

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. *Healthcare Acquired Infections* (HAIs)

a. Pengertian *Healthcare Acquired Infections* (HAIs)

Healthcare Acquired Infections (HAIs) atau yang biasa disebut juga dengan infeksi nosokomial adalah infeksi yang didapatkan dan berkembang selama pasien mengalami interaksi dengan petugas pelayanan kesehatan (Ducel *et al.*,2002). Sumber lain mendefinisikan HAIs merupakan infeksi yang terjadi di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan setelah dirawat 2x24 jam. Sebelum dirawat, pasien tidak memiliki gejala tersebut dan tidak dalam masa inkubasi. HAIs bukan merupakan dampak dari infeksi penyakit yang telah diderita pasien. Pasien, petugas kesehatan, pengunjung dan penunggu pasien merupakan kelompok yang paling berisiko terkena HAIs, karena infeksi ini dapat menular dari pasien ke petugas kesehatan, dari pasien ke pengunjung atau keluarga ataupun dari petugas ke pasien (Darmadi , 2008).

HAIs adalah suatu infeksi yang terinkubasi dan terjadi ketika pasien masuk ke rumah sakit atau akibat dari fasilitas kesehatan lainnya yang ada di rumah sakit (Care, 2008). HAIs

adalah suatu infeksi yang terjadi di rumah sakit yang berasal dari alat-alat medis, prosedur medis atau pemberian terapi (Infections, 2005).

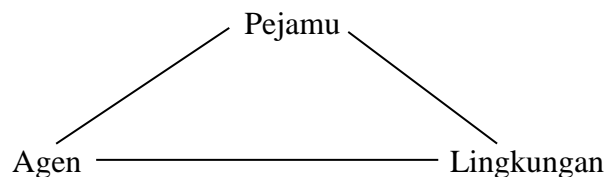
b. Mekanisme Penularan dan Penyebaran HAIs

Macam-macam penularan HAIs bisa berupa: (1). Infeksi silang (*Cross infection*), yaitu infeksi yang disebabkan oleh kuman yang didapat dari orang atau penderita lain di rumah sakit secara langsung atau tidak langsung. (2). Infeksi sendiri (*Self infection*, *Auto infection*), yaitu infeksi yang disebabkan oleh kuman dari penderita itu sendiri berpindah tempat dari satu jaringan ke jaringan lain serta, (3). Infeksi lingkungan (*Environmental infection*), yaitu infeksi yang disebabkan oleh kuman yang berasal dari benda atau bahan yang tidak bernyawa yang berada di lingkungan rumah sakit, misalnya lingkungan yang lembab dan lain-lain (Darmadi, 2008).

Berdasarkan macam-macam penularan yang telah dipaparkan diatas, jelas bukan hal yang mudah untuk mencegah penularan penyakit infeksi, terutama untuk mencegah *cross infection* atau infeksi silang dari orang-orang yang ada di rumah sakit kepada pasien yang sedang dalam perawatan. Kondisi ini akan lebih parah lagi bila sanitasi rumah sakit tidak terjaga dengan baik. Rumah sakit sebagai sebuah unit pelayanan medis tentunya tak akan lepas dari pengobatan dan perawatan pasien-pasien dengan kasus

penyakit infeksi, dengan kemungkinan pula adanya bermacam-macam mikroba sebagai penyebabnya.

Secara umum proses terjadinya penyakit melibatkan tiga faktor yang saling berinteraksi, yaitu: faktor penyebab penyakit, yang disebut agen (*agent*), faktor manusia yang disebut pejamu (*host*), dan faktor lingkungan (*environment*). Ketiga faktor tersebut saling memengaruhi dan disebut juga dengan segitiga Epidemiologi atau Trias Penyebab Penyakitn (Darmadi, 2008).



Gambar 2. 1 Segitiga epidemiologi (Darmadi, 2008)

Pada infeksi HAIs, daya tahan tubuh pasien yang sedang menurun mengakibatkan HAIs dapat dengan mudah menyebar dari satu pasien ke pasien lainnya dan akan meningkat penyebarannya bila disertai dengan pencegahan yang adekuat dari petugas kesehatan. Mekanisme transmisi mikroba patogen ke pejamu yang rentan (*susceptable host*) dapat melalui dua cara.

