

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Infection Control Risk Assessment

a. Definisi

Infection Control Risk Assessment (ICRA) merupakan suatu sistem pengontrolan pengendalian infeksi yang terukur dengan melihat kontinuitas dan probabilitas pengendalian infeksi di lapangan berbasiskan hasil yang dapat dipertanggungjawabkan dan mencakup penilaian beberapa aspek penting infeksi. ICRA dilaksanakan secara berkesinambungan dan memiliki fungsi preventif dalam peningkatan mutu pelayanan (Lardo et al, 2016).

ICRA adalah suatu perencanaan proses kontrol infeksi, memiliki nilai penting dalam menetapkan standar dasar program dan pengembangannya, berdasarkan kontinuitas surveilans dan senantiasa melaksanakan perubahan regulasi jika terdapat perubahan tantangan di lapangan (APIC, 2011).

b. Komponen ICRA

Komponen metode ICRA meliputi:

- 1) Aspek standar prosedur operasional (SPO) bidang terkait.
- 2) Monitoring kelayakan fasilitas seperti : alat medik, non medik, kelayakan bangunan, kebersihan lingkungan, pengelolaan limbah rumah sakit.
- 3) Edukasi dan kepedulian staf.
- 4) Penilaian infeksi terhadap dampak renovasi di rumah sakit (Subhan, 2015).

Adapun komponen instrumen ICRA yang dimiliki CDC adalah :

- 1) *Infection Control Risk Assessment for Acute Care Hospital*
- 2) *Infection Control Risk Assessment for Long-term Care Facilities*
- 3) *Infection Control Risk Assessment for Haemodialysis*
- 4) *Infection Control Risk Assessment for Outpatient Setting.*

c. Tim ICRA

Tim ICRA dibentuk multidisiplin mencakup personel pengendalian infeksi, staf medis, perawat, dan unsur pimpinan yang memiliki prioritas (Anderson, 2011).

d. Aspek penting ICRA

Beberapa aspek penting pengendalian infeksi seperti kepatuhan cuci tangan, pencegahan penyebaran infeksi, manajemen kewaspadaan kontak, dan pengelolaan resistensi antibiotik berkaitan erat dengan ICRA. ICRA adalah suatu proses berkesinambungan yang memiliki fungsi preventif dalam peningkatan mutu pelayanan. Menurut APIC (*Association for Professionals In Infection Control and Epidemiology*) tahun 2011, 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.

e. Tujuan ICRA

- 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 (Subhan, 2011).

2. Unit Bedah Sentral

a. Definisi

Unit Bedah Sentral adalah suatu unit khusus di rumah sakit yang berfungsi sebagai tempat untuk melakukan tindakan pembedahan secara elektif maupun akut, yang membutuhkan kondisi steril dan kondisi khusus lainnya (Kemenkes RI, 2012).

b. Lingkup Sarana Pelayanan

Menurut Depkes 2007, pelayanan bedah pada rumah sakit kelas C meliputi:

- 1) Bedah minor (antara lain : bedah insisi abses, ekstirpasi, tumor kecil jinak pada kulit, ekstraksi kuku / benda asing, sirkumsisi).
- 2) Bedah umum dan bedah sub spesialisik (antara lain: kebidanan, onkologi/tumor, urologi, orthopedic, plastik dan rekonstruksi berat, anak, kardiotorasik dan vaskuler).

