pada penelitian ini, peneliti menggunakan instrumen ICRA *for Outpatient Settings*. Instrumen ini merupakan pendamping panduan untuk pencegahan infeksi di rawat jalan yang dimaksudkan untuk membantu dalam penilaian program pengendalian infeksi dan praktik dalam pengaturan rawat jalan. Selain itu instrumen ini digunakan untuk memastikan bahwa fasilitas memiliki kebijakan dan prosedur yang tepat sehingga memungkinkan petugas kesehatan (HCP) untuk memberikan perawatan yang aman (CDC, 2016).

Instrumen ICRA *for Outpatient Setting* terdiri dari 3 bagian utama, bagian pertama mengenai demografi fasilitas, bagian kedua mengenai program pengendalian infeksi dan infrastruktur, bagian ketiga mengenai pengamatan langsung terhadap fasilitas, instrumen ini juga secara sistematis menilai kepatuhan petugas dalam praktik-praktik pencegahan infeksi. Dimana terdapat penilaian yang dilakukan langsung melalui pengamatan di lapangan. Pada penggunaan terhadap instrumen ICRA *for Outpatient Setting* peneliti harus mengidentifikasi semua prosedur yang dilakukan di fasilitas dan merujuk ke bagian yang tepat untuk melakukan evaluasi. Bagian tertentu mungkin tidak berlaku (misalnya, beberapa fasilitas mungkin tidak melakukan sterilisasi atau disinfeksi tingkat tinggi). Jika jawaban untuk salah satu pertanyaan yang tercantum adalah ada,



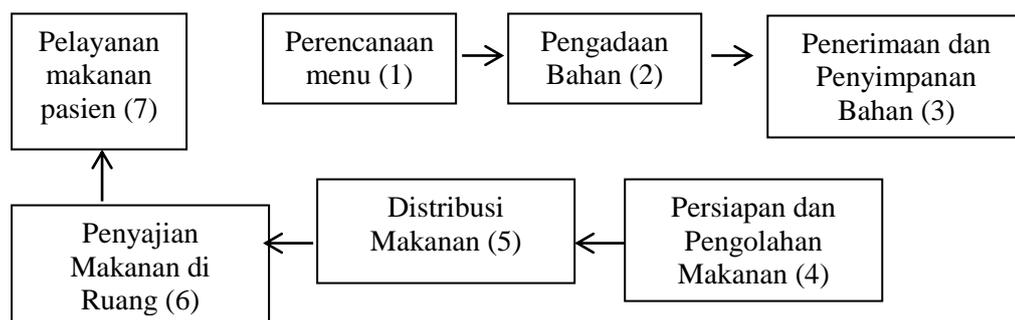
Pengorganisasian Pelayanan Gizi Rumah Sakit mengacu pada SK Menkes Nomor 983 Tahun 1998 tentang Organisasi Rumah Sakit dan Peraturan Menkes Nomor 1045/MENKES/PER/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di lingkungan Departemen Kesehatan.

Kegiatan Pelayanan Gizi Rumah Sakit, meliputi:

- 1) Asuhan Gizi Rawat Jalan;
- 2) Asuhan Gizi Rawat Inap;
- 3) Penyelenggaraan Makanan;
- 4) Penelitian dan Pengembangan.

c. Penyelenggaraan Makanan

Menurut Kemenkes 2013, penyelenggaraan makanan RS merupakan rangkaian kegiatan mulai dari perencanaan menu, perencanaan kebutuhan bahan makanan, perencanaan anggaran belanja, pengadaan bahan makanan, penerimaan dan penyimpanan, pemasakan bahan makanan, distribusi dan pencatatan, pelaporan serta evaluasi.