1) Transmisi langsung (*direct transmission*)

Penularan langsung oleh mikroba patogen ke pintu masuk yang sesuai dari pejamu. Contoh: sentuhan, gigitan, *droplet*

nuclei saat bersin, batuk, berbicara, atau saat transfusi darah dengan darah yang terkontaminasi mikroba patogen.

2) Transmisi tidak langsung (*indirect transmission*)

Penularan mikroba patogen yang memerlukan adanya “media perantara”, baik berupa barang/ bahan, air, udara, makanan/minuman, maupun vektor.

c. Upaya-upaya yang Dilakukan untuk Mencegah HAIs

Upaya pencegahan terhadap terjadinya HAIs di rumah sakit dan fasilitas kesehatan yaitu bertujuan untuk menghindarkan terjadinya infeksi selama pasien di rawat di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya. Pencegahan tersebut dapat dilakukan dengan menerapkan Kewaspadaan Universal atau Kewaspadaan Umum (KU) atau *Universal Precautions* (UP) dimana hal tersebut merupakan suatu cara untuk mencegah penularan penyakit dari cairan tubuh, baik dari pasien ke petugas kesehatan dan sebaliknya juga dari pasien ke pasien lainnya. Menurut laporan tahunan Departemen Kesehatan Kewaspadaan Universal adalah suatu cara penanganan baru untuk meminimalkan pajanan darah dan cairan tubuh dari semua pasien, tanpa memperdulikan status infeksi pasien (Depkes, 2013).

Kewaspadaan Universal hendaknya dipatuhi oleh tenaga kesehatan karena ia merupakan panduan mengenai pengendalian infeksi yang dikembangkan untuk melindungi para pekerja di

bidang kesehatan dan para pasiennya sehingga dapat terhindar dari berbagai penyakit yang disebarkan melalui darah dan cairan tubuh tertentu. Penerapan Kewaspadaan Universal diharapkan dapat menurunkan risiko penularan patogen melalui darah dan cairan tubuh lain dari sumber yang diketahui maupun yang tidak diketahui. Penerapan ini merupakan pencegahan dan pengendalian infeksi yang harus rutin dilaksanakan terhadap semua pasien dan di semua fasilitas pelayanan kesehatan. Komponen-komponen kewaspadaan Universal, terdiri dari:

1. Kebersihan tangan (cuci tangan)
2. Alat Pelindung Diri (APD), yang terdiri dari:
 - a. Penggunaan sarung tangan
 - b. Pelindung wajah (masker, kaca mata,)
 - c. Gaun pelindung
 - d. Penutup kepala
 - e. Sepatu pelindung
3. Pencegahan luka tusukan jarum dan benda tajam lainnya
4. Kebersihan pernapasan dan etika batuk
5. Kebersihan lingkungan
6. Linen
7. Pembuangan limbah
8. Peralatan perawatan pasien

Penerapan Kewaspadaan Universal tersebut merupakan bagian dari upaya pengendalian infeksi di sarana pelayanan kesehatan yang tidak terlepas dari peran masing-masing pihak yang terlibat di dalamnya yaitu pimpinan termasuk staf administrasi, staf pelaksana pelayanan termasuk staf penunjangnya dan juga pengguna yaitu pasien dan pengunjung sarana kesehatan tersebut. Penerapan Kewaspadaan Umum didasarkan pada keyakinan bahwa darah dan cairan tubuh sangat potensial menularkan penyakit baik yang berasal dari pasien maupun petugas kesehatan.

2. Infection Control Risk Assesment (ICRA) serta Infection Control Self Assesment Tool (ICAT) untuk Fasilitas Layanan Primer.
 - a. Definisi *Infection Control Risk Assesment* (ICRA)

Infection Control Risk Assessment (ICRA) merupakan suatu sistem pengontrolan pengendalian infeksi yang terukur dengan melihat kontinuitas dan probabilitas aplikasi pengendalian infeksi di lapangan berbasiskan hasil yang dapat dipertanggungjawabkan, mencakup penilaian beberapa aspek penting pengendalian infeksi seperti kepatuhan cuci tangan, pencegahan penyebaran infeksi, manajemen kewaspadaan kontak, dan pengelolaan resistensi antibiotik (Lardo *et al.*, 2016).