c. Persyaratan khusus

- 1) Jalan masuk barang-barang steril harus terpisah dari jalan keluar barang-barang dan pakaian kotor.
- 2) Pembagian daerah sekitar kamar bedah
 - 1) Daerah Publik, artinya daerah yang boleh dimasuki oleh semua orang tanpa syarat khusus. Daerah ini misalnya : ruang tunggu, koridor, selasar kamar bedah.
 - 2) Daerah Semi Publik, artinya daerah ini hanya boleh dimasuki oleh orang-orang tertentu saja, yaitu para petugas, dan sudah ada pembatasan tentang jenis pakaian yang dipakai petugas-petugas ini (pakaian khusus atau lepas-sandal/sepatu, dan sebagainya).
 - 3) Daerah ASEPTIK, yaitu daerah kamar bedah sendiri, yang hanya boleh dimasuki oleh orang-orang yang langsung ada hubungannya dengan kegiatan pembedahan saat itu, umumnya dianggap daerah yang harus dijaga ke-sucihama-annya. Di daerah ini sering masih ada istilah tambahan: yaitu apa yang disebut daerah '*HIGH-ASEPTIC*', yaitu dimaksudkan dengan daerah tempat dilakukannya pembedahan dan sekitar lapanagan bedah (Depkes RI, 2007).
 - 4) Setiap 2 kamar operasi harus dilayani oleh setidaknya 1 ruang *scrub up*.
 - 5) Harus disediakan pintu ke luar tersendiri untuk jenazah dan bahan kotor yang tidak terlihat oleh pasien dan pengunjung.
 - 6) Persyaratan ruang operasi :
 - a) Pintu kamar operasi yang ideal harus selalu tertutup selama operasi.
 - b) Pergantian udara yang dianjurkan sekitar 18-25 kali/jam.

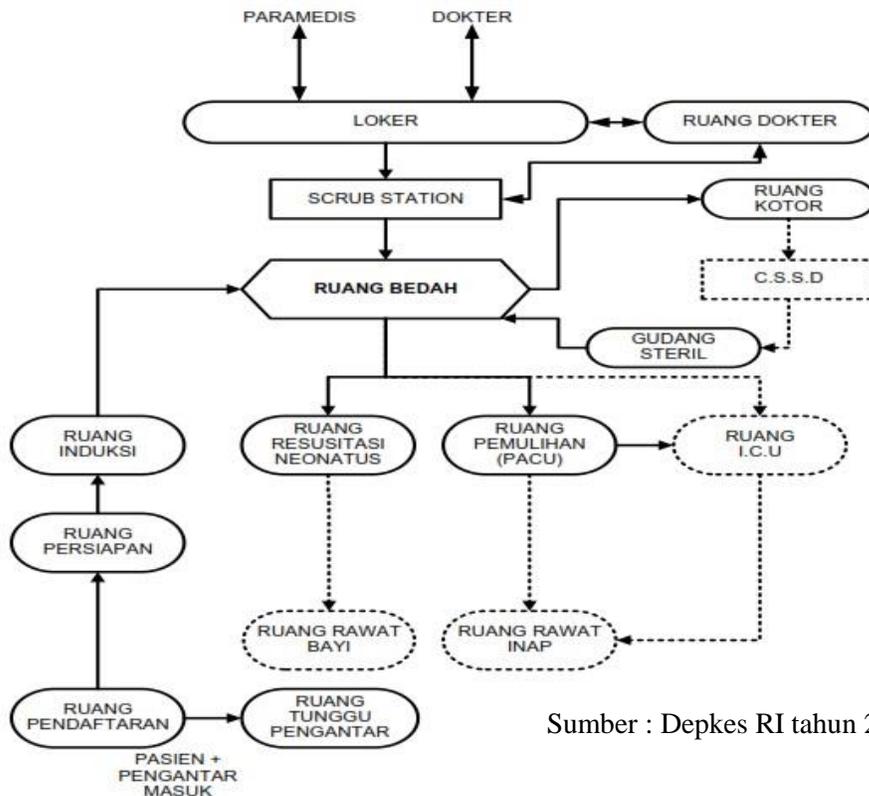
- c) Tekanan udara yang positif di dalam kamar pembedahan, dengan demikian akan mencegah terjadinya infeksi '*airborne*'.
- d) Sistem AC Sentral, suhu kamar operasi yang ideal 26-28 °C yang harus terjaga kestabilannya dan harus menggunakan filter absolut untuk menjaring mikroorganisme.
- e) Kelembaban ruang yang dianjurkan 70% (jika menggunakan bahan anaestesi yang mudah terbakar, maka kelembaban maksimum 50%).
- f) Penerangan alam menggunakan jendela mati, yang diletakkan dengan ketinggian diatas dua meter.
- g) Lantai harus kuat dan rata atau ditutup dengan vinyl yang rata atau teras sehingga debu dari kotoran-kotoran tidak tertumpuk, mudah dibersihkan, bahan tidak mudah terbakar.
- h) Pertemuan dinding dengan lantai dan dinding dengan dinding harus melengkung agar mudah dibersihkan dan tidak menjadi tempat sarang abu dan kotoran.
- i) Plafon harus rapat dan kuat, tidak rontok dan tidak menghasilkan debu/kotoran lain.
- j) Pintu harus yang mudah dibuka dengan sikut, untuk mencegah terjadinya nosokomial.
- k) Harus ada kaca tembus pandang di dinding ruang operasi yang menghadap pada sisi dinding tempat ahli bedah mencuci tangan (Depkes RI, 2007).