Gambar 2 Alur Penyelenggaraan Makanan

Sumber: Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit, Kementerian Kesehatan, 2013.

d. Sarana dan Prasarana Pelayanan Gizi Rawat Inap

1) Sarana

- a) Pantry dengan bangunan luas minimal 3x4 m atau disesuaikan dengan model sistem distribusi makanan (sentralisasi/desentralisasi).
- b) Ruang konseling Diet

2) Peralatan

Water heater (aliran air panas dan dingin), bak cuci ganda, meja distribusi, lemari makan gantung, lemari alat-alat, kereta makan berpemanas/tidak berpemanas, panci-panci, wajan, alat pengaduk dan penggoreng, alat makan (piring, gelas, sendok, mangkok, dll), lemari pendingin, microwave (untuk kelas utama), *d'sterile dish dryer* (alat untuk mensteril alat makan untuk pasien yang harus bebas kuman), blender, sarana kebersihan dan tempat sampah tertutup serta papan tulis.

e. Tempat yang diperlukan di Ruang Penyelenggaraan Makanan terdiri dari :

1) Tempat penerimaan bahan makanan

Tempat ini digunakan untuk penerimaan bahan makanan dan pengecekan kualitas serta kuantitas makanan. Letak ruangan ini sebaiknya mudah dicapai kendaraan, dekat dengan ruang penyimpanan serta persiapan bahan makanan.

2) Tempat /ruang penyimpanan bahan makanan

Terdapat dua jenis tempat penyimpanan bahan makanan yaitu penyimpan bahan makanan segar (ruang pendingin dan penyimpanan bahan makanan kering. Luas tempat pendingin ataupun gudang bahan makanan tergantung

pada jumlah bahan makanan yang akan disimpan, cara pembelian bahan makanan, frekuensi pemesanan bahan.

3) Tempat persiapan bahan makanan

Pada tempat ini dilakukan kegiatan kegiatan membersihkan, mencuci, mengupas, menumbuk, menggiling, memotong, mengiris, dan lain-lain sebelum bahan makanan dimasak. Ruang ini hendaknya dekat dengan ruang penyimpanan serta pemasakan. Ruang harus cukup luas untuk menampung bahan, alat, pegawai, dan alat transportasi.

4) Tempat pengolahan dan distribusi makanan

Tempat pengolahan makanan ini biasanya dikelompokkan menurut kelompok makanan yang dimasak. Misalnya makanan biasa dan makanan khusus. Kemudian makanan biasa dibagi lagi menjadi kelompok nasi, sayuran lauk pauk dan makanan selingan serta buah.

5) Tempat pencucian dan penyimpanan alat

Pencucian alat masak hendaknya pada tempat khusus yang dilengkapi dengan sarana air panas. Alat-alat dapur besar dan kecil dibersihkan dan disimpan diruang khusus, sehingga mudah bagi pengawas untuk inventarisasi alat.

6) Tempat pembuangan sampah

Diperlukan tempat pembuangan sampah yang cukup untuk menampung sampah yang dihasilkan dan harus segera dikosongkan begitu sampah terkumpul.

7) Ruang fasilitas pegawai

Ruang ini adalah ruangan-ruangan yang dibuat untuk tempat ganti pakaian pegawai, istirahat, ruang makan, kamar mandi dan kamar kecil. Ruangan ini dapat terpisah dari tempat kerja, tetapi perlu dipertimbangkan agar dengan tempat kerja tidak terlalu jauh letaknya.

8) Ruang Pengawas

Diperlukan ruang untuk pengawas melakukan kegiatannya. Hendaknya ruang ini terletak cukup baik, sehingga pengawas dapat mengawasi semua kegiatan di dapur.

f. Sarana Fisik

Beberapa hal yang perlu diperhatikan mengenai letak tempat penyelenggaraan makanan suatu rumah sakit, antara lain :

- 1) Mudah dicapai dari semua ruang perawatan, agar pelayanan dapat diberikan dengan baik dan merata untuk semua pasien.
- 2) Kebisingan dan keributan di pengolahan tidak mengganggu ruangan lain disekitarnya.
- 3) Mudah dicapai kendaraan dari luar, untuk memudahkan pengiriman bahan makanan sehingga perlu mempunyai jalan langsung dari luar.
- 4) Tidak dekat dengan tempat pembuangan sampah, kamar jenazah, ruang cuci (laundry) dan lingkungan yang kurang memenuhi syarat kesehatan.
- 5) Mendapat udara dan sinar yang cukup.