ICRA adalah suatu proses berkesinambungan yang memiliki fungsi preventif dalam peningkatan mutu pelayanan. 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 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. Tim yang dibentuk multidisiplin mencakup personil pengendalian infeksi, staf medis, perawat, dan unsur pimpinan yang memiliki prioritas dalam kebijakan, mendokumentasikan risiko dan implementasinya (Lardo *et al.*, 2016).

Infection Control Risk Assesment (ICRA) merupakan suatu sistem pengontrolan pengendalian infeksi yang terukur dengan melihat kontinuitas dan probabilitas dalam aplikasi pengendalian infeksi di lapangan. Diharapkan akan mendapatkan suatu hasil yang dapat dipertanggung jawabkan. Pola tersebut mencakup beberapa penilaian dan aspek penting pengendalian infeksi seperti kepatuhan cuci tangan, pencegahan penyebaran infeksi, dan terjadinya resistansi antibiotik dalam penanganan kasus infeksi. ICRA merupakan suatu proses berkesinambungan yang memiliki fungsi preventif dan peningkatan mutu pelayanan. Menurut definisi APIC,

ICRA merupakan suatu perencanaan proses kontrol infeksi, memiliki nilai penting dalam menetapkan dasar program dan pengembangannya, berdasarkan kontinuitas surveilans dan senantiasa melaksanakan perubahan regulasi jika terdapat perubahan tantangan di lapangan. Pendekatan manajemen di rumah sakit dilaksanakan berdasarkan metode interdisipliner. Acuan yang dilakukan adalah mengidentifikasi faktor risiko, menilai karakteristik yang meningkatkan risiko infeksi, menilai karakteristik yang menurunkan risiko infeksi, dan menemukan early warning risiko terjadinya infeksi (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. Identifikasi risiko dan transmisi penyakit berdasarkan lokasi geografi, komunitas dan pelayanan masyarakat, perawatan, pengobatan serta pelayanan, analisis aktivitas surveilans dan data infeksi, dilaksanakan setiap tahun dengan harapan terjadi perubahan bermakna (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 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 *Health Care-Associated Infections* (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 (Lardo *et al.*, 2016).

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 risiko pencegahan infeksi dan meyakini seluruhstafnya memahami ruang lingkup tanggung jawab dalam mengelola risiko infeksi. Fasilitas

kesehatan harus mengembangkan protokol dan proses pencegahan kontrol infeksi spesifik dalam setting lokal (Lardo *et al.*, 2016).

b. *Infection Control Self Assessment Tool (ICAT)* untuk Fasilitas Layanan Primer.

USAID tahun 2013 mengeluarkan suatu *Infection Control Risk Assessment Tool (ICAT) for primary health Care Facilities* yang merupakan suatu alat dirancang guna meningkatkan praktek pencegahan dan pengendalian infeksi dengan menggunakan instrumen yang mudah diterapkan. Alat ini menyoroti kekurangan dalam praktek dan menyarankan tindakan yang seharusnya. Panduan ini merupakan salah satu komponen dari pendekatan standar untuk mengurangi infeksi yang didapat di fasilitas kesehatan, komponen lain selain panduan ini adalah penerapan yang cepat dari perbaikan kualitas (ICAT, 2013)

Modul *Infection Control Risk Assessment Tool (ICAT) for primary health Care Facilities* terdapat 9 bagian yaitu :

1. Informasi Fasilitas Kesehatan
2. Kesehatan Karyawan
3. Membersihkan Fasilitas Kesehatan
4. Kebersihan Tangan
5. Manajemen Limbah
6. Isolasi dan Kewaspadaan Standard

7. Penanganan Persalinan dan Nifas
8. Sterilisasi Peralatan dan Disinfeksi Peralatan
9. Persiapan dan Administrasi Obat parenteral

Setiap modul terdiri dari beberapa bagian dengan masing-masing pertanyaan yang dapat dijawab dengan "ya / tidak", pilihan ganda, atau daftar ceklist observasi. Modul harus diselesaikan dengan baik pada fasilitas secara keseluruhan atau pada unit tertentu. Modul dibagi menjadi beberapa bagian yang meliputi isu-isu yang berbeda dari topik umum (seperti peralatan dan praktek dalam modul kebersihan tangan). Skor yang dialokasikan untuk setiap bagian dihitung dengan menambahkan poin total terkait dengan jawaban yang diperiksa untuk setiap pertanyaan di bagian tersebut. Setiap jawaban diberi skor (antara 0 sampai 3). Skor penilaian total untuk modul adalah jumlah setiap bagian, diubah menjadi persentase dengan cara dibagi dengan total skor maksimal yang memungkinkan untuk modul serta dikalikan 100% untuk menjadi persentase.