d. Kebutuhan Ruang, Fungsi dan Luasan Ruang serta Kebutuhan Fasilitas

Setiap di Rumah Sakit Indonesia telah memiliki standar ruangan berdasarkan tipe rumah sakit dan sesuai dengan patokan Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Standar tersebut meliputi nama ruangan yang diperlukan, fungsi, luas dan fasilitas ruangan. Adapun rincian standar tersebut dapat dilihat pada lampiran 1.

e. Alur Kegiatan

Alur kegiatan pada Unit Bedah Sentral memiliki ketentuan tertentu karena harus sesuai dengan area steril, bersih, dan kotor untuk mencegah terjadinya penularan infeksi dan untuk menghindari tingginya angka kuman di ruang operasi. Alur kegiatan di ditunjukkan seperti pada gambar berikut :



Sumber : Depkes RI tahun 2007

Gambar 1 Alur Kegiatan Intsalasi Bedah Sentral

3. *Healthcare Associated Infections (HAIs)*

a. Definisi

Infeksi nosokomial atau disebut juga *Hospital Acquired Infections (HAIs)* adalah infeksi yang didapatkan dan berkembang selama pasien di rawat di rumah sakit (WHO, 2004). Sumber lain mendefinisikan infeksi nosokomial 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. Infeksi nosokomial bukan merupakan dampak dari infeksi penyakit yang telah dideritanya. Pasien, petugas kesehatan, pengunjung dan penunggu pasien merupakan kelompok yang paling berisiko terjadinya infeksi nosokomial, karena infeksi ini dapat menular dari pasien ke petugas kesehatan, dari pasien ke pengunjung atau keluarga ataupun dari petugas ke pasien (Husain, 2008).

Infeksi nosokomial adalah suatu infeksi yang tidak terinkubasi dan terjadi ketika pasien masuk ke rumah sakit atau akibat dari fasilitas kesehatan lainnya yang ada di rumah sakit (Vincent, 2003)

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

b. Epidemiologi

HAIs menyebabkan 1,4 juta kematian setiap hari di seluruh dunia. Presentase HAIs di rumah sakit dunia mencapai 9% (variasi 3 –21%) atau lebih 1,4 juta pasien rawat inap di rumah sakit seluruh dunia mendapatkan infeksi ini. Suatu

penelitian yang dilakukan oleh WHO menunjukkan bahwa sekitar 8,7% dari 55 rumah sakit dari 14 negara yang berasal dari Eropa, Timur Tengah, Asia Tenggara dan Pasifik menunjukkan adanya HAIs dan untuk Asia Tenggara sebanyak 10,0% (WHO, 2002).

c. Cara penularan HAIs

Menurut Depkes RI (2005) macam-macam penularan infeksi nosokomial dapat 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
- 3) Infeksi lingkungan (*Enveronmental 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.

d. Unsur pokok penyebaran infeksi

- 1) Sumber infeksi

Penyakit menular yang berasal dari pasien, pengunjung atau petugas dan termasuk orang yang menderita penyakit yang aktif yaitu masa inkubasi atau carrier penyakit.