- 1) Pekerjaan sedapat mungkin dilakukan searah atau satu jurusan.
- 2) Pekerjaan dapat lancar sehingga energi dan waktu dapat dihemat
- 3) Bahan makanan tidak dibiarkan lama sebelum diproses
- 4) Jarak yang ditempuh pekerja sependek mungkin dan tidak bolak-balik
- 5) Ruang dan alat dapat dipakai seefektif mungkin
- 6) Biaya produksi dapat ditekan

i. Hygiene & Sanitasi Makanan

Pada hakekatnya “hygiene dan Sanitasi” mempunyai pengertian dan tujuan yang hampir sama yaitu mencapai kesehatan yang prima. Hygiene adalah usaha kesehatan preventif yang menitik beratkan kegiatannya kepada usaha kesehatan individu. Sedangkan sanitasi adalah usaha kesehatan lingkungan lebih banyak memperhatikan masalah kebersihan untuk mencapai kesehatan.

Sanitasi makanan merupakan salah satu upaya pencegahan yang menitik beratkan pada kegiatan dan tindakan yang perlu untuk membebaskan makanan dan minuman dari segala bahaya yang dapat mengganggu atau merusak kesehatan mulai dari sebelum makanan diproduksi, selama proses pengolahan, penyiapan, pengangkutan, penjualan sampai pada saat makanan dan minuman tersebut siap untuk dikonsumsi kepada konsumen.

Persyaratan hygiene dan sanitasi makanan dan minuman harus sesuai dengan peraturan yang berlaku, mengacu kepada Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1204/MENKES/KEP/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.

Kebersihan dalam pengolahan makanan yang aman dan sehat, karena penjamah makanan juga merupakan salah satu vektor yang dapat mencemari bahan pangan baik berupa cemaran fisik, kimia maupun biologis. Upaya yang dapat dilakukan adalah dengan penerapan prinsip-prinsip *personal hygiene*.

Tabel 1 Syarat Hygiene Penjamah Makanan

No	Parameter	Syarat
1	Kondisi Kesehatan	Tidak menderita penyakit mudah menular: batuk, pilek, influenza, diare, penyakit menular lainnya. Menutup luka, (luka terbuka, bisul, luka lainnya)
2	Menjaga kebersihan diri	Mandi teratur dengan sabun dan air mandi Menggosok gigi dengan pasta dan sikat gigi secara teratur, paling sedikit dua kali dalam sehari, yaitu setelah makan dan sebelum tidur Membiasakan membersihkan lubang hidung, lubang telinga dan sela-sela jari secara teratur Mencuci rambut/keramas secara rutin dua kali dalam seminggu Kebersihan tangan: kuku dipotong pendek, kuku tidak dicat atau kutek, bebas luka
3	Kebiasaan mencuci tangan	Sebelum menjamah atau memegang makanan Sebelum memegang peralatan makan Setelah keluar dari WC atau kamar kecil Setelah meracik bahan mentah seperti daging, ikan dan sayuran lain Setelah mengerjakan pekerjaan lain seperti bersalaman, menyetir kendaraan, memperbaiki peralatan, memegang uang dan lain-lain
4	Perilaku penjamah makanan dalam melakukan kegiatan pelayanan penanganan makanan	Tidak menggaruk-garuk rambut, lubang hidung, atau sela-sela jari kuku Tidak merokok Menutup mulut saat bersin atau batuk Tidak meludah sembarangan di ruang pengolahan makanan Tidak menyisir rambut sembarangan terutama di ruangan pengolahan makanan Tidak memegang, mengambil, memindahkan dan mencicipi makanan langsung dengan tangan (tanpa alat) Tidak memakan permen dan sejenisnya pada saat mengolah makanan
5	Penampilan penjamah makanan	Selalu bersih dan rapi, memakai celemek Memakai tutup kepala Memakai alas kaki yang tidak licin Tidak memakai perhiasan Memakai sarung tangan jika diperlukan

Sumber : Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit, Kemenkes 2013

### 3. *Healthcare Associated Infections (HAIs)*

*Healthcare-associated Infections (HAIs)* adalah infeksi yang didapat seseorang setelah berada di rumah sakit atau setelah menerima perawatan medis