Kualitas keseluruhan praktek-praktek tersebut dinilai pada setiap bagian dengan nilai:

A - praktek yang sangat baik di daerah ini (lebih dari 75% dari kemungkinan jumlah skor)

B - Praktek yang baik di daerah ini (50% sampai 75% dari kemungkinan jumlah skor)

C - praktek yang buruk membutuhkan perhatian segera (kurang dari 50% dari kemungkinan jumlah skor)

Setelah pertanyaan-pertanyaan dalam setiap modul, terdapat catatan teknis yang menjelaskan praktik terbaik untuk masalah yang sedang dihadapi. Catatan ini biasanya didasarkan pada rekomendasi dari organisasi yang terpercaya, seperti WHO dan CDC, serta dari organisasi pengendalian infeksi lain yang diakui secara internasional. Dengan rekomendasi ini, sangat memungkinkan untuk membandingkan praktek lokal dengan standar yang diterima secara internasional.

Langkah untuk Melakukan Assessment pada *Infection Control Risk Assessment Tool* (ICAT) untuk layanan primer adalah sebagai berikut :

- 1) Identifikasi kebutuhan untuk melakukan penilaian: tim atau individu yang merencanakan penilaian harus memiliki tujuan jelas dan nyata yang telah dikonsultasikan dengan pimpinan fasilitas dan jelas dipahami dalam fasilitas. Pada tujuan tertentu, kombinasi yang berbeda dari modul penilaian akan lebih sesuai. Misalnya, untuk dasar dari praktek yang dilaksanakan di fasilitas, penilaian harus

dilakukan dengan menggunakan semua modul. Jika ada penilaian di departemen atau area tertentu, hanya modul tertentu pula yang akan diterapkan untuk menilai isu-isu spesifik. Idanya adalah untuk menerapkan intervensi sederhana guna mengukur kemajuan di satu area dan secara bertahap melengkapi modul lain.

- 2) Menunjuk fasilitator yang mengetahui seluk beluk fasilitas, memiliki hubungan yang baik dengan manajemen dan staf, dan memahami infeksi nosokomial.
- 3) Mengatur tim penilai yang melibatkan staf dari berbagai disiplin ilmu di fasilitas (misalnya, dokter atau asisten medis; perawat, perawat tambahan, atau asisten perawat; dan staf farmasi) untuk mengembangkan intervensi yang efektif dan terintegrasi.
- 4) Mengelola penilaian: membuat salinan dari kuesioner dan checklist, tahu mana modul yang diterapkan dan siapa yang akan menjadi informan, serta menyiapkan jadwal dengan tanggal dan waktu yang sesuai.
- 5) Memberikan penilaian/skor. Setelah wawancara, asesor akan menambahkan hasil untuk setiap pertanyaan dan setiap bagian lalu ia akan menghitung total skor untuk modul. Patuhi instruksi untuk setiap pertanyaan, misalnya tandai satu atau beberapa jawaban. Penilaian harus

dipindahkan ke Lembar Penilaian Modul, meliputi nama fasilitas, nama modul, dan tanggal selesai. Nama masing-masing bagian dari modul harus ditulis dalam setiap kotak dengan skor masing-masing, perhatikan persentase skor di kolom 3, dan beri huruf A, B, atau C yang sesuai untuk penilaian, berdasarkan hasil untuk setiap bagian. Setelah mendapatkan persentase skor untuk setiap bagian, hitung persentase total skor untuk modul, beri peringkat A, B, atau C di kolom 4, berdasarkan pada kriteria berikut: Skor yang rendah menunjukkan bagian atau modul membutuhkan intervensi.

A - penilaian skor lebih dari 75%

B - penilaian skor antara 50% sampai 75%

C - penilaian skor kurang dari 50%

- 6) Bagikan hasil kepada staf dan libatkan mereka dalam pengembangan intervensi sebagai bagian dari rencana peningkatan kualitas.
- 7) Pemantauan harus dilakukan setiap bulan, atau paling tidak setiap tiga bulan, untuk menjadi bahan perbaikan kualitas.