- 2) Cara transmisi dari kuman menurut Depkes RI tahun 2007 dapat melalui :
 - a) Melalui Kontak

(1) Transmisi kontak langsung dapat terjadi pada kontak kulit dengan kulit dan berpindahnya organisme selama kegiatan perawatan pasien.

Transmisi kontak langsung juga bisa terjadi antar dua pasien.

(2) Transmisi kontak tidak langsung dapat terjadi bila ada kontak seseorang yang rentan dengan obyek tercemar yang berada di lingkungan pasien.

b) Melalui Percikan (droplet)

Transmisi droplet terjadi melalui kontak dengan konjungtiva, membran mukosa hidung atau mulut individu yang rentan oleh percikan partikel besar yang mengandung mikroorganisme. berbicara, batuk bersin dan tindakan seperti penghisapan lendir dan broknkoskopi dapat menyebarkan organisme.

c) Melalui Udara (airborne)

Transmisi airborne terjadi melalui penyebaran partikel partikel kecil ke udara, baik secara langsung atau melalui partikel debu yang mengandung mikroorganisme infeksius. Partikel infeksius dapat menetap di udara selama beberapa jam dan dapat disebarkan secara luas dalam suatu ruangan atau dalam jarak yang lebih jauh.

d) Melalui perantara

Organisme yang ditularkan oleh benda benda terkontaminasi seperti makanan, air dan peralatan.

e) Melalui vektor

Terjadi ketika vektor seperti nyamuk, lalat, tikus dan binatang pengerat lain menularkan mikroorganisme.

e. Pencegahan Infeksi

Tindakan-tindakan pencegahan infeksi melalui (Depkes RI, 2007) :

1) Kewaspadaan Standar

Kewaspadaan ini dirancang untuk perawatan bagi semua orang, petugas, pasien atau pengunjung tanpa menghiraukan apakah mereka terinfeksi atau tidak. Penerapan ditujukan untuk mengurangi resiko penyebaran mikroorganisme dari sumber infeksi yang diketahui ataupun tidak diketahui dalam sistem pelayanan kesehatan seperti pasien, benda yang tercemar, jarum atau spuit yang telah digunakan. penggunaan pelindung (*barrier*) antara mikroorganisme dengan individu baik untuk pasien atau petugas kesehatan adalah cara yang efektif untuk mencegah penyebaran infeksi. Pelindung berfungsi untuk memutuskan rantai penularan penyakit. Adapun komponen utama kewaspadaan standar adalah :

a) Mencuci tangan

Mencuci tangan dengan baik merupakan unsur satu satunya yang paling efektif dan untuk mencegah penularan infeksi. Tujuan mencuci tangan adalah untuk menghilangkan kotoran dari kulit secara mekanis dan mengurangi jumlah mikroorganisme sementara. Mencuci tangan harus dilakukan sebelum dan sesudah memeriksa dan kontak langsung dengan pasien, memakai dan melepas sarung tangan, menyiapkan dan mengkonsumsi makanan, saat situasi yang membuat tangan menjadi terkontaminasi, masuk dan keluar ruang isolasi.

Langkah langkah mencuci tangan adalah pertama membasahi kedua tangan, menggunakan sabun, dan menggosok dengan keras seluruh bidang permukaan tangan dan jari jari bersama sekurang kurangnya selama 10 hingga 15 detik, dengan memperhatikan bidang di bawah kuku tangan dan diantara jari jari. Kemudian Bilas kedua tangan seluruhnya dengan air bersih dan keringkan tangan dengan lap kertas atau pengering dan gunakan lap untuk mematikan kran (Depkes RI, 2007).

b) Memakai alat perlindungan diri.