(WHO, 2011). HAIs dulunya juga dikenal sebagai "*hospital acquired infection*" atau infeksi nosokomial. HAIs paling sering dikaitkan dengan pengobatan di rumah sakit, tapi bisa juga terjadi setelah perawatan di klinik rawat jalan, perawatan rumah dan pengaturan kesehatan lainnya. Menurut definisi *World Health Organization* (2011), HAIs adalah infeksi yang terjadi pada pasien dan tenaga medis di rumah sakit yang terjadi selama proses perawatan ataupun selama bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan. Literatur mengenai HAIs di Indonesia sejauh ini juga masih terbatas dan sulit untuk diakses (Sugiarto & Darmawan, 2014) kurangnya data tentang HAIs di Indonesia menunjukkan buruknya implementasi keselamatan pasien (Rosa, 2017).

HAIs disebabkan oleh berbagai penyebab seperti bakteri, jamur dan virus selama perawatan medis, sehingga menjadi penyebab signifikan morbiditas dan kematian (Rosa, 2017).

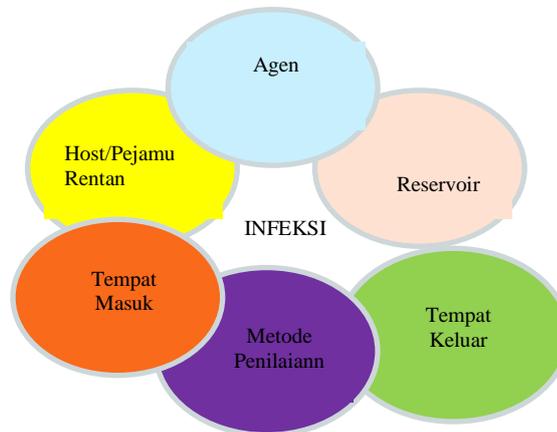
*a.* Rantai Penularan

Untuk melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi perlu mengetahui rantai penularan. Apabila satu mata rantai dihilangkan atau dirusak, maka infeksi dapat dicegah atau dihentikan. Komponen yang diperlukan sehingga terjadi penularan tersebut adalah (Departemen Kesehatan RI, 2008):

- 1) Agen infeksi (*infectious agent*) adalah mikroorganisme yang dapat menyebabkan infeksi. Pada manusia, agen infeksi dapat berupa bakteri, virus, rickettsia, jamur dan parasit. Ada tiga faktor pada agen penyebab yang mempengaruhi terjadinya infeksi yaitu : patogenitas, virulensi dan jumlah (dosis, atau "*load*").

- 2) Reservoir atau tempat dimana agen infeksi dapat hidup, tumbuh, berkembang biak dan siap ditularkan kepada orang. Reservoir yang paling umum adalah manusia, binatang, tumbuh-tumbuhan, tanah, air dan bahan-bahan organik lainnya. Pada orang sehat, permukaan kulit, selaput lendir saluran napas atas, usus dan vagina merupakan reservoir yang umum.
- 3) Pintu keluar (*portal of exit*) adalah jalan darimana agen infeksi meninggalkan reservoir. Pintu keluar meliputi saluran pernapasan, pencernaan, saluran kemih dan kelamin, kulit dan membrana mukosa, transplasenta dan darah serta cairan tubuh lain.
- 4) Transmisi (Cara Penularan) adalah mekanisme bagaimana transport agen infeksi dari reservoir ke penderita (yang suseptibel). Ada beberapa cara penularan yaitu: 1. kontak: langsung dan tidak langsung, 2. droplet, 3. airborne, 4. melalui vehikulum (makanan, air/minuman, darah) dan 5. melalui vektor (biasanya serangga dan binatang pengerat).
- 5) Pintu masuk (*portal of entry*) adalah tempat dimana agen infeksi memasuki pejamu (yang suseptibel). pintu masuk bisa melalui saluran pernapasan, pencernaan, saluran kemih dan kelamin, selaput lendir, serta kulit yang tidak utuh (luka).
- 6) Pejamu (host) yang suseptibel adalah orang yang tidak memiliki daya tahan tubuh yang cukup untuk melawan agen infeksi serta mencegah terjadinya infeksi atau penyakit. faktor yang khusus dapat mempengaruhi adalah umur, status gizi, status imunisasi, penyakit kronis, luka bakar yang luas, trauma atau pembedahan, pengobatan dengan immunosupresn. faktor lain yang

mungkin berpengaruh adalah jenis kelamin, ras atau etnis tertentu, status ekonomi, gaya hidup, pekerjaan dan herediter.