3. Klinik Pratama

a. Pengertian Klinik

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 9 tahun 2014 tentang klinik, Klinik adalah fasilitas pelayanan

kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialisik (pkfi, 2015).

b. Klasifikasi Klinik

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan republik Indonesia nomor 09 tahun 2014 tentang klinik. Menurut jenis pelayanannya, Klinik dibagi menjadi Klinik pratama dan Klinik utama. Klinik pratama merupakan Klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar baik umum maupun khusus. Sedangkan Klinik utama merupakan Klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik spesialisik atau pelayanan medik dasar dan spesialisik.

Berdasarkan kepemilikannya Klinik dapat dimiliki oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, atau masyarakat (swasta). Klinik yang dimiliki oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah harus didirikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan sedangkan klinik yang dimiliki oleh masyarakat yang menyelenggarakan rawat jalan dapat didirikan oleh perorangan atau badan usaha (pkfi, 2015).

Klinik menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dilaksanakan dalam bentuk rawat jalan, rawat inap,

pelayanan satu hari (*one day care*) dan atau home care. Pelayanan satu hari (*one day care*) sebagaimana dimaksud pada merupakan pelayanan yang dilakukan untuk pasien yang sudah ditegakkan diagnosa secara definitif dan perlu mendapat tindakan atau perawatan semi intensif (observasi) setelah 6 (enam) jam sampai dengan 24 (dua puluh empat) jam. Home care merupakan bagian atau lanjutan dari pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan dampak penyakit (pkfi, 2015).