Alat pelindung diri mencakup sarung tangan, masker, alat pelindung mata, topi, gaun, apron dan pelindung yang lainnya. Jenis jenis alat pelindung diri:

(1) Sarung tangan

Sarung tangan merupakan penghalang (barrier) fisik paling penting untuk mencegah penyebaran infeksi dan melindungi tangan dari bahan yang mengandung mikroorganisme yang berada di tangan petugas kesehatan. Sarung tangan harus selalu diganti setiap kontak dengan satu pasien ke pasien yang lainnya. Langkahnya adalah pertama membuka bungkus sarung tangan steril dan taruh di tempat yang bersih kemudian pegang sarung tangan steril tersebut dengan tangan yang bersarung tangan dan pasang dengan cara biasa.

(2) Masker

Masker harus cukup besar untuk menutupi mulut, hidung, bagian bawah dagu dan jenggot. Masker dipakai untuk menahan cipratan yang keluar sewaktu petugas kesehatan berbicara, batuk atau bersin serta untuk mencegah percikan darah atau cairan tubuh lainnya memasuki hidung atau mulut petugas kesehatan (Depkes RI, 2007).

(3) Alat pelindung mata

Alat ini untuk melindungi petugas kesehatan dari percikan darah dan cairan tubuh lainnya dengan cara melindungi mata. Alat pelindung mata mencakup goggles, kacamata pengaman, pelindung wajah dan visor.

(4) Topi

Digunakan untuk menutup rambut dan kulit kepala sehingga serpihan kulit dan rambut tidak masuk ke dalam luka selama pembedahan. Topi harus cukup besar untuk menutupi semua rambut. Meskipun topi dapat

memberikan sejumlah perlindungan pada pasien tetapi tujuan utamanya adalah melindungi pemakainya dari percikan darah atau cairan tubuh.

(5) Gaun pelindung

Pemakaian gaun pelindung terutama untuk melindungi baju dan kulit petugas kesehatan dari percikan darah, cairan tubuh, sekresi dan ekskresi.

(6) Apron

Digunakan ketika melakukan perawatan langsung pada pasien, membersihkan pasien, melakukan prosedur dimana ada resiko tumpahan darah, cairan tubuh atau sekresi (Depkes RI, 2007).

(7) Pelindung kaki

Digunakan untuk melindungi kaki dari cedera benda tajam atau benda berat yang mungkin jatuh secara tidak sengaja ke atas kaki. Sebaiknya menggunakan sepatu boot atau sepatu kulit tertutup dan harus dijaga kebersihannya.

c) Kebersihan lingkungan.

Pembersihan rutin dilakukan setiap hari. 90% persen mikroorganisme berada dalam kotoran yang kasat mata, dimana tujuan pembersihan rutin adalah untuk menghilangkan kotoran.

d) Pengelolaan sampah benda tajam.

Benda benda tajam sekali pakai memerlukan penanganan yang khusus karena benda benda ini dapat melukai petugas kesehatan dan juga masyarakat sekitarnya. Cara pembuangan sampah benda benda tajam :

(1) Enkapsulasi

Merupakan cara termudah membungkus benda-benda tajam. Benda-benda tajam dikumpulkan dalam wadah anti bocor dan tahan tusuk, setelah penuh masukan semen dan pasir sampai padat kemudian lakukan penimbunan (Depkes RI, 2007)

(2) Insenerasi

Proses dengan suhu tinggi untuk mengurangi isi dan berat sampah. Penanganan ini untuk menangani sampah yang tidak dapat di daur ulang.

2) Kewaspadaan Berdasarkan Transmisi (Depkes RI, 2003).