Gambar 4 Skema Rantai Penularan Infeksi

Sumber : Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya, 2008

*b.* Pencegahan dan Pengendalian Infek

Proses terjadinya infeksi bergantung kepada interaksi antara suseptibilitas pejamu, agen infeksi (patogenitas, virulensi dan dosis) serta cara penularan. Identifikasi faktor risiko pada pejamu dan pengendalian terhadap infeksi tertentu dapat mengurangi insiden terjadinya infeksi (HAIs), baik pada pasien ataupun pada petugas kesehatan (Departemen Kesehatan RI, 2008).

*c.* Strategi pencegahan dan pengendalian infeksi terdiri dari :

- 1) Peningkatan daya tahan pejamu. Daya tahan pejamu dapat meningkat dengan pemberian imunisasi aktif (contoh vaksinasi Hepatitis B), atau pemberian imunisasi pasif (imunoglobulin). Promosi kesehatan secara umum termasuk nutrisi yang adekuat akan meningkatkan daya tahan tubuh.
- 2) Inaktivasi agen penyebab infeksi. Inaktivasi agen infeksi dapat dilakukan dengan metode fisik maupun kimiawi. Contoh metode fisik adalah

pemanasan (Pasteurisasi atau Sterilisasi) dan memasak makanan seperlunya. Metode kimiawi termasuk klorinasi air, disinfeksi.

- 3) Memutus rantai penularan. Hal ini merupakan cara yang paling mudah untuk mencegah penularan penyakit infeksi, tetapi hasilnya sangat bergantung kepada ketaatan petugas dalam melaksanakan prosedur yang telah ditetapkan. Tindakan pencegahan ini telah disusun dalam suatu “*Isolation Precautions*” (Kewaspadaan Isolasi) yang terdiri dari dua pilar/tingkatan yaitu “*Standard Precautions*” (Kewaspadaan standar) dan “*Transmission based Precautions*” (Kewaspadaan berdasarkan cara penularan). Prinsip dan komponen apa saja dari kewaspadaan standar akan dibahas pada bab berikutnya.
- 4) Tindakan pencegahan paska pajanan (“*Post Exposure Prophylaxis*” / PEP) terhadap petugas kesehatan. Hal ini terutama berkaitan dengan pencegahan agen infeksi yang ditularkan melalui darah dan cairan tubuh lainnya, yang sering terjadi karena luka tusuk jarum bekas pakai atau pajanan lainnya. Penyakit yang perlu mendapat perhatian adalah hepatitis B, Hepatitis C dan HIV.

HAI selalu menjadi efek samping dari pengobatan medis, terutama di rumah sakit. HAI sudah banyak terjadi sejak dulu atau bahkan menjadi sesuatu yang umum, tetapi mungkin belum terlihat ataupun dilaporkan. Dewasa ini kesadaran akan adanya HAI meningkat karena petugas medis lebih mampu melihat dan melaporkan HAI sekarang daripada di masa lalu (WHO, 2011).

Menurut *Centers for Disease Control and Prevention*, sekitar satu dari sepuluh pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami HAI. Angka ini

bervariasi dari waktu ke waktu. Hal ini juga dapat bervariasi antara rumah sakit dan antara jenis pasien. Misalnya, pasien di Intensive Care Unit lebih mungkin untuk terkena infeksi daripada mereka di bagian lain dari rumah sakit, karena mereka biasanya lebih sakit dan memiliki lebih banyak faktor risiko. Semakin banyak perawatan medis yang diterima seseorang, semakin besar kemungkinan mereka terkena infeksi. HAIs paling sering pada pasien-pasien dengan luka besar, setelah operasi, luka bakar, atau kecelakaan serius, pasien yang mendapat suntikan atau diinfus medis untuk jangka waktu yang panjang, pasien dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah, seperti pasien yang telah dirawat karena leukemia atau kanker, atau yang memiliki transplantasi. Sedangkan pasien yang tidak memiliki penyakit serius dan dirawat dalam waktu singkat memiliki risiko rendah untuk terkena infeksi (Gravel *et al.*, 2007).