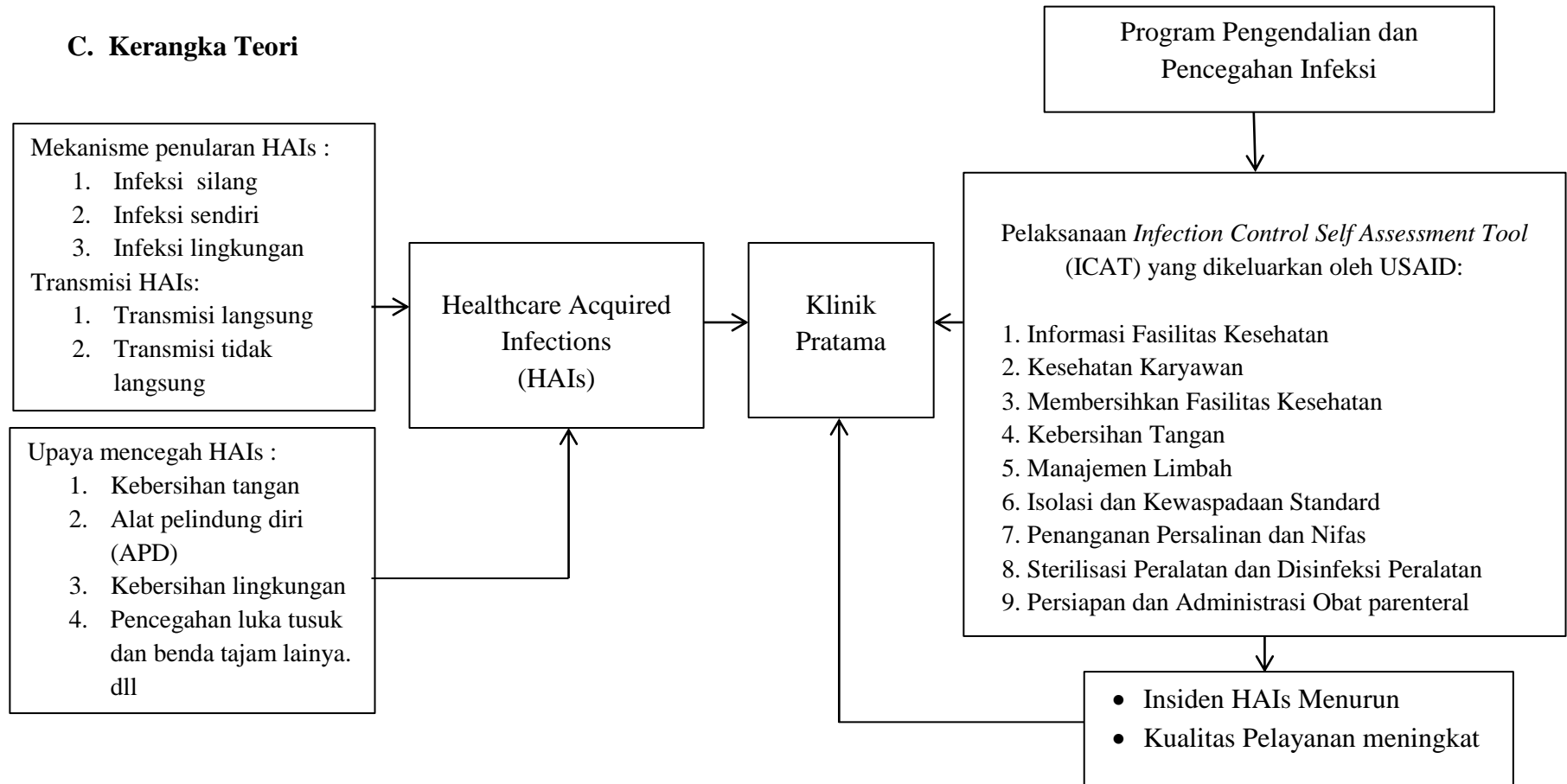
B. Penelitian Terdahulu

Berikut ini adalah penelitian-penelitian yang pernah dilakukan oleh para peneliti sebelumnya mengenai *Infection Control Risk Assessment* (ICRA) :

1. Lardo, 2016. *Infection Control Risk Assessment* (ICRA) persamaan pada penelitian ini membahas tentang ICRA. Perbedaanya adalah pada penelitian ini peneliti melakukan critical riview tentang ICRA, sedangkan pada penelitian yang akan dilakukan ini peneliti mengaplikasikan ICRA *tools* dari USAID di Klinik Pratama dengan metode kualitatif deskriptif.

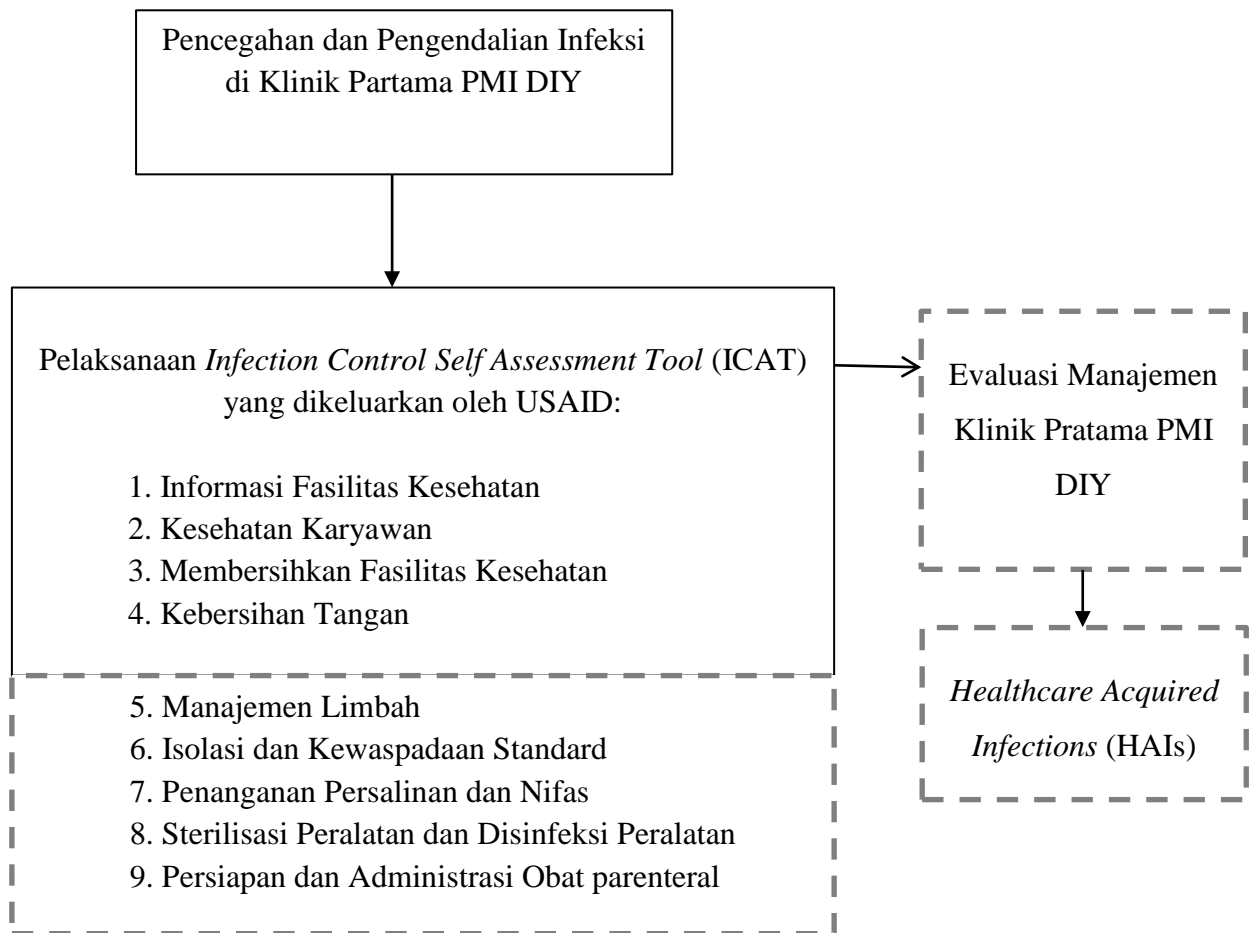
2. Manning, 2005. *Infection Control Risk Assessment (ICRA) of Indonesian satellite Health Clinics Caring For Displaced Survivor of The Desember 2005 Tsunami*. Persamaanya sama-sama melakukan penilaian resiko infeksi di klinik kesehatan. Perbedaanya pada penelitian ini dilakukan pada tahun 2004 setelah terjadinya bencana alam gempa bumi dan tsunami di Aceh, Sumatra.
3. Fauerbach, 2006. *Infection Control Risk Assessment Activities for Floods, Sewage Spills, and Malfunctions*. Perbedaan dengan penelitian yang akan diteliti adalah pada penelitian ini menilai daerah yang terkena dampak setelah banjir, tumpahan limbah atau malfungsi penelitian ini menggunakan ICRA tools dari APIC.
4. Zhang dan Wang, 2014. dengan judul penelitiannya "*Infection Prevention and Control Measures of Risk Assessment in Hemodialysis Patient in Hospital*". Penelitian ini bertujuan untuk mengurangi risiko keperawatan dalam proses hemodialisis yang menyediakan pasien hemodialisis dengan mengamankan pelayanan keperawatan yang unggul. Persamaan penelitian tersebut dengan penelitian ini adalah berkaitan dengan manajemen risiko infeksi. Perbedaannya adalah pada metode, variabel, dan lokasi penelitian.