Kewaspadaan berdasarkan transmisi diperuntukan bagi pasien yang menunjukkan gejala atau dicurigai terinfeksi atau mengalami kolonisasi dengan kuman yang sangat mudah menular atau sangat patogen dimana perlu upaya pencegahan tambahan selain kewaspadaan standar untuk memutuskan rantai penyebaran infeksi. Kewaspadaan transmisi terdiri dari 3 jenis :

a. *Airborn Precautions* (kewaspadaan penularan lewat udara)

Kewaspadaan ini bertujuan untuk menurunkan penularan penyakit melalui udara, baik yang berupa bintik percikan di udara atau partikel debu yang berisi agen infeksi. Pencegahannya dengan cara :

1) Penempatan pasien

Tempatkan pasien pada ruangan dengan tekanan negatif termonitor, minimal pergantian udara enam kali setiap jam, pembuangan udara yang keluar yang memadai atau penggunaan filter tingkat tinggi termonitor sebelum udara beredar ke seluruh rumah sakit, jaga agar pintu tetap tertutup dan pasien tetap

dalam ruangan, bila tidak ada ruangan tersendiri maka tempatkan pasien dalam ruangan dengan pasien lain yang terinfeksi mikroorganisme yang sama.

2) Proteksi respirasi

Gunakan pelindung pernapasan (masker) waktu masuk ke ruangan pasien, tidak diperbolehkan masuk ruangan pasien bagi orang yang rentan terhadap penyakit infeksi.

3) Pengangkutan pasien

Batasi pemindahan pasien atau pengangkutan pasien hanya untuk hal-hal yang penting saja. Bila pemindahan atau pengangkutan pasien memang diperlukan, hindari penyebaran infeksi dengan memberikan pasien masker chirurgis.

b. *Droplet Precautions* (kewaspadaan penularan lewat droplet)

Kewaspadaan ini ditujukan untuk menurunkan penularan droplet dari kuman patogen yang infeksius. Penularan terjadi bila partikel yang besar (diameter > 5 mikrometer) dari orang yang terinfeksi mengenai lapisan mukosa, hidung, mulut atau konjungtiva mata dari orang yang rentan. Droplet dapat terjadi pada waktu seseorang berbicara, batuk, bersin ataupun pada saat pemeriksaan jalan napas seperti intubasi. Penularan droplet memerlukan kontak yang dekat antara sumber dan penerima penularan, karena percikan besar tidak bisa bertahan lama di udara dan hanya dapat berpindah dari dan ke tempat yang dekat. cara pencegahannya :

1) Penempatan pasien

Pasien harus ditempatkan di ruangan tersendiri. Bila tidak ada ruangan tersendiri maka pasien dengan mikroorganisme yang penyebab infeksi yang sama dapat di rawat di ruang yang sama.

2) Pemakaian masker

Masker dipakai bila berada dengan jarak kurang dari 3 kaki dari pasien.

3) Transportasi pasien

Batasi pemindahan dan transport pasien hanya untuk keperluan mendesak. Bila terpaksa memindahkan pasien gunakan masker chirurgis untuk pasien.

c. *Contact Precautions*

Kewaspadaan yang ditujukan untuk pasien yang diketahui atau diduga menderita penyakit yang secara epidemiologis penting dan ditularkan melalui kontak langsung (kontak tangan atau kulit ke kulit) yang terjadi selama perawatan rutin, atau kontak tak langsung (persinggungan) benda di lingkungan pasien. Cara pencegahannya :

1) Penempatan pasien

Pasien harus ditempatkan di ruang tersendiri. Bila tidak tersedia dapat dengan kohort (Depkes RI, 2007)

2) Sarung Tangan dan Cuci Tangan

Pakailah sarung tangan waktu masuk atau selama dalam ruang pasien, lepaskan waktu akan meninggalkan ruangan, kemudian cuci dan gosok tangan dengan anti kuman. Setelah membuka sarung tangan dan cuci tangan usahakan agar tidak menyentuh permukaan atau barang apapun yang berpotensi terkontaminasi.