Infeksi ini paling umum menyerang kandung kemih, biasanya mengikuti penyisipan kateter atau tabung untuk membantu mengalirkan urin. Jenis lain dari HAIs adalah pneumonia, yang bisa terjadi di Intensive Care Unit di mana pasien memperoleh bantuan hidup melalui mesin (Loveday *et al.*, 2014).

HAIs umumnya menyebabkan penyakit ringan yang mudah diobati dan tidak memiliki efek jangka panjang. Namun, beberapa HAIs dapat menyebabkan penyakit serius yang dapat menyebabkan seseorang harus tinggal di rumah sakit lebih lama dan mengakibatkan efek buruk jangka panjang hingga kematian. Sekitar sepertiga dari HAIs dapat dicegah, cara terbaik untuk mencegah HAIs adalah melalui praktik profesional termasuk menjaga kebersihan tangan dan perawatan yang tepat ketika berhadapan dengan pasien, beberapa pasien dengan

HAIIs mungkin memerlukan isolasi (misalnya, menempatkan pasien dalam satu ruangan untuk menjaga mereka dari pasien lainnya) (Zarb *et al.*, 2012)

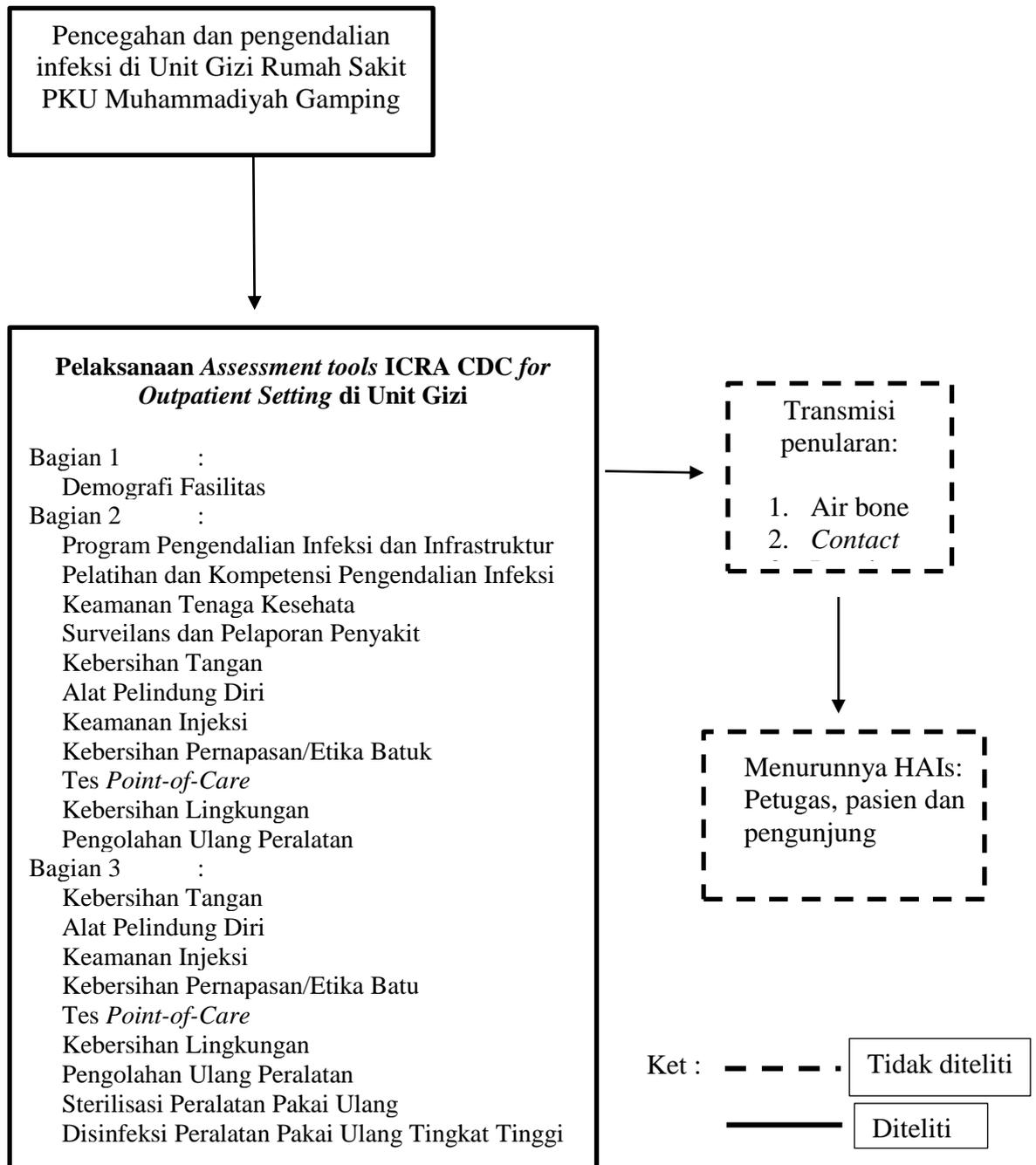
## **B. Penelitian Terdahulu**

1. Penelitian yang dilakukan oleh Nanang Sugiarto dan Ede Surya Darmawan pada tahun 2014 berjudul "*The Factors Affecting the Length of Stay in the Intensive Care Units of Pertamina Central Hospital in Indonesia Related to Healthcare Associated Infections*". Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan lama menginap (lebih dari  $3 \times 24$  jam) di unit perawatan intensif, dan tingkat prevalensi infeksi nosokomial dari Januari 2011 sampai Desember 2012. Penelitian ini menggunakan survei cross-sectional kuantitatif desain dengan data sekunder dari catatan sampel medis dari 897 pasien dan data primer dari kuesioner tenaga medis dari 90 orang. Pengumpulan data dilakukan melalui review dokumen catatan medis dan data dari Tim Rumah Sakit Pengendalian Infeksi.