C. Kerangka Teori



Gambar 2. 2 Kerangka Teori . Dimodifikasi dari : Darmadi (2008); Depkes (2010); SIAPS (2013); Lardo, dkk (2016).

D. Kerangka Konsep



Gambar 2. 3 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :



: Diteliti



: Tidak diteliti



: Alur

E. Pertanyaan Penelitian

1. Apakah instrumen yang terstandarisasi pada metode *Infection Control Self Assessment Tool (ICAT) for Primary Health Care Facilities* dari USAID modul Informasi fasilitas kesehatan dapat digunakan sebagai penilaian risiko infeksi pada Klinik Pratama PMI DIY.
2. Apakah instrumen yang terstandarisasi pada metode *ICAT for Primary Health Care Facilities* dari USAID modul Kesehatan karyawan dapat digunakan sebagai penilaian risiko infeksi pada Klinik Pratama PMI DIY.
3. Apakah instrumen yang terstandarisasi pada metode *ICAT for Primary Health Care Facilities* dari USAID modul Membersihkan fasilitas Kesehatan dapat digunakan sebagai penilaian risiko infeksi pada Klinik Pratama PMI DIY.
4. Apakah instrument yang terstandarisasi pada metode *ICAT for Primary Health Care Facilities* dari USAID modul Kebersihan Tangan dapat digunakan sebagai penilaian risiko infeksi pada Klinik Pratama PMI DIY.
5. Bagaimanakah standar pengendalian risiko infeksi di Klinik Pratama PMI DIY dengan menggunakan modul Informasi fasilitas kesehatan, Kesehatan karyawan, Membersihkan fasilitas Kesehatan serta Kebersihan Tangan dalam *ICAT for Primary Health Care Facilities* dari USAID yang telah di adaptasi?