3) Pemakaian gaun

Pakailah gaun waktu masuk kamar pasien dan lepaskan gaun saat akan meninggalkan ruangan. Setelah membuka gaun usahakan agar pakaian tidak lagi menyentuh permukaan yang berpotensi terkontaminasi.

4) Transport pasien

Batasi pemindahan dan transport pasien hanya untuk hal yang penting. Bila terpaksa harus memindahkan keluar kamar usahakan tetap melaksanakan precautions.

5) Perawatan lingkungan

Usahakan peralatan baik itu peralatan perawatan, peralatan yang ada disekitar tempat tidur pasien dan permukaan lain yang sering tersentuh dibersihkan setiap hari.

6) Peralatan Perawatan pasien

Gunakan peralatan pasien non kritis dan peralatan seperti stetoskop, tensimeter, rektal termometer masing masing satu untuk satu atau sekelompok pasien kohort untuk menghindari pemakaian bersama. Bila pemakaian bersama tidak dapat dihindari maka peralatan tersebut harus selalu dibersihkan dan didesinfeksi sebelum dipakai untuk satu atau sekelompok pasien lain.

Komponen utama kewaspadaan transmisi adalah :

- (1) Pemakaian sarung tangan.
- (2) Pemakaian Alat Perlindungan Diri.
- (3) Pengelolaan linen dan peralatan makan pasien.
- (4) Pemrosesan peralatan yang aman.

Terhadap penyakit yang menular atau kondisi yang memungkinkan tertular maka perawat harus mampu melakukan pencegahan untuk diri sendiri dan terjadinya infeksi nosokomial. Oleh sebab itu perawat dituntut harus mempunyai pengetahuan yang baik tentang HAIs.