2. Penelitian yang dilakukan oleh Duering, dkk mengenai "*A Tool to Assess Knowledge, Attitude and Behavior of Indonesian Health Care Workers Regarding Infection Control*" Pada tahun 2013. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengetahuan, sikap dan perilaku tentang pengendalian infeksi di dua rumah sakit pendidikan di pulau Jawa dengan menggunakan kuesioner untuk mengidentifikasi lingkup masalah, hambatan dan hal-hal yang mempermudah. Perbedaan variabel demografik serta skor antara

pertanyaan individual dan pertanyaan kelompok dibandingkan dengan menggunakan uji statistik chi-square dan analisis varian. Nilai rho Spearman digunakan untuk menguji korelasi antara pengetahuan, sikap, perilaku yang dilaporkan sendiri dan hambatan yang dirasakan.

Perbedaan dengan kedua penelitian terdahulu yaitu peneliti menggunakan jenis dan rancangan penelitian kuantitatif deskriptif, dengan menggunakan instrumen ICRA dari CDC, serta dilakukan di Unit Gizi.

### C. Kerangka Konsep



Gambar 5 Kerangka Konsep

#### **D. Pertanyaan Penelitian**

1. Bagaimana kesesuaian instrumen yang terstandarisasi dengan metode *Infection Control Risk Assessment (ICRA) ) for outpatient settings* yang dikeluarkan oleh *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* terhadap penilaian risiko infeksi di Unit Gizi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping?
2. Bagaimana penilaian risiko infeksi di Unit Gizi rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping dengan menggunakan instrument *Infection Control Risk Assessment (ICRA) ) for outpatient settings* yang dikeluarkan oleh *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* yang sudah diadaptasi?