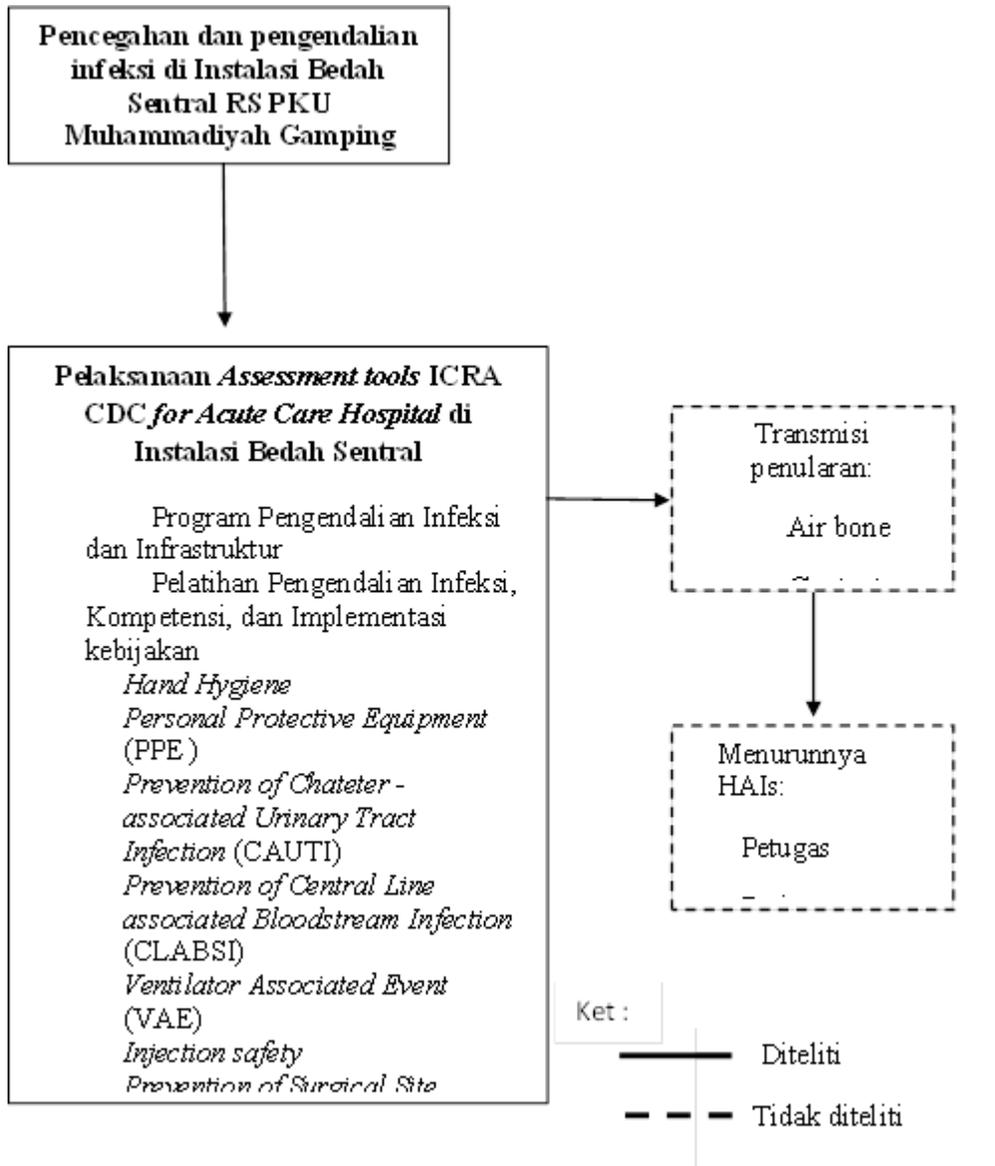
B. PENELITIAN TERDAHULU

1. Penelitian dilakukan oleh Anugrah Perdana Masloman tahun 2015 dengan judul “Analisa Pelaksanaan Pencegahan dan pengendalian Infeksi di Kamar Operasi RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano”. Persamaan dengan penelitian ini adalah sama-sama menggunakan metode kualitatif dan perbedaannya adalah pada penelitian tersebut meneliti risiko infeksi dari perilaku karyawan rumah sakit dalam pencegahan infeksi sedangkan pada penelitian

ini lebih melihat dari segi kelengkapan dokumen dan kesiapan rumah sakit dalam pencegahan infeksi.

2. Penelitian dilakukan oleh Ahmad Subhan pada tahun 2015 dengan judul “Penerapan Metode *Infection Control Risk Assessment* (ICRA) Untuk Mencegah Kejadian “Infeksi Aliran Darah Primer” (IADP) Pada Pasien Dewasa di RSUP Fatmawati Jakarta”. Perbedaan dengan penelitian tersebut adalah menggunakan *Prospective – Study* dan dilakukan pada seluruh instalasi rawat inap sedangkan pada penelitian ini ICRA dilakukan pada Instalasi Bedah Sentral.
3. Penelitian dilakukan oleh Martika Intan K. Pada tahun 2011 dengan judul “Evaluasi Pengendalian Infeksi Rumah Sakit dalam Upaya Menurunkan Angka Kuman di Udara, Lantai, dan Dinding dalam Lima Hari Pasca Sterilisasi Di Ruang Operasi RS Nur Hidayah di Yogyakarta”. Metode yang digunakan adalah analisis observasional dengan rancangan cross sectional. Pada penelitian ini didapatkan hasil efektifitas sterilisasi ruangan yang berdampak hingga dua hari setelah sterilisasi. Perbedaan dengan penelitian tersebut adalah khusus untuk meneliti keefektifitasan sterilisasi dalam rangka pengendalian infeksi sedangkan dalam penelitian ini spesifik terhadap pencegahan infeksi nosokomial.

C. KERANGKA KONSEP



Gambar 2 Kerangka Konsep

D. PERTANYAAN PENELITIAN